



ECDC **CORPORATE**

2009. gada svarīgāko publikāciju kopsavilkums

ECDC **CORPORATE**

2009. gada svarīgāko publikāciju kopsavilkums



Stokholmā, 2010. gada janvārī

© Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, 2010

Pārpublicēšana ir atļauta vienīgi ar atsauci uz avotu.

Satura rādītājs

Ievads.....	1
Tehniskie ziņojumi	2
1. Riska novērtēšanas vadlīnijas infekcijas slimībām, kuras tiek pārnēstas lidmašīnās.....	2
2. Pandēmijas uzraudzība un pētījumi Eiropā	3
3. Ceļvedis sabiedrības veselības aizsardzības pasākumiem, lai samazinātu gripas pandēmijas ietekmi Eiropā: "ECDC izvēlne".....	4
4. Ieceļotāju veselības sērija: piekļuve HIV profilaksei, ārstēšanai un ieceļotāju aprūpei ES/EEZ valstīs.....	11
5. Ieceļotāju veselības sērija: HIV un AIDS epidemioloģija ES/EEZ valstu ieceļotāju kopienās un starp etniskajām minoritātēm.....	13
6. HIV/STI uzvedības uzraudzības plānošana Eiropā.....	16
7. Baktēriju problēma – pienācis laiks rīkoties (ECDC/EMEA kopīgs tehniskais ziņojums).....	18
8. Uzvedības un psihosociālo HIV/STI profilakses iesaistīšanās pasākumu efektivitāte MSM Eiropā.....	22
Norādījumu ziņojumi	23
9. Hlamidiozes kontrole Eiropā.....	23
10. Gripas pretvīrusu līdzekļu izmantošana gripas pandēmijas laikā sabiedrības veselības aizsardzībai	25
11. Īpašo gripas pandēmijas vakcīnu izmantošana H1N1 pandēmijas laikā 2009. gadā	28
Uzraudzības ziņojumi	30
12. Tuberkulozes uzraudzība Eiropā 2007. gadā.....	30
13. 2009. gada epidemioloģiskais ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā.....	32
14. HIV/AIDS uzraudzība Eiropā 2008. gadā.....	38
Pielikums: ECDC 2009. gada publikācijas.....	40

Ievads

2009. gadā Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (ECDC) kopumā publicēja 43 zinātniskus dokumentus. Būtiskākie to aspekti ir:

- *Epidemioloģiskais gada ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā 2009. gadā*, ECDC ikgadējās publikācijas trešais izdevums, kurā ir iekļauts visaptverošs kopsavilkums par uzraudzības datiem 2007. gadā un kontrolētajiem apdraudējumiem 2008. gadā;
- *Tuberkulozes uzraudzība Eiropā 2007. gadā* un *HIV/AIDS uzraudzība 2008. gadā*, abi sagatavoti kopā ar Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģionālo biroju (PVO EURO), iekļaujot informāciju par situāciju Eiropas Savienības (ES) un Eiropas Ekonomikas zonas (EEZ) valstīs, kā arī pārējās 23 PVO Eiropas reģiona valstīs;
- izdota *Ieceļotāju veselības sērija*, publikāciju krājums par konkrētām slimībām, kurā ir sniegta datu analīze, pierādījumu kopsavilkums, interpretācija un norādījumi par iesaistīšanās pasākumiem migrācijas jomā un arī saistībā ar atlasītajām infekcijas slimībām. Divi pirmie 2009. gadā publicētie dokumenti par konkrētu slimību, bija veltīti HIV/AIDS;
- *Baktēriju problēma – pienācis laiks rīkoties*, kopīgi ar Eiropas Zāļu aģentūru izstrādāts tehniskais ziņojums par neatbilstību starp infekcijām un jaunu antibiotisku vielu izstrādi, kas radies multirezistentu baktēriju dēļ, lai atrisinātu šo problēmu; un
- *HIV/STI uzvedības uzraudzības plānošana Eiropā*, padziļināta esošās situācijas analīze attiecībā uz uzvedības uzraudzības programmām, kas saistītas ar HIV un seksuāli transmisīvajām infekcijām (STI) ES un Eiropas Brīvās tirdzniecības asociācijas (EBTA) valstīs.

Ir apkopoti atlasīto ECDC dokumentu, piemēram, iepriekš minēto, pārskati, lai nodrošinātu to pieejamību politiķiem visās ES valodās, kā arī islandiešu un norvēģu valodā. Tie atspoguļo sākotnējo publikāciju idejas, tomēr pārskatu sagatavošanas procesā, iespējams, ir zudušas atsevišķas būtiskas nianšes. Lasītājiem, kuri vēlas gūt precīzāku priekšstatu, iesakām aplūkot pilnu dokumentu tekstu, kas pieejams tiešsaistē: www.ecdc.europa.eu.

Visu ECDC 2009. gada publikāciju saraksts ir atrodams pielikumā. Tie visi ir pieejami iepriekš minētajā saitē elektroniskā formātā ar to satura īsu aprakstu. Atlasītie pārskati ir pieejami arī drukātā formātā. Lai kādu no tiem iegūtu papīra formātā, lūdzu, rakstiet uz e-pasta adresi publications@ecdc.europa.eu.

Tehniskie ziņojumi

1. Riska novērtēšanas vadlīnijas infekcijas slimībām, kuras tiek pārnēsātas lidmašīnās

(Publicēts 2009. gada jūnijā)

Pēdējos gados valstu un starptautisko komerciālā gaisa transporta pasažieru skaits ir nepārtraukti palielinājies. Starptautiskās lidostas katru dienu uzņem miljoniem pasažieru, dodot cilvēkiem iespēju apceļot zemeslodi dažū stundu laikā. Tajā pašā laikā, mainīgie ceļošanas ieradumi var radīt jaunus apdraudējumus: mūsdienu lidmašīnu slēgtajā kabīnē pasažieri var būt pakļauti dažādām infekcijas slimībām, kuras apdraud viņu līdzbraucējus.

Smagā akūtā respiratorā sindroma (SARS) parādīšanās 2003. gadā atklāja jauno slimību potenciālu pēkšņi parādīties un izplatīties visā pasaulē ar gaisa transporta palīdzību. Ja runa ir par sabiedrības veselības aprūpes reakciju, ļoti svarīgi ir agrīni atklāt slimības uz lidmašīnas klāja, kā arī savlaicīgi veikt riska novērtējumu. Ja tiek atklāts risks sabiedrības veselībai, svarīgs solis ceļā uz ierobežošanu ir to pasažieru kontaktu izsekošana, kuri lidojuma laikā ir bijuši tam pakļauti – tas ir liels izaicinājums sabiedrības veselības ekspertiem visā pasaulē.

RAGIDA (Riska novērtēšanas vadlīnijas infekcijas slimībām, kuras tiek pārnēsātas lidmašīnās) projektā pierādījumi, kas iegūti no zinātniskās literatūras, ir apvienoti ar ekspertu zināšanām, lai lēmumu pieņēmējiem nodrošinātu nodrošinātu noderīgas izvēles iespējas. *RAGIDA* var nodrošināt vērtīgu palīdzību, nosakot ierosinātājus, un arī tad, kad ir jāpieņem lēmums par to, vai izsekot gaisa transporta pasažieru un apkalpes kontaktpersonas, kas bija pakļauti infekcijas slimībām lidojuma laikā.

Eksperti no *Robert Koch* institūta un *ECDC* attiecībā uz *RAGIDA* projektu vienojās par 12 slimībām: tuberkulozi (TB), gripu, SARS, meningokoku ierosināto slimību, masalām, masaliņām, difteriju, Ebola hemorāģisko drudzi, Marburga hemorāģisko drudzi, Lassa drudzi, bakām un Sibīrijas mēri. Tika zinātniski recenzēti vairāk nekā 3700 raksti un sistemātiski pārskatīti "pelēkās" literatūras avoti, lai noteiktu precīzus apstākļus, kādas infekcijas slimības tiek pārnēsātas lidmašīnās. Turklāt, starptautiskās aviācijas padomes un valstu vai starptautiskās sabiedrības veselības aģentūras veica sistemātiskus pētījumus šo infekcijas slimību riska novērtēšanas un riska pārvaldības vadlīnijām. Papildus padoms tika prasīts arī 73 ekspertiem no 38 valstīm.

Sistemātiska literatūras pētījuma rezultāti liecināja, ka TB, gripa, SARS, meningokoku izraisītā slimība un masalas lidmašīnās tiek pārnēsātas salīdzinoši bieži. Taču vairāki raksti apliecināja, ka visu šo slimību pārnēsāšanas iespēja uz klāja ir pārsteidzoši zema, jo īpaši ņemot vērā potenciālo kontaktu lielo skaitu. Ņemot vērā šos rezultātus, arī gadījumu skaits, kad lidmašīnās notiek slimību pārnēsāšana, iespējams, ir samērā zems. Lai gan ir grūti izdarīt jebkādas secinājumus par to infekciju skaitu, kas tiek pārnēsātas lidmašīnās, šķiet, ka infekcijas slimību potenciāls izplatīties lidmašīnā nav lielāks kā uz zemes.

Mēs joprojām esam pārliecināti, ka par riska novērtējumu un lēmumu par kontaktu izsekošanu ir jālemj katrā konkrētā gadījumā, un ir jāņem vērā tādi faktori kā epidemioloģiskās izplatīšanās potenciāls, sarakstā iekļauto pacientu infekciozitāte un patogēniskums, klāja ventilācijas sistēmu funkcionalitāte, kontaktu biežums un informācija par sēdvietām, kā ir ierosināts šajā tehniskajā ziņojumā.

2. Pandēmijas uzraudzība un pētījumi Eiropā

(Publicēts 2009. gada jūnijā)

Pandēmijas uzraudzība un pētījumi (*SSiAP*) ir komplekss temats, kuru, kā šeit minēts, veido četri dažādi posmi:

- 1) agrīna atklāšana un izmeklēšana;
- 2) visaptveroša agrīna novērtēšana;
- 3) kontrole; un
- 4) ātra efektivitātes izmeklēšana un pretpasākumu ietekme (tostarp farmaceitisko pretpasākumu drošums), tādā veidā panākot apdraudējuma mazināšanos.

Maz ticams, ka Eiropā izcelsies pandēmija, tādēļ agrīnā atklāšana un izmeklēšana, iespējams, notiks kaut kur citur, taču Eiropai ir jāīsteno pārējie trīs procesi. Uz laboratoriskiem izmeklējumiem balstīta (mikrobioloģiska) uzraudzība būs ļoti būtiska visos posmos, un parasti tā tiks apvienota ar epidemioloģisko un klīnisko uzraudzību. Agrīna novērtēšana (2. posms) ir ļoti svarīga tādēļ, ka nākamajai pandēmijai ir daudz būtisku parametru, kurus nevar paredzēt. Taču agrīnā novērtēšana nav jāveic katrā valstī. Vislabāk to būtu veikt visagrāk skartajām Eiropas valstīm ar Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (*ECDC*) un Pasaules Veselības organizācijas (PVO) atbalstu, un aprobežojoties ar "stratēģisko parametru" noteikšanu. Šo parametru vērtības noteiks, kuri sabiedrības veselības un klīniskie pasākumi varētu būt veiksmīgākie. Tad šo dažu valstu rezultātus nekavējoties paziņos visām valstīm.

Aplēses par pandēmijas smagumu būs daļa no agrīnā novērtējuma. Tas būs grūti, taču arī ļoti svarīgi, jo daži Eiropas valstu plāni smagas pandēmijas gadījumā paredz uzsākt bargākus iesaistīšanās pasākumus. Ir paredzēts, ka šo novērtējumu vadīs PVO. Tomēr, būs nepieciešams visas Eiropas viedoklis saistībā ar riska novērtējumu, jo slimības smaguma jēdziena sarežģītības dēļ ir grūti vienoties par vienu vienotu pasākumu. Visām Eiropas valstīm būs jāveic kontrole (3. posms), lai pareizi pārvaldītu veselības aprūpes sistēmas un citus pakalpojumus. Tas informācijas daudzums, kuram valstu centrālās iestādes vēlētos piemērot kontroli, ir milzīgs, taču tas būtu jāierobežo līdz informācijai, kas ir būtiska lēmumu pieņemšanai un svarīgākajai saziņai. Ir jāpārbauda kontroles iespējamība gripas sezonā un jāņem vērā arī tas, kā pandēmijas laikā ierastās uzraudzības sistēmas mainīsies vai pārtrauks darbību. Starptautiskā kontrole (ziņošana PVO un Eiropas iestādēm) ir jāsiglabā vienkārša, jo daudzām valstīm varētu būt grūti sniegt ierasto informāciju starptautiskajām iestādēm, kā arī uzņemt iekšējo procesu vadību. Tāpat, ne katra valsts spēs piegādāt tādu informācijas daudzumu, kādu Eiropas iestādes varētu vēlēties saņemt.

Sabiedrības veselības aizsardzības pasākumu ietekmes izmeklēšana (un farmaceitisko pretpasākumu drošums) (4. posms) ir vēl viens process, kurš ir jāveic tikai dažās valstīs. Maz ticams, ka pandēmijas laikā būs skaidrs, vai sabiedrības veselības pasākumi (un kuri tieši) ir bijuši efektīvi.

PVO un *ECDC* strādāja kopā ar Eiropas Savienības dalībvalstīm, lai izstrādātu procedūras un "uzmetuma protokolus" 2. posmam, agrīnajam novērtēšanas procesam, un bija plānots, ka tiks testēta to pieņemamība izmantošanai, un ka testi uz vietas tiks veikti 2009.–2010. gada gripas sezonā. Jaunās gripas A(H1N1) parādīšanās nozīmē, ka šīs procedūras un protokoli tiks testēti attiecībā pret reālu pandēmijas vīrusa celmu. Eiropā tiek izmēģinātas metodes gripas vakcīnas efektivitātes noteikšanai (4. posma daļa). Valsts līmenī ir svarīgi, lai iestādes plānotu to, kā tās īstenos 2. un 4. posmu, tostarp, sadarbību ar akadēmiskām iestādēm un personālu, un kā tām pašām sagādāt resursus pandēmijas laikā.

3. Ceļvedis sabiedrības veselības aizsardzības pasākumiem, lai samazinātu gripas pandēmijas ietekmi Eiropā: "ECDC izvēlne"

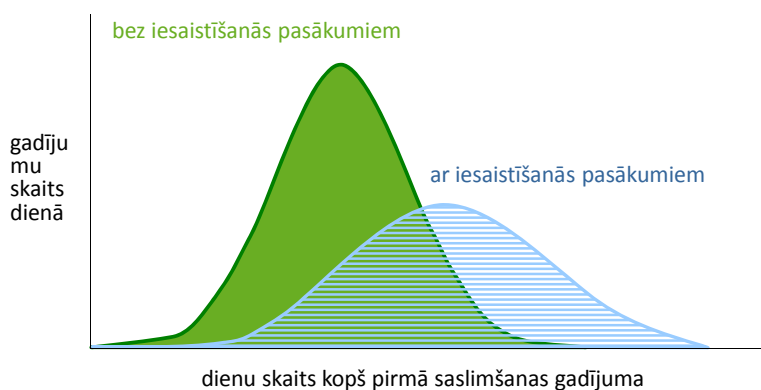
(Publicēts 2009. gada jūnijā, atjaunināts 2009. gada oktobrī)

Sabiedrības veselības aizsardzības pasākumu (skatīt kopsavilkuma tabulas 6. lappusē) piemērošana samazinās to cilvēku skaitu, kas būs inficējušies, kam būs vajadzīga medicīniskā aprūpe, un kas nomirs gripas pandēmijas laikā. Iespējams tie samazinās arī to cilvēku skaitu, kurus skars smaga sezonālās gripas epidēmija. Pazeminot un, iespējams, kavējot pandēmijas līknes virsotni (3.1. attēls), šie pasākumi varētu mīkstināt arī pandēmijas sekundārās sekas, kas rodas, ja vienlaicīgi saslimst daudz cilvēku, piemēram, masveidīgas prombūtnes ietekme uz svarīgākajām funkcijām, piemēram, veselības aprūpes sniegšanu un pārtikas piegādes nodrošināšanu, degvielas piegādi un komunālajiem pakalpojumiem u. c. Sabiedrības veselības aizsardzības pasākumi varētu pat kavēt epidēmijas līknes virsotni līdz tuvākajam laikam, kad būs pieejama pandēmijas vakcīna, tādā veidā, iespējams, samazinot kopējo saslimušo cilvēku skaitu. Turklāt, teorētiski tie var kavēt šo virsotni līdz brīdim, kad vasaras mēnešos gripas izplatība samazināsies dabīgā ceļā.

3.1. attēls. Sabiedrības veselības aizsardzības pasākumu piemērošanas mērķi pandēmijas laikā

Kopienas mērķi gripas pārnēsāšanas samazināš

- aizkavēt un izlīdzināt epidēmijas augstāko punktu;
- samazināt augstākā punkta izraisīto slogu veselības aprūpes sistēmā un tās apdraudējumu;
- nedaudz samazināt saslimšanas gadījumu kopējo skaitu;
- iegūt mazliet laika.



Ir ierosināti dažādi pasākumi (skatīt kopsavilkuma tabulas), tostarp individuāli veicamas darbības, piemēram, roku mazgāšana un maskas lietošana, un farmaceutiski iesaistīšanās pasākumi, piemēram, pretvīrusu līdzekļi, cilvēku putnu gripas vakcīnas (dēvētas arī par pirmspandēmijas vakcīnām) un – pandēmijas laikā – īpašas vakcīnas, kā arī sabiedrības sociālās attālināšanās pasākumi. Daudzi uzskata, ka pasākumu kopums pat būs efektīvāks par vienu pasākumu – tā dēvētā "padziļinātā aizsardzība" vai "daudzslāņu iesaistīšanās pasākumi". Gan modelēšanas darbs, gan veselais saprāts liecina, ka agrīni iesaistīšanās pasākumi būs efektīvāki nekā gaidīšana, līdz pandēmija būs nopietni izvēršusies.

Ir grūti iedomāties, ka tādiem pasākumiem, kas ir sociālās attālināšanās kategorijā, varētu būt negatīva ietekme, samazinot cilvēku elpceļu infekciju pārnēsāšanu no cilvēka uz cilvēku gaisa pilienu veidā un netiešu kontaktu ceļā. Tomēr, bieži vien ir vāja pierādījumu bāze, kas atbalsta katru individuālo pasākumu. Tāpat nav skaidrs, kā daudzi no tiem mijiedarbojas. Jo īpaši, vai sociālās attālināšanās pasākumi tiek īstenoti kopīgi? Dažos gadījumos skaidrības trūks tādēļ, ka nav pietiekami daudz pētījumu. Biežāk tas ir tādēļ, ka pasākumus ir grūti novērtēt ar kādu eksperimentālu pieeju, un, kad pasākumi ir īstenoti reālā situācijā, tie tiek izmantoti kādā kombinācijā. Tādēļ, dažādu pasākumu absolūto pozitīvo ietekmi un attiecīgās stiprās puses ir ļoti grūti vērtēt. Tāpat arī ietekmes stiprās puses var būtiski atšķirties no pandēmijas raksturojuma. Piemēram, iesaistīšanās pasākumi attiecībā uz

bērniem varētu būt bijuši pietiekami efektīvi 1957. gada pandēmijas laikā, kad infekcija īpaši strauji izplatījās gados jaunu cilvēku vidū, bet tie būtu mazāk efektīvi 1918.–1919. gada un 1968. gada pandēmiju laikā. Tādēļ, nekad nebūs iespējams izstrādāt noteiktus plānus, kas derēs visām pandēmijām. Turklāt, ir jādomā, ka sociālās attālināšanās pasākumu efektivitāte, iespējamība un izmaksas, atšķirsies dažādās Eiropas valstīs vai pat vienas valsts robežās (piemēram, blīvi apdzīvotas pilsētu teritorijas salīdzinājumā ar lauku teritorijām).

Iepriekšējo pandēmiju un tām līdzīgu notikumu, piemēram, SARS, pieredze atklāj, ka sabiedrības veselības aizsardzības pasākumi visumā tiek piemēroti saskaņā ar vietējiem paradumiem un praksi. Amerikas Savienotajās Valstīs 1918.–1919. gada pandēmijas laikā tie tika organizēti un bieži vien bija savlaicīgi, kamēr Eiropā pandēmijas un SARS laikā tie drīzāk bija reaģējoši.

Tomēr, ir arī argumenti par labu neizpildīto plānu (plāni, kuri ir testēti normālos apstākļos, lai tos īstenotu, ja nebūs citas informācijas) pastāvīšanai. Patiesi, attiecībā uz to ir arī PVO norādījumi un plānus ir izstrādājušas daudzas Eiropas valstis. Tomēr, ņemot vērā iepriekšējos apsvērumus, šiem plāniem ir jābūt ļoti elastīgiem, un ar tādām vadības un kontroles struktūrām, kas ļautu ātri veikt izmaiņas, ņemot vērā jauno informāciju un pieredzi.

Visiem sabiedrības veselības aizsardzības plāniem ir izmaksas un daudziem arī sekundāras sekas. Daudzu pasākumu sekundārās sekas var būt vērā ņemamas un daudzas no tām ir rūpīgi jāapsver. Visradikālākajiem ar sabiedrību saistītajiem pasākumiem, kas tika ierosināti (piemēram, skolu slēgšana un ceļojumu ierobežojumi), ir būtiskas izmaksas un sekas, kuras var atšķirties atkarībā no notikuma vietas. Tos ir arī grūti izturēt. Tādēļ, attiecībā uz parastu sezonālo gripu vai vieglu pandēmiju, to piemērošana, jo īpaši agrīna, varētu radīt vairāk kaitējuma, nekā ļaujot infekcijai izplatīties un ārstējot tos, kurus tā skārusi vissmagāk.

Daži pasākumi ir samērā vienkārši īstenojami, un tie ir ieteicami arī vieglas sezonālās gripas gadījumā (piemēram, regulāra roku mazgāšana un agrīna norobežošanās no citiem saslimšanas gadījumā). Tie arī cilvēkiem dod iespēju un sniedz lietderīgu padomu grūtā, satraukuma pilnā laikā. Savukārt, citus īstenot ir grūti un tie ir dārgi (piemēram, savlaicīga masveida pretvīrusu medikamentu nodrošināšana saslimušajiem), un tie var ievērojami kaitēt sabiedriskām funkcijām, tos var būt grūti izturēt (piemēram, robežu slēgšana, iekšējā transporta ierobežojumi). Tādēļ, visiem pasākumiem ir nepieciešama plānošana, sagatavošana un praktiska izmēģināšana.

Jo īpaši svarīgi ir tas, ka pasākumiem var būt lielas izmaksas un tie var būt mazefektīvi. Mazāk bīstamas slimības pandēmijas laikā ar mazāku saslimušo skaitu, piemēram, tās, kas pieredzētas 1957. un 1968. gadā, dažiem iespējamiem sabiedrības pasākumiem (savlaicīgai skolu slēgšanai, darbam mājās u. c.), kuri, iespējams, samazinātu inficēšanos, varētu būt daudz lielākas izmaksas un tie radītu lielāku kaitējumu nekā pandēmija. Tomēr, gūt vienīgi labumu no šādiem pasākumiem varētu smagu pandēmiju laikā, piemēram, tādu, kuru rezultātā slimnīcās ievietoto daudzo cilvēku vai mirstības rādītājs ir salīdzināms ar to, kāds bija 1918.–1919. gadā "Spāņu gripas" laikā.

Šo iemeslu dēļ ir ļoti svarīgi agrīni izvērtēt pandēmijas klīnisko smagumu pasaulē un Eiropā. Lai gan agrīna pasākumu īstenošana ir loģiska, pārāk lielu kaitējumu radošu iesaistīšanās pasākumu īstenošana agrīnā posmā ir dārga un to ir grūti izturēt.

Vairākas Eiropas valstis šobrīd apsver savu politiku saistībā ar šiem pasākumiem. Eiropas daudzveidības dēļ visām Eiropas valstīm nederēs viens pasākumu kopums: "katram savs izmērs". Tomēr, kopīgas diskusijas par pasākumiem būs noderīgas un veicinās lēmumu efektīvāku pieņemšanas procedūru. Turklāt, dažas valstis jau ir veikušas ievērojamu zinātnisko darbu, par kuru tiek runāts arī šajā dokumentā un, no kura varētu iegūt visas Eiropas valstis, apsverot citu valstu viedokļus.

Mērķis

Ņemot vērā iepriekšējos apsvērumus, un, tā kā ECDC ir pilnvaras sniegt zinātnisku padomu, nevis noteikt darbības, šā dokumenta mērķis ir piedāvāt iespējamo pasākumu izvēlni, sniedzot informāciju par sabiedrības veselības aizsardzību un zinātnisku informāciju par to, kas ir zināms vai, ko var teikt par to iespējamo efektivitāti, izmaksām (tiešām un netiešām), pieņemamību, sabiedrības gaidām un citiem praktiskākiem apsvērumiem. Tas palīdzēs Eiropas Savienības dalībvalstīm un ES iestādēm individuāli vai kolektīvi izlemēt, kurus pasākumus tās piemēros. Tas nozīmē, ka daži pasākumi ir tik pašsaprotami vai arī tik neefektīvi, ka vienkārša pierādījumu izklāstīšana varētu atvieglot lēmumu pieņemšanu.

Mērķauditorija

Galvenā mērķauditorija ir politikas veidotāji un lēmumu pieņēmēji, savukārt sekundārā auditorija ir visi tie, kuri ir saistīti ar gripu, sabiedrība un plašsaziņas līdzekļi. Plašsaziņas līdzekļu izpratne par pasākumiem un to ierobežojumiem būs ļoti svarīga to veiksmīgai piemērošanai pandēmijas laikā.

Darbības joma

Šis dokuments ir piemērojams tad, kad Eiropā izplatās pandēmija, PVO noteiktajā 5. un 6. pandēmijas attīstības stadijā un arī tad, kad plosās sezonālās gripas epidēmija. Tā nerisina dažādos 4. attīstības stadijas apstākļus, pirmās palīdzības unikālās vajadzības iedomāta pandēmijas vīrusa celma gadījumā (PVO ātrā ierobežošanas stratēģija), ne komplekso plānošanu un politikas jautājumus par to, kā uzturēt galveno pakalpojumu nodrošināšanu pandēmijas laikā (tā dēvētā uzņēmējdarbības nepārtrauktības plānošana pandēmijas laikā). Pēdējais jebkurā gadījumā nav ECDC kompetencē.

Dokuments ir lasāms kopā ar iepriekšējiem norādījumiem, kurus ECDC publicēja par individuālajiem savlaicīgajiem pasākumiem. Tas ir apkopots tekstā un tabulās. Ir publicēti un tekstā pieminēti attiecīgie zinātniskie norādījumi par cilvēku putnu gripas (pirmspandēmijas) H5N1 vakcīnu. Norādījumus vajadzētu lasīt kopā ar PVO 2005. gada norādījumiem un jaunajiem PVO norādījumiem par pretpasākumiem (publicēti 2009. gadā).

Lūdzu, ņemiet vērā, ka šie ir starpposma norādījumi, jo ir gaidāmi jauni pētījumu rezultāti un, iespējams, ka būs jauni pretpasākumi. Tādēļ, ik pēc noteikta laika posma izvēlne tiks atjaunināta.

Kopsavilkuma tabulas. Iespējamo iesaistīšanās pasākumu raksturojums, lai samazinātu inficēšanos pandēmijas/smagas sezonālās gripas epidēmijas 6. attīstības stadijā

Starptautiski ceļojumi (robežu slēgšana, iebraukšanas ierobežojumi, ieteikumi ceļotājiem)

Iesaistīšanās pasākums	Pierādījumu kvalitāte ¹	Efektivitāte (gūtais labums)	Tiešās izmaksas	Netiešās izmaksas un riski ²	Pieņemamība Eiropā	Praktisks pielietojums un citi jautājumi
1. Ieteikumi ceļotājiem	B	Minimāla	Nelielas	Ļoti lielas	Laba	Iespējams, ka starptautiska ceļošana tik un tā ievērojami samazināsies
2. Iebraukšanas pārbaude	B, Bm	Minimāla	Lielas	Lielas	Pastāvīgie iedzīvotāji to varētu gaidīt	Iespējams, ka starptautiska ceļošana tik un tā samazināsies

¹ Efektivitātes pierādījumi: A, B un C ir, attiecīgi, uz spēcīgiem, saprātīgiem un nepietiekamiem pierādījumiem balstīti ieteikumi.

A kategorija: sistemātiski pārskati, ja ir dažādi iepriekšēji pētījumi, uz kuriem balstīties (nav iepriekšēja modelēšana), labi izstrādāti epidemioloģiski pētījumi vai īpaši eksperimentāli pētījumi (nejauši kontrolēti pētījumi).

B kategorija: tie ir pētījumi, kas balstīti uz labi izstrādātiem epidemioloģiskiem pētījumiem, būtiskiem novērošanas pētījumiem vai eksperimentāliem pētījumiem ar 5 līdz 50 subjektiem, vai eksperimentāliem pētījumiem ar citiem ierobežojumiem (piemēram, ja parametrs nav gripa). Kods Bm nozīmē modelēšanas darbu ar uzsvāru uz pētījumiem, kuros ir pieejami labas kvalitātes primārie dati. Tomēr kvalitāte var būt gan Bm, gan C.

C kategorija: tie ir pierādījumi, kas balstīti uz ziņojumiem par gadījumiem, nelieliem, nepietiekami kontrolētiem novērošanas pētījumiem, nepietiekami pamatotiem plašākiem pētījumiem, zināšanu par inficēšanās ceļiem piemērošanas, lipīguma periodu utt. Cm attiecas uz modelēšanu ar nelielu daudzumu vai nepietiekamas kvalitātes primārajiem datiem.

² Reizēm dēvētām par sekundārām un terciārām sekām, piemēram, robežu slēgšanas dēļ tiek pārtraukta tirdzniecība un būtiskāko piegāžu un darbinieku pārvietošanās.

3. Robežu slēgšana vai stingri ceļošanas ierobežojumi	B, Bm	Minimāla, ja vien nav gandrīz pilnīga	Ļoti lielas	Ļoti lielas	Dažāda, lai gan daļa pastāvīgo iedzīvotāju to varētu gaidīt	Iespējams, ka starptautiska ceļošana tik un tā samazināsies
--	-------	---------------------------------------	-------------	-------------	---	---

Individuālie aizsardzības pasākumi

Iesaistīšanās pasākums	Pierādījumu kvalitāte	Efektivitāte (gūtais labums)	Tiešās izmaksas	Netiešās izmaksas un riski	Pieņemamība Eiropā	Praktisks pielietojums un citi jautājumi
4. Regulāra roku mazgāšana	B	Iespējams, samazina inficēšanās risku	Nelielas	Nekādas	Laba, bet nav zināms, cik daudz to ievēro	Mērens ³
5. Laba elpošanas ceļu higiēna (papīra salvešu lietošana un atbrīvošanās no tām)	B	Nav zināma, bet ir pieņemama	Nelielas	Nelielas	Laba, bet nav zināms, cik daudz to ievēro	Neliels
6. Maskas lietošana, vienmēr izejot ārpus mājas	C, Cm	Nav zināma	Ļoti lielas	Nelielas	Nav zināma, bet lielākajā daļā valstu masku nēsāšanas kultūra nav izplatīta	Ļoti liels – mācību grūtības, masku piegāde un veidi, atbrīvošanās no tām un atkritumi. Var būt pretējs efekts, lietojot nepareizi vai atkārtoti.
7. Masku lietošana veselības aprūpes iestādēs⁴	C	Nav zināma	Mērenas	Nelielas	Kopumā jau tiek plaši pielietots	Mērens – mācību grūtības, definē augsta riska situācijas, masku piegāde un veidi, jo īpaši respiratori
8. Masku lietošana citās augsta riska situācijās⁵	C	Nav zināma	Mērenas	Nelielas	Nav zināma, bet tai var būt jēga	Mērens – mācību grūtības, definē augsta riska situācijas, masku piegāde un veidi
9. Masku lietošana, kam ir elpošanas ceļu infekcijas	C	Nav zināma, bet ir pieņemama	Mērenas	Varētu būt jautājumi slimajiem cilvēkiem, kas pārnēsā infekciju, joprojām pārvietoties un inficēt citus	Nav zināma, bet tai var būt jēga. Ieteikumu, ko šobrīd lieto slimnīcās, popularizē arī mājās un sabiedriskās vietās.	Grūtības noteikt tos, kuriem tas būtu jādarbā un kas piegādā maskas. Arī piekāpšanās tiem, kam ir ierobežota elpošana ceļu infekcijas dēļ.
10. Agrīna slimo cilvēku pašizolācija⁶	C	Nav zināma, bet ir pieņemama	Mērenas	Mērenas ⁷ . Lielāks risks aprūpētājiem, un viņi neierodas darbā.	Tas jau ir standarta ieteikums daudzās valstīs.	Vajag apmācīt un aprīkot aprūpētājus, kuri būs pakļauti riskam. Jautājums par zaudētās algas kompensāciju un darba devēju piekrišanu.
11. Karantina⁸	C	Nav zināma	Ļoti lielas	Ļoti lielas, jo zūd produktivitāte	Nav skaidra	Ļoti grūti taisnīgi padarīt darbu, un tas ir jautājums par zaudētās algas kompensāciju.

³ Vajadzētu daudz vairāk nodrošināt iespēju nomazgāt rokas iestādēs, kuras apmeklē dienas laikā, piemēram, sabiedriskās vietās, ātrās ēdināšanas iestādēs u. c.

⁴ Personām, kurām ir cieši jākontaktējas ar lielu skaitu sabiedrības locekļu.

⁵ Personām, kurām ir cieši jākontaktējas ar lielu skaitu sabiedrības locekļu pārpildītos transportlīdzekļos.

⁶ Parasti tā cilvēka mājās, kurš sāk justies slikti un kuram ir drudzis.

⁷ Par cilvēku mājās kādam ir jārūpējas, tādēļ viņš un viņa aprūpētājs neierodas darbā.

Sociālās attālināšanās pasākumi

Iesaistīšanās pasākums	Pierādījumu kvalitāte	Efektivitāte (gūtais labums)	Tiešās izmaksas	Netiešās izmaksas un riski	Pieņemamība Eiropā	Praktiskas problēmas
12. Iekšējo ceļojumu ierobežojumi	Cm, C	Iespējama neliela kavējoša ietekme	Lielas	Ļoti lielas, tostarp sociālie traucējumi ⁹	Nav zināma	Ir apdraudētas galvenās funkcijas. Jautājums par atbildību un juridisko pamatu. ¹⁰
13. Reagējoša skolu slēgšana	Bm, C	Tai varētu būt lielāka ietekme nekā citiem sociālās attālināšanās pasākumiem	Mērenas	Ļoti lielas, jo mājās par bērniem kādam ir jā rūpējas ¹¹	Nav zināma, Eiropā tas nenotiek bieži	Bērni ārpus skolas ir jānošķir no citiem bērniem. Jautājums par atbildību un juridisko pamatu. ^{10, 12} Grūtības ar laika izvēli, ilgtspēju un atkalatvēršanu.
14. Savlaicīga skolu slēgšana	Bm, C	Tai varētu būt lielāka ietekme nekā citiem sociālās attālināšanās pasākumiem un labāka, nekā reagējošai	Mērenas	Iepriekš minētais ¹¹	Iepriekš minētais	Iepriekš minētais, bet pat lielākas problēmas ar laika izvēli (var slēgt pārāk ātri), ilgtspēju un atkalatvēršanu. ^{10,12}
15. Reagējoša darbavietu slēgšana	Cm	Nav zināma ⁹	Lielas	Lielas	Nav zināma, būtisks jautājums par kompensācijām ¹⁰	Jautājums par atbildību, kompensācijām un juridisko pamatu, arī ilgtspēju un atkalatvēršanu. Nav iespējama galvenajām funkcijām. ¹³
16. Darbs mājās un tikšanās biežuma samazināšana	Cm, C	Nav zināma	Mērenas	Mērenas	Varētu būt pieņemama	Mazāk iespējams galvenajām funkcijām ¹³
17. Publisku pulcēšanos, starptautisku pasākumu u. c. atcelšana	C	Nav zināma	Ļoti lielas ¹⁰	Ļoti lielas ¹⁰	Iespējams, ka ir atkarīgs no kompensāciju jautājuma un tā, vai ir piemērojama apdrošināšana ⁹ . Sabiedrība to varētu gaidīt.	Jautājums par atbildību un juridisko pamatojumu. Grūti definēt, kas ir publiska pulcēšanās vai starptautiska sanāksme, un kad atcelt aizliegumu.

⁸ Šķietami veselu cilvēku, kuri, iespējams, ir bijuši pakļauti infekcijai, izolēšana mājās uz dažām dienām.

⁹ Ieguvums no šā un dažiem citiem iesaistīšanās pasākumiem ir tāds, ka tie plānotā veidā atklāj to, kas ar laiku, iespējams, tik un tā notiktu.

¹⁰ Jautājums par to, kurš kompensē iespējamus ekonomiskus zaudējumus valsts (valdības) rīcības dēļ.

¹¹ Par bērnu mājās kādam ir jā rūpējas, tādēļ viņa aprūpētājs neierodas darbā.

¹² Veicot iesaistīšanās pasākumus, kuru mērķis ir bērni, tiek pieņemts, ka viņiem ir īpaši nozīmīga loma infekcijas pārnēsāšanā, bet ne visu pandēmiju laikā tas tā ir.

¹³ Ir sarežģīts process, lai noteiktu, kura ir un kura nav galvenā funkcija, kas ir svarīga, bet ārpus šā dokumenta darbības jomas.

Pretvīrusu medikamentu lietošana: agrīna ārstēšana

Iesaistīšanās pasākums	Pierādījumu kvalitāte	Efektivitāte (gūtais labums)	Tiešās izmaksas	Netiešās izmaksas un riski	Pieņemamība Eiropā	Praktiskas problēmas
18. Visiem, kam ir simptomi	A (tikai inficēšanās un slimības ilgums), Bm	Paredzams, ka mērena, bet pierādījumi tam ir vāji ¹⁴	Ļoti lielas	Mērenas	Sabiedrība to gaida lielākajā daļā valstu	Ievērojamas loģistikas izmaksas un grūtības izlemt, kam ir gripa, piegādājot visiem tiem, kas varētu savlaicīgi gūt labumu (mazāk par 24 vai 48 stundām) ¹⁵ un objektīvi pārvaldot krājumus ¹⁵
19. Veselības un sociālās aprūpes darbinieki vai pakļautie galvenie darbinieki	A	Neliela ¹⁵	Lielas	Nelielas	Uzskatāma par daļu no personāla aizsardzības un ir svarīga, lai personāls paliktu darbā	Grūtības definēt, kas ir veselības aprūpes darbinieki vai pakļautie galvenie darbinieki ¹⁵

Pretvīrusu medikamentu lietošana: profilakse pēc saslimšanas gadījuma

Iesaistīšanās pasākums	Pierādījumu kvalitāte	Efektivitāte (gūtais labums)	Tiešās izmaksas	Netiešās izmaksas un riski	Pieņemamība Eiropā	Praktiskas problēmas
20. Ģimene	B, Bm	Mērena	Ļoti lielas	Mērenas	Iespējams, pieņemama	Grūtības atrast saslimšanas gadījumus, definēt ģimenes, piegādes ātrums, izejvielu krājumu drošums un to apstrāde ¹⁶
21. Ģimene un sabiedriskie kontakti	B, Bm	Mērena	Ļoti lielas +	Mērenas	Nav zināma, bet ir problēmas ar cilvēkiem, kuri neatzīst ārstēšanu	Iepriekš minētais par problēmām definēt grupu robežas
22. Ģimene un ģeogrāfiskie kontakti	B, Bm	Mērena	Ļoti lielas +	Mērenas	Nav zināma, bet ir problēmas ar cilvēkiem, kuri neatzīst ārstēšanu	Iepriekš minētais un pat vairāk par problēmām definēt grupu robežas

Pretvīrusu medikamentu lietošana: turpmāka profilakse

Iesaistīšanās pasākums	Pierādījumu kvalitāte	Efektivitāte (gūtais labums)	Tiešās izmaksas	Netiešās izmaksas un riski	Pieņemamība Eiropā	Praktiskas problēmas
23. Veselības un sociālās aprūpes darbinieki vai galvenie darbinieki	C	Mērena	Ļoti lielas	Mērenas	Neskaidra – veselības aprūpes darbinieki varētu tos nelietot vispār vai pārtraukt to lietošanu	Grūtības definēt, kas ir veselības aprūpes darbinieki vai galvenie darbinieki. Jautājums par to, cik ilgi piedāvāt pretvīrusu medikamentus.

¹⁴ Pierādījumi no pētījumiem liecina, ka saistībā ar sezonālo gripu agrīna ārstēšana par vienu vai divām dienām samazina slimības ilgumu un samazina arī inficēšanas risku. Aplēses par hospitalizācijas pozitīvo ietekmi un mirstību ir tikai novērojumu līmenī, tās ir ierobežotas un nepietiekamas.

¹⁵ Ir vairākas būtiskas problēmas, kā izlemt, kam ir gripa, kā piegādāt pretvīrusu medikamentus utt.

¹⁶ Ir jāņem vērā tas, cik ātri un efektīvi tiks izskatīti agrīnie ziņojumi par ticamām blaknēm.

Vakcīnas: cilvēku putnu gripas vakcīna¹⁶

Iesaistīšanās pasākums	Pierādījumu kvalitāte	Efektivitāte (gūtais labums)	Tiešās izmaksas	Netiešās izmaksas un riski	Pieņemamība Eiropā	Praktiskas problēmas
24. Visiem iedzīvotājiem	B, Bm	Nav skaidra, atkarībā no pandēmijas antigēna tipa ¹⁷	Ļoti lielas	Lielas ^{16,18}	Nav zināma ¹⁹	Jautājums par to, kurām grupām piešķirt prioritāti
25. Veselības un sociālās aprūpes darbinieki vai galvenie darbinieki	B, Bm	Iepriekš minētais	Ļoti lielas	Iepriekš minētais	Iepriekš minētais, kā arī nav skaidrs, ko šīs grupas pieņems	Grūtības definēt, kas ir veselības aprūpes darbinieki vai galvenie darbinieki
26. Vispirms bērnu vakcinēšana	B, Bm	Iepriekš minētais	Ļoti lielas	Iepriekš minētais	Nav skaidrs vai vecāki to pieņems, jo īpaši tad, ja bērns slimību pārslimo vieglāk un labumu gūst citi. Nav kārtīgi noteikts drošuma profils ²⁰ .	Nepieciešama iepriekšēja plānošana

Vakcīnas: īpašas pandēmijas vakcīnas

Iesaistīšanās pasākums	Pierādījumu kvalitāte	Efektivitāte (gūtais labums)	Tiešās izmaksas	Netiešās izmaksas un riski	Pieņemamība Eiropā	Praktiskas problēmas
27. Pandēmijas vakcīnas	B, Bm	Pirmajā brīdī minimāla	Ļoti lielas, un ir nepieciešami ieguldījumi	Nelielas	Iespējams, ļoti pieņemams ²⁰	Grūtības definēt sākotnējās prioritārās grupas ¹⁶

¹⁷ Tiek pieņemts, ka nākamās pandēmijas pamatā būs H5 antigēns. Gūstamo labumu var secināt no eksperimentālām seroloģiskām reakcijām, tomēr novērošanas datus un izmēģinājumus saistībā ar pandēmijas celmu nevar veikt, pirms nav sākusies inficēšanās un 3. attīstības stadija. Tad izmēģinājumi būs uzskatāmi par neētiskiem.

¹⁸ Finanšu risks saistībā ar to, ka nākamā pandēmija būs saistīta ar citu antigēna celmu, nevis šobrīd ļoti patogēno putnu gripu (A/H5).

¹⁹ Neviena valsts nekad saviem iedzīvotājiem nav mēģinājusi piedāvāt vakcinēšanos ar tik zemas paredzamās efektivitātes vakcīnu, tādēļ pastāv lielas komunikācijas problēmas.

²⁰ Ir jāņem vērā tas, cik ātri un efektīvi tiks izskatīti agrīnie ziņojumi par ticamām blaknēm.

4. Ieceļotāju veselības sērija: piekļuve HIV profilaksei, ārstēšanai un ieceļotāju aprūpei ES/EEZ valstīs

(Publicēts 2009. gada jūlijā)

Šajā ziņojumā ir apkopoti laikā no 2008. gada maija līdz septembrim veiktā pārskata secinājumi par piekļuvi HIV profilaksei, ārstēšanai un aprūpei starp ieceļotājiem Eiropas Savienībā. Eiropas Slimību novēršanas un kontroles centrs (ECDC) paredzēja, ka pārskats būs daļa no plašākas ziņojumu sērijas par migrāciju un infekcijas slimībām ES.

Pamatojoties uz informāciju, kas apkopota aptaujājot respondentus 27 ES dalībvalstīs un trīs Eiropas Ekonomikas zonas (EEZ) valstīs un veicot literatūras pārskatīšanu, šā ziņojuma mērķis ir sniegt pārskatu par esošo situāciju un materiālu turpmākai politikas veidošanai, pētījumiem un pakalpojumiem ar nolūku uzlabot ieceļotāju piekļuvi ar HIV saistītiem pakalpojumiem. Aptuveni divas trešdaļas respondentu pārstāvēja nevalstiskas organizācijas (NVO) un atlikusī trešdaļa bija valsts iestāžu pārstāvji. Tādēļ, secinājumi un ierosinātās darbības ne vienmēr atspoguļo ES valstu valdību viedokļus.

1. nodaļā ir īss pārskata apraksts un metodoloģija. 2. nodaļā ir uzsvērti svarīgākie secinājumi par ieceļotājiem un HIV, vērstot uzmanību uz faktoriem, kuri palielina viņu neaizsargātību pret HIV un kuri liedz viņiem piekļūt profilakses, ārstēšanas un aprūpes pakalpojumiem, un to, kā ES un dalībvalstis reaģē uz ieceļotāju vajadzībām saistībā ar HIV. 3. nodaļā ir aplūkota turpmākā rīcība, apkopojot problēmas un darbības, kuras ieteica respondenti, lai ieceļotājiem ES uzlabotu piekļuvi ar HIV saistītiem pakalpojumiem. Turpmāk ir aplūkots būtiskāko secinājumu, problēmu un ierosināto darbību kopsavilkums.

Būtiskākie secinājumi

- ES ir veikusi svarīgus pasākumus, lai risinātu migrācijas un veselības aprūpes jautājumus kopumā, un migrācijas un HIV jautājumus atsevišķi. 2004. gada *Dublinas deklarācija par partnerību cīņā ar HIV/AIDS Eiropā un Centrālāzijā* un tai sekojušās deklarācijas HIV ievieto augstāk Eiropas dienas kārtībā. Lisabonas konference, turpmākās tikšanās un ziņojumi 2007. gadā piesaistīja uzmanību migrācijas, veselības aprūpes un HIV jautājumam. Tās abas ir ietekmējušas ES politiskās saistības, kas atspoguļojas politikā un tiesiskajos instrumentos, kuri paredzēti, lai nodrošinātu to, ka ES ir būtiska daļadība starp ES dalībvalstīm attiecībā uz politiku un tiesisko regulējumu, HIV profilaksi, ārstēšanu un aprūpes pakalpojumiem ieceļotājiem.
- Visatbilstošākās ieceļotāju grupas saistībā ar HIV ir no Subsahāras Āfrikas, Austrumeiropas un Āzijas, un – dažās Eiropas valstīs – no Latīņamerikas un Karību jūras reģiona. Būtiska apakšgrupa ir patvēruma meklētāji un bēgļi, ieceļotāji bez dokumentiem, seksa strādnieki un vīrieši, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu. Valodas barjera, atsvešināšanās un sociālā atstumtība, un juridiskie šķēršļi bija minēti kā būtiskākie faktori, kuru dēļ ieceļotāji ir īpaši pakļauti HIV apdraudējumam. Vēl tiek minēti arī kultūras attieksme, reliģija, bailes no diskriminācijas un nepietiekamas zināšanas par HIV ieceļotāju kopienās.
- Faktori, kas attur ieceļotājus meklēt piekļuvi pakalpojumiem, ir saistīti ar politiku un likumiem, pakalpojumu sniegšanu, pašām ieceļotāju kopienām un plašāku sabiedrību. Tika ziņots, ka darbības plāns izklidēt ieceļotājus valsts ietvaros ierobežo piekļuvi profilakses un ārstēšanas pakalpojumiem. Juridiskais statuss – dzīvesvietas un veselības apdrošināšanas trūkums – visbiežāk tika minēti kā šķērslis, kas liedz piekļuvi HIV ārstēšanai, jo īpaši respondentiem jaunajās ES dalībvalstīs. Kultūrai piemērotas informācijas atbilstīgajās valodās, attiecīgi apmācītu profesionāļu un pakalpojumu, kas īpaši piemēroti ieceļotāju vajadzībām, trūkums bija šķēršļi visās trīs pakalpojumu jomās. Ieceļotāju kopienās kultūra, reliģija, bailes no diskriminācijas un ierobežotas zināšanas par pieejamajiem pakalpojumiem liedz tiem piekļuvi. Plašākā sabiedrībā aizspriedumi pret ieceļotājiem un viņu diskriminēšana liedz piekļuvi profilaksei, un jo īpaši aprūpes pakalpojumiem; kā īpašs šķērslis, lai piekļūtu ārstēšanai tika minēti ieceļotāju sociālie apstākļi.
- Gandrīz visas valstis ziņo par HIV iesaistīšanās pasākumiem, kas paredzēti ieceļotāju kopienām un apakšgrupām. Dažas valstis, jo īpaši tās, kurām ir ilgāka pieredze ar ieceļotājiem, nodrošina plašāku pakalpojumu klāstu, izmantojot valdības aģentūras, NVO un sabiedriskās organizācijas. Citās valstīs pakalpojumu ir maz, ja vispār tādi ir. Ieceļotāju kopienas lielākajā daļā valstu ir iesaistītas pasākumu īstenošanā, bet – ar dažiem izņēmumiem – viņu iesaistīšanās politikas veidošanā ir ierobežota. Tomēr lielā daļā no 30 dalībvalstīm respondenti ziņoja, ka migrācijas un HIV jautājumiem ir zema prioritāte. Augstāka prioritāte ir piešķirta valstīs, kur HIV izplatība ieceļotāju grupā ir salīdzinoši liela.

Būtiskākās problēmas

- Politika un tiesiskais regulējums ir problēmas, kas liedz nodrošināt ieceļotājiem ar HIV saistītos pakalpojumus. Pretrunas starp veselības aprūpes politiku un imigrācijas politiku var kaitēt sabiedrības veselībai. Vislielākās bažas rada HIV ārstēšanas pieejamība ieceļotājiem bez dokumentiem un bez apdrošināšanas. Ar to saistītā problēma ir skaidra un konsekventa ieceļotāju tiesību tiesiskā regulējuma trūkums attiecībā uz veselības aprūpi.
- Problēma ir arī informācijas trūkums. Datu vākšanas standartizācijas nepietiekamība visās valstīs rada grūtības salīdzināt ieceļotāju situāciju ES. Neraugoties uz ievērojamo veikto pētījumu daudzumu, joprojām trūkst informācijas, piemēram, par migrāciju un HIV jaunajās ES dalībvalstīs; par HIV riska uzvedību, ieceļotāju veselības aprūpes un ar HIV saistītām vajadzībām; par kultūras un reliģijas ietekmi uz pārliecību par veselību, attieksmi un veselības uzlabošanas paradumiem ieceļotāju kopienās.
- Pakalpojumu nodrošināšanas līmeni dažās valstīs joprojām ir jānovērš juridiski, administratīvi un kultūras šķēršļi. Tāpat problēma ir arī nodrošināt, lai valsts aģentūras un NVO uz kopienām balstītie profilakses un aprūpes iesaistīšanās pasākumi saņemtu atbilstošu un ilgtspējīgu finansējumu.
- Problēma ir arī visaptveroša rīcība, lai risinātu sabiedrības negatīvo attieksmi pret ieceļotājiem, ko saasina nevajadzīgas ziņas plašsaziņas līdzekļos, kā arī iniciatīvas, lai apmierinātu plašākas ieceļotāju sociālās, ekonomiskās un tiesiskās vajadzības, jo tas prasa kopīgus centienus no politikas veidotāju, veselības un sociālās aprūpes speciālistu un pilsoniskās sabiedrības puses.

Būtiskākās ierosinātās darbības

- Lai varētu vākt rūpīgus un salīdzināmus uzraudzības datus un veidot konsekventu un piemērotu politiku un iesaistīšanās pasākumus, ir nepieciešama kopīga visā ES saprotama vārda "ieceļotājs" definīcija. Respondenti ierosināja arī īpašas darbības politikas, finansēšanas, pētniecības, tīklošanas un pakalpojumu jomā gan Eiropas, gan valsts līmenī.
- Skaidra politika un tiesiskais regulējums, lai aizsargātu ieceļotāju un jo īpaši to ieceļotāju, kuriem nav dokumentu un apdrošināšanas, tiesības piekļūt HIV aprūpei, tika noteikts par prioritāti Eiropas un valsts līmenī. Tika ierosinātas arī citas darbības, lai risinātu politikas nekonsekvenci, pievērstu politikas veidotāju uzmanību jautājumiem, kas saistīti ar HIV un migrāciju, un lielāku ieceļotāju kopienu iesaistīšanu politikas procesos. Tāpat kā prioritāra darbība tika minēta to Eiropas tīklu un projektu finansēšana, kas saistīti ar migrāciju un HIV jautājumiem, un NVO, kas nodrošina ar HIV saistītos pakalpojumus ieceļotājiem.
- Tika ierosinātas vairākas pētījumu jomas. Citu darbību starpā tika ierosināts Eiropas līmenī veikt pētījumus, lai uzlabotu izpratni par migrācijas veidiem, par Eiropas tiesību aktu un politikas ietekmi par piekļuvi ārstēšanai, un novērtēt vispārējās piekļuves ārstēšanai izmaksas, ieguvumus un iesaistīšanās pasākumu ietekmi. Valsts līmenī tika ierosināts uzlabot epidemioloģisko informāciju, labāk izprast ieceļotāju kopienu – tostarp zināšanas saistībā ar HIV, attieksmi un uzvedību, kultūras un reliģijas lomu – veikt tiesiskā regulējuma un iesaistīšanās pasākumu ietekmes uz ieceļotājiem analīzi.
- Ierosināto prioritāro sadarbību vidū bija ES atbalsts tādām organizācijām, kas saistītas ar migrāciju un HIV, Eiropas kopīgajā telpā un citiem mehānismiem, lai dalītos ar kopīgajiem resursiem, pieredzi un labo praksi, veicinātu stingrākas saites un sadarbību starp veselības aprūpes un sociālās aprūpes speciālistu asociācijām, ieceļotāju un cilvēktiesību organizācijām ES un valstu līmenī.
- Attiecībā uz pakalpojumu nodrošināšanu lielākā daļa respondentu uzsvēra, ka ir vajadzīgi kultūrai atbilstoši materiāli un iesaistīšanās pasākumi, attiecīgas mācības veselības aprūpes un kopienu darbiniekiem, kā arī lielāka ieceļotāju kopienu iesaistīšana pakalpojumu sniegšanā. Lai uzlabotu pakalpojumu nodrošinājumu un izmantošanu, tika ierosinātas kopienu pieejas HIV testēšanai, piemēram, popularizēšana, visaptverošas pieejas ārstēšanai un aprūpei, vienlaicīgi nodrošināt augstāku informētības pakāpi ieceļotāju kopienās par pieejamajiem pakalpojumiem.

5. Ieceļotāju veselības sērija: HIV un AIDS epidemioloģija ES/EEZ valstu ieceļotāju kopienās un starp etniskajām minoritātēm

(Publicēts 2009. gada jūlijā)

Apraksts, pamatojums un mērķis

Pasaules HIV/AIDS pandēmija atspoguļo būtiskāko sociāli ekonomisko un veselības aprūpes nevienlīdzību starp industrializētām un neindustrializētām valstīm. *UNAIDS* lēš, ka 2007. gadā ar HIV/AIDS dzīvoja 33 miljoni cilvēku (*PLWHA*); vairāk nekā 96 % jauno HIV inficēšanās gadījumu notika valstīs ar zemiem un vidējiem ienākumiem. No visiem *PLWHA* 22,5 miljoni dzīvo Subsahāras Āfrikas reģionā (SSĀ), kur HIV izplatība pieaugušo vidū ir 5 % – ievērojami augstāka salīdzinājumā ar 0,8 % visā pasaulē. Karību jūras reģions ar 1 % izplatību ir otra visvairāk skartā zona, un Austrumeiropa ar 0,9 % izplatību ir trešajā vietā.

Saskaņā ar Starptautiskās Migrācijas organizācijas (*IOM*) datiem aptuveni 192 miljoni cilvēku (3 % pasaules iedzīvotāju) 2006. gadā bija starptautiski ieceļotāji, no kuriem 95 miljoni bija sievietes. Apvienoto Nāciju Organizācija par starptautisku ieceļotāju uzskata katru, kurš nomaina pastāvīgās dzīvesvietas valsti. Visizplatītākais migrācijas iemesls ir ekonomisku uzlabojumu meklēšana, tādēļ lielākā daļa ieceļotāju pārceļo no attīstības valstīm uz attīstītām valstīm. Valstis, no kurām 2006. gadā bija vislielākais skaits ieceļotāju, bija Ķīna, Indija un Filipīnas, savukārt ASV, Krievija, Vācija, Ukraina un Francija bija tās piecas valstis, kuras uzņēma visvairāk ieceļotāju. ES, kas ir viena no pasaules bagātākajām teritorijām, tā uzņēma 64 miljonus (8,8 %) ieceļotāju, ar ievērojamu nevienlīdzību starp valstīm. ES lepojas arī ar to, ka tā ir pasaules reģions ar vissīnākajām tradīcijām cilvēktiesību ievērošanas jomā. Tomēr, tāpat kā daudzos citos pasaules reģionos ieceļotāji, kuri dzīvo ES, saskaras ar nopietnām integrācijas problēmām. Migrācija un sociālā atstumtība padara ieceļotājus neaizsargātus pret HIV/AIDS un ar tiem saistītām komplikācijām.

HIV epidēmija ir sabiedrības veselības lielākā problēma ES; HIV inficēšanās gadījumu skaita pieaugums nav apstājies kopš HIV ziņošanas mehānisma ieviešanas 1999. gadā. Izplatītākais inficēšanās ceļš ir heteroseksuāli dzimumsakari (53 % jauno HIV ziņojumu 2006. gadā), kam seko vīrieši, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu (*MSM*) (37 %), un intravenozi narkotiku lietotāji (*IDU*) (9 %). Jāpiebilst, ka 2006. gadā ir ziņots par 204 gadījumiem, kad HIV infekcija ir pārnesta no mātes bērnam (*MTCT*). Veselības aprūpes nevienlīdzība, tostarp ieceļotāja statusa dēļ, ir jākontrolē, lai varētu izstrādāt piemērotus risinājumus. Kopš 2000. gada bijušais *EuroHIV* vāca informāciju par ziņojumu ģeogrāfisko izcelsmi. Būtiska un aizvien pieaugoša ziņojumu daļa par AIDS un HIV, kas iegūti heteroseksuālu sakaru ceļā, ir par cilvēkiem, kuru ģeogrāfiskā izcelsme atšķiras no valsts, kura iesniegusi ziņojumu, lielākoties no SSĀ. Tomēr, HIV/AIDS varētu nesamērīgi skart arī citas ieceļotāju grupas, lai gan trūkst datu par šīm grupām. Absolūtais un relatīvais ieceļotāju pienesums valstu HIV epidēmijām visā ES ir nevienlīdzīgs un atkarīgs no migrācijas veidiem, koloniālās vēstures, HIV epidēmijas stāvokļa izcelsmes un mērķa valstīs, kā arī no veselības un sociālās aprūpes reakcijas. Kopš epidēmijas pirmsākumiem ir skaidrs, ka galvenais ir nodrošināt *PLWHA* tiesības; neapšaubāmi būtiskākie elementi tajā ir zinātne, cilvēktiesības un sabiedrības veselības aizsardzības pieeja.

2007. gadā ES Portugāles prezidentūra par galveno tematu izvēlējās migrācijas un veselības aizsardzības jautājumus. Padomes secinājumos, kas pieņemti 2007. gada decembrī, *ECDC* aicināja sagatavot ziņojumu par migrāciju un infekcijas slimībām. Atbildot uz šo aicinājumu, *ECDC* uzsāka ziņojumu sēriju, kas veidos *ECDC* ziņojumu par migrāciju un infekcijas slimībām ES. Šā ziņojuma – HIV un AIDS epidemioloģija ieceļotāju kopienās un starp etniskajām minoritātēm – mērķi ir noteikt HIV infekciju slogu ieceļotāju vidū un tā pienesumu HIV epidemioloģijai 1999.–2006. gada periodā.

Metodoloģija

ECDC bijušā *EuroHIV* datus izmanto gan pasaules mērogā, gan katrai valstij atsevišķi, un AIDS un HIV gadījumu kopējos skaitļus un procentus pārbaudīja pēc ģeogrāfiskās izcelsmes un gada (1999.–2006.), iedalot kategorijās pēc dzimuma un iegūšanas veida. Kad informācija nebija pieejama *ECDC*, notika tieša saziņa ar būtiskākajiem informatoriem. Reģistrēto ieceļotāju skaits pēc dzimumiem un vecuma tika iegūts no publiskām Eiropas datu bāzēm, *Eurostat* un Valstu Statistikas birojiem katrā dalībvalstī, apmeklējot to datu bāzes, vai arī tieši sarakstoties ar tām.

Rezultāti

2006. gadā ES 27 valstis, kā arī Norvēģija un Īslande ziņoja par 6742 AIDS gadījumiem. Vislielākais iecelotāju skaits tika novērots starp gadījumiem, kad infekcija iegūta heteroseksuālā ceļā; no tiem gadījumiem, kad ir zināma ģeogrāfiskā izcelsme, 1373 (50 %) atšķirās no valsts, kura ziņoja par gadījumu, un 77 % bija no SSĀ. No 57 AIDS saslimšanas gadījumiem, kad infekcija ir nodota no mātes bērnam (*MTCT*), ar zināmu ģeogrāfisko izcelsmi 23 % bija no SSĀ. Tāpat, gandrīz 20 % AIDS gadījumu bija iegūti *MSM*; visbiežāk izcelsmes valsts bija Latīņamerikas valstis (LA) (106) un pārējās Rietumeiropas (RE) valstis (52). No 1540 *IDU* gadījumiem 7 % bija iecelotāji, lielākoties no RE, Ziemeļāfrikas un Vidējiem Austrumiem. AIDS gadījumu skaits reģionā vietējo iedzīvotāju un iecelotāju no RE vidū laikā no 1999.–2006. gadam samazinājās par 42 %. Laikā no 1999.–2006. gadam AIDS gadījumu skaita pieaugums bija vērojams starp iecelotājiem no Austrumeiropas (AE) (par 20 %), SSĀ (par 89 %) un LA (par 50 %). ES AIDS daudz izplatītāks ir vīriešu, nevis sieviešu vidū, lai gan vīriešu/sieviešu proporcija samazinās. Tādēļ, lai gan kopējais vīriešu un sieviešu skaits no SSĀ starp AIDS gadījumiem, par kuriem ziņoja 2006. gadā, bija attiecīgi 602 un 623, to proporcija no kopējā AIDS gadījumu skaita starp vīriešiem un sievietēm bija attiecīgi 12 % un 33 %.

2006. gadā ES 27 valstīs, kā arī Norvēģijā un Īslandē ziņoja par 26 712 HIV infekcijas gadījumiem, no kuriem 29 % nebija zināma to ģeogrāfiskā izcelsme. Lielākais iecelotāju skaits gan absolūtā, gan relatīvā izteiksmē tika novērots starp gadījumiem, kad slimība iegūta heteroseksuālā ceļā. No tiem cilvēkiem, kuriem bija zināma ģeogrāfiskā izcelsme, 65 % no 8354 HIV infekcijas gadījumiem bija no valstīm, kas atšķirās no tām, kuras ziņoja par gadījumu, no kuriem lielākā daļa (5046) bija no SSĀ. No 169 HIV *MTCT* gadījumiem ar zināmu ģeogrāfisko izcelsmi 41 % bija no SSĀ. Tāpat, 18 % no 5048 HIV infekcijas gadījumiem, kad slimība iegūta *MSM* ceļā, ar zināmu ģeogrāfisko izcelsmi bija iecelotāji, un visvairāk pārstāvētie reģioni bija LA (215) un RE (247). Starp 1590 HIV infekcijas gadījumiem *IDU* ar zināmu ģeogrāfisko izcelsmi 86 % bija vietējie iedzīvotāji un 14 % iecelotāju, lielākoties no RE (63) un AE (64). Laikā no 1999.–2006. gadam to HIV infekcijas gadījumu skaits, par kuriem ir ziņots Eiropā, ir ievērojami pieaudzis gan vietējo iedzīvotāju, gan iecelotāju vidū. Šis pieaugums ir jāinterpretē HIV ziņošanas sistēmas ieviešanas ES kontekstā, kas vēl nav pilnīga.

ES kopumā HIV infekcija ir daudz izplatītāka vīriešu, nevis sieviešu vidū, lai gan vīriešu/sieviešu proporcija samazinās. Kopējais vīriešu un sieviešu no SSĀ skaits starp HIV infekcijas gadījumiem, par kuriem ir ziņots 2006. gadā, attiecīgi bija 1764 un 2989. Ņemot vērā to, ka HIV infekcijas gadījumu skaits starp vietējiem vīriešiem un sievietēm bija attiecīgi 7891 un 2028, proporcija starp SSĀ un vietējiem vīriešiem bija 0,1; starp SSĀ un vietējām sievietēm 1,5. HIV ziņojumu skaits starp sievietēm no SSĀ teju par 1000 gadījumiem pārsniedz vietējo inficēto sieviešu skaitu, lai gan 2910 HIV infekcijas gadījumiem starp sievietēm ģeogrāfiskā izcelsme nav zināma. Sieviešu skaits no SSĀ teju par 1000 pārsniedz vīriešu skaitu no SSĀ. Pēc SSĀ lielāko grupu veido vīrieši no RE (539), kam seko LA (456). Visierastākās HIV infekcijas gadījumu izcelsmes valstis starp sieviešu kārtas iecelotājiem, izņemot SSĀ, atšķiras no vīriešu kārtas iecelotāju izcelsmes valstīm, jo sievietēm no Dienvidaustrumu Āzijas un Karību jūras reģiona attiecīgi ir reģistrētas 179 un 161 gadījumi, bet sievietēm no RE un AE, un LA tikai 85 un 111 gadījumi.

Starp valstīm ir liels nevienmērīgums attiecībā uz iecelotāju proporciju starp HIV infekcijas gadījumiem. Starp valstīm, kur HIV sastopamība ir mazāka par 20 gadījumiem uz vienu miljonu iedzīvotāju, lielākoties Centrāleiropā, iecelotāju piensums epidēmijai ir neliels. Valstīs, kur HIV sastopamība ir 21–49 gadījumi uz vienu miljonu iedzīvotāju, izņemot Lietuvu, iecelotāju proporcija starp ziņotajiem HIV gadījumiem 2006. gadā ir vairāk par 40 %. Ņemot vērā atšķirīgo iedzīvotāju skaitu, gadījumu skaits variē no 24 - iecelotājiem diagnosticētiem HIV infekcijas gadījumiem Kiprā līdz 258 Zviedrijā. Valstīs, kur HIV sastopamība ir 50–99 gadījumi uz vienu miljonu, izņemot Grieķiju, iecelotāju proporcija starp ziņotajiem HIV gadījumiem ir 40 % Nīderlandē un Vācijā, tuvu 60 % Norvēģijā, aptuveni 65 % Īrijā un Francijā, un 70 % Beļģijā. Valstīs, kur HIV sastopamība ir 100–199 gadījumi uz vienu miljonu iedzīvotāju, iecelotāju proporcija starp ziņotajiem HIV infekcijas gadījumiem ir aptuveni 30 % Austrijā, 71 % Apvienotajā Karalistē un pat 80 % Luksemburgā. Portugālē, valstī ar vislielāko HIV sastopamību ES, iecelotāju proporcija starp ziņotajiem HIV gadījumiem ir aptuveni 20 %.

Laikā no 1999.–2006. gadam tika ziņots par 16 222 tuberkulozes (TB) gadījumiem kā par sākotnējo AIDS definējošo stāvokli (*ADS*), no kuriem 8028 tika diagnosticēti iecelotājiem, 3883 no SSĀ un 2684 gadījumos izcelsme nebija zināma. TB kā *ADS* proporcijā bija vērojams liels nevienmērīgums pēc ģeogrāfiskās izcelsmes. Zemākas proporcijas bija vērojamas starp ziemeļamerikāņiem (8 %) un vietējiem iedzīvotājiem (16 %), un augstākas cilvēkiem no SSĀ (40 %), AE (40 %), Dienvidaustrumu Āzijas (32 %) un LA (30%).

No aptuveni 495 miljoniem reģistrēto 27 ES valstu, kā arī Norvēģijas, Īslandes un Lihtenšteinas iedzīvotāju, valstu iedzīvotāju uzskaites birojos aptuveni 32,5 miljoni (6,5 %) ir reģistrēti kā nepilsoņi. Informācija par šo cilvēku pilsonību ir pieejama par 30 šā pētījuma valstīm, izņemot Bulgāriju, Igauniju, Franciju un Luksemburgu. No šiem 32,5 miljoniem reģistrēto iecelotāju puse ir no Eiropas (6,5 miljoni no RE, 7,4 miljoni no Centrāleiropas, 2,3 miljoni no AE), kam seko LA (2,31 miljons) un Karību jūras reģions (261 000), Dienvidu un Dienvidaustrumu Āzija (2,25 miljoni), Ziemeļāfrika un Vidējie Austrumi (2,19 miljoni) un SSĀ (1,32 miljoni).

Diskusijas un ierobežojumi

Ieceļotāji, kas galvenokārt ir cilvēki no SSĀ, veido būtisku un aizvien lielāku proporciju gan AIDS, gan HIV gadījumu, par kuriem ir ziņots ES 27 valstīs, kā arī Norvēģijā un Islandē laikā no 1999.–2006. gadam. Lai gan ieceļotāju no SSĀ proporcija starp heteroseksuālā un *MTCT* ceļā iegūtajiem gadījumiem ir ļoti liela, arī ievērojams procents diagnožu starp *MSM* ir saistīts ar ieceļotājiem, lielākoties no RE, LA un Karību jūras reģiona, kas liecina par nepieciešamību apzināties to ieceļotāju seksuālo daudzveidību, kas dzīvo ar HIV/AIDS. Ieceļotāju pienesums AIDS un HIV epidēmijai ievērojami lielāks ir starp ziņojumiem par sievietēm, liecinot par to, ka ES ar HIV/AIDS slimo aizvien vairāk ieceļotāju – sievietes. Iemesli, kādēļ sievietes ir neaizsargātākas pret HIV infekciju, ir gan sociāli, gan bioloģiski. Šie skaitļi aicina valstu līmenī izstrādāt politiku HIV profilaksei un ārstēšanai atkarībā no dzimuma. Cieši saistīta ar lielo HIV infekcijas slogu starp sievietēm no SSĀ ir ļoti lielā proporcija ieceļotāju no SSĀ starp ziņojumiem par HIV *MTCT* Eiropas Savienībā. Kamēr ES HIV perinatālās inficēšanās samazinājums liecina par ievērojamiem panākumiem sabiedrības veselības jomā, joprojām pastāv būtiskas problēmas, jo īpaši starp mātēm ieceļotājām.

Ieceļotāju ar HIV infekciju proporcija dažādās valstīs ir ļoti atšķirīga. AE un dažās Centrāleiropas valstīs šī proporcija ir mazāka par 10 %, savukārt lielākajā daļā Ziemeļu valstu tā ir lielāka par 40 %. Lielākajā daļā Rietumeiropas valstu ieceļotāju proporcija starp visiem, kas inficējušies ar HIV, bija no 20 % līdz 40 %. Šis rādītājs saskan ar migrācijas tendencēm, jo valstis, kur ieceļotāju proporcija starp HIV gadījumiem ir lielāka, ir arī tās valstis, kur arī ieceļotāju iedzīvotāju grupa pārejot iedzīvotāju vidū ir liela, lielākoties koloniālās vēstures un nesenās sociālekonomiskās un demogrāfiskās nelīdzsvarotības dēļ. Tāpat, ir arī satraucoši liela proporcija to gadījumu, kuru ģeogrāfiskā izcelsme nav zināma, jo īpaši AK, Francijā, Beļģijā un Vācijā.

Esošie dati nedod iespēju izšķirt, vai HIV infekcija ir iegūta ES vai ārpus tās. Citi ziņojumi liecina, ka lielākā daļa HIV infekciju cilvēkiem no SSĀ drīzāk ir iegūta viņu izcelsmes valstī, salīdzinot vidējo uzturēšanās ilgumu Eiropā ar CD4 šūnu vērtību HIV diagnozes laikā. Tomēr, ir skaidrs, ka SSĀ izcelsmes ieceļotāji inficējas ar HIV arī ES valstīs. Par cilvēkiem ar citu ģeogrāfisko izcelsmi ir pieejams ļoti mazs datu par to, kur tie ir inficējušies, lai gan pierādījumi par intravenozu narkotiku lietotājiem liecina, ka tie HIV ir ieguvuši Eiropā. Lai gan iespējamās infekcijas izcelsmes valsts apspriešana ir ļoti strīdīga – jo tā diemžēl ir radījusi atklātas rasistiskas reakcijas – izpratnei par to, kur HIV infekcija un AIDS attīstība ir aizsākusies, ir būtiska nozīme no sabiedrības veselības viedokļa: tā varētu liecināt par neveiksmīgu primāro vai sekundāro HIV profilaksi, vai par abām.

Vēlina HIV diagnoze ir liela problēma ES un ASV. Dati liecina, ka šī problēma ir pat vēl lielāka HIV pozitīvajiem ieceļotājiem, kuri nav no rietumiem. Ziņoto AIDS gadījumu skaits lielākajā daļā ES valstu kopš 20. gs. deviņdesmitajiem gadiem ir ievērojami samazinājies, kas lielākoties ir attiecināms uz to, kā iedzīvotājus ir ietekmējusi augsti aktīvas antiretrovirālas terapijas (*HAART*) pieejamība. Tomēr, saistībā ar lielāko daļu ieceļotāju šis samazinājums nav novērojams, kas liecina par HIV infekcijas novēloto diagnosticēšanu, sliktāku pieeju *HAART* un izpratni par to, tam var būt negatīva ietekme uz HIV pozitīvo migrējošo cilvēku mirstību ES. Turklāt, piemērotai HIV ārstēšanai ir arī stratēģiska nozīme, lai novērstu HIV pārnēsāšanu, ņemot vērā, to, ka cilvēki, kas izmanto *HAART*, ir mazāk inficējami. Ārstēšanas un profilakses pieeja ir piemērojama arī TB, jo savlaicīga HIV testēšana noteikti samazinātu ar HIV saistītu TB. Kā jau ir noskaidrots, TB ārstēšana ir ekvivalenta TB izplatības, tātad sekundāru gadījumu, profilaksei.

Ieceļotāju pienesuma HIV epidemioloģijai reģionā interpretēšanu ierobežo neviendabīgā HIV ziņošanas sistēmas īstenošana un vājā mainīgās "ģeogrāfiskās izcelsmes" izpilde ES dalībvalstīs. Patiesībā lielā trūkstošo vērtību proporcija šajā kategorijā ir skaitļu interpretācijas brīdinājums, kas aicina pastiprināt HIV uzraudzību ES, lai nodrošinātu prasītos kvalitātes standartus.

Visbeidzot – šajā ziņojumā norādītie skaitļi nav pārsteigums tiem, kas strādā šajā jomā, jo īpaši, ja aplūko pasaules HIV epidemioloģiju un pasaules migrācijas tendences, kuras abas nosaka pasaules nevienlīdzība. HIV/AIDS epidēmijas kontrolei vajadzētu sagraut šķēršļus, kas liedz ieceļotājiem piekļūt HIV profilaksei un ārstēšanai. Dati, kas sniegti un analizēti šajā ziņojumā, apstiprina to, ka trūkst gan primārās, gan sekundārās HIV profilakses un, ka ir nepieciešams pieņemt izšķirošus lēmumus.

6. HIV/STI uzvedības uzraudzības plānošana Eiropā

(Publicēts 2009. gada septembrī)

Apraksts

Epidēmija, kas attiecināma uz cilvēka imūndeficīta vīrusu (HIV) un citām seksuāli transmisīvām infekcijām (STI), joprojām ir būtiska sabiedrības veselības problēma Eiropā. Eiropas Slimību novēršanas un kontroles centrs (*ECDC*) tika izveidots 2005. gadā ar mērķi stiprināt Eiropas Savienības (ES) spējas novērst un kontrolēt infekcijas slimības, kur HIV un citas STI ir starp prioritārajām slimībām. Attiecībā uz to svarīgs uzdevums ir uzraudzība, un *ECDC* ir lielas pilnvaras uzturēt un koordinēt visas ES mēroga infekcijas slimību uzraudzības datu bāzes. Otrās paaudzes uzraudzība (*SGS*) attiecas uz uzraudzību, kas apvieno gan bioloģisko (HIV/AIDS un STI jaunie gadījumi), gan uzvedības rādītāju (piemēram, seksuālā uzvedība, izsargāšanās līdzekļu lietošana) kontroli. Šī pieeja ir svarīga gan informējot par politikas izstrādi, gan novērtējot rezultātus.

2008. gadā *ECDC* starptautiskai speciālistu komandai uzdeva veikt padziļinātu analīzi par šā brīža situāciju attiecībā uz uzvedības uzraudzības programmām saistībā ar HIV un STI Eiropas valstīs, un sagatavot ierosinājumu būtiskāko uzvedības rādītāju kopuma saistībā ar HIV un STI Eiropā īstenošanas struktūrai. Šis ziņojums iepazīstina ar uzvedības uzraudzības sistēmas saistību ar HIV un STI plānošanu ES dalībvalstīs un Eiropas Brīvās tirdzniecības asociācijas (EBTA) valstīs. Uzraudzība tiek pārbaudīta šādās iedzīvotāju grupās: vispārējā iedzīvotāju grupa, jaunatne, intravenozo narkotiku lietotāji (*IDU*), vīrieši, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu (*MSM*), cilvēki, kas dzīvo ar HIV/AIDS (*PLWHA*), seksa nozares strādnieki, STI klīniku pacieni, ieceļotāji un etniskās minoritātes.

Metodes

Visām ES un EBTA valstīm tika nosūtīts aptaujas anketu komplekts. To veidoja deviņas atsevišķas anketas: viena par uzvedību valstīs un otrās paaudzes uzraudzības sistēmu kopumā, un viena aptaujas anketa katrai specifiskajai iedzīvotāju grupai atsevišķi. Aptaujas anketā par uzraudzības sistēmu kopumā tika prasīta informācija par:

- valsts un reģionālās uzvedības uzraudzības sistēmas esamību un definīciju;
- otrās paaudzes sistēmas funkcionēšanu valsts un reģionālā līmenī;
- potenciāliem un pieredzētiem šķēršļiem izveidot ilglaicīgas otrās paaudzes uzraudzības sistēmas.

Aptaujas anketās par specifiskām iedzīvotāju grupām vispirms tika jautāts, vai šai iedzīvotāju grupai ir uzraudzības sistēma, un tad tika pieprasīta informācija par uzvedības apsekojumu esamību (vai cita veida datu vākšanu), kas veikti dažādās interesējošās iedzīvotāju grupās kopš 1985. gada, attiecībā uz:

- metodoloģiju, kas izmantota katrā aptaujā vai datu vākšanas sistēmā;
- galvenajiem rādītājiem, kas ir uzraudzīti;
- saistītajām publikācijām.

Aptaujas anketu nosūtīja pa e-pastu HIV uzraudzības kontaktpunktiem katrā valstī; šīm personām bija iespēja noorganizēt tā, lai katras iedzīvotāju grupas konkrēto aptaujas anketu aizpildītu attiecīgais speciālists šajā valstī. Atbildīgās personas savāca aptaujas anketas un nosūtīja tās speciālistu komandai analizēšanai. Ziņojuma projektu apsprieda Uzvedības uzraudzības speciālistu sanāksmē Montro (Šveicē) 2009. gada februārī, un to nosūtīja apstiprināšanai katras valsts HIV uzraudzības kontaktpunktiem, kuri sākotnēji apkopoja aptaujas anketas par savu valsti.

Rezultāti

Divdesmit astoņas no 31 apsekotās valsts aizpildīja un nodeva atpakaļ aptaujas anketu komplektu (atbildes neiesniedza: Bulgārija, Rumānija un Portugāle). Uzvedības uzraudzības darbību plānošana ES/EBTA valstīs atklāj būtiskas atšķirības starp valstīm attiecībā uz valsts uzvedības uzraudzības attīstību: 15 valstis ziņoja par to, ka ir izveidojušas HIV/STI uzvedības uzraudzības sistēmu (Beļģija, Kipra, Dānija, Igaunija, Somija, Francija, Vācija, Latvija, Lietuva, Polija, Slovēnija, Spānija, Zviedrija, Šveice un Apvienotā Karaliste), un vēl viena valsts (Nīderlande) ziņoja, ka ir izveidojusi uzraudzību vairākās specifiskās iedzīvotāju grupās, bet tai nav oficiālas valsts mēroga uzvedības uzraudzības sistēmas.

Uzvedības uzraudzības izveide par oficiālu "sistēmu" valstīs ir ļoti nevienmērīga. No 16 valstīm, kas ziņoja par uzvedības uzraudzību, tikai astoņas ziņoja par to, ka pastāv dokumenti, kuri raksturo šo sistēmu vai padara tās pastāvēšanu oficiālu. Daudzās valstīs, kuras ziņoja par uzvedības uzraudzības sistēmu, tā ir veidojusies pamazām, laika gaitā pievienojot tai jaunas uzraudzītās iedzīvotāju grupas, reizēm bez skaidra uzraudzības mērķa. Turklāt

daudzās valstīs, arī tajās, kur uzvedības uzraudzība ir oficiāla, bieži vien uzvedības uzraudzība dažādās iedzīvotāju grupās nenotiek regulāri vai pēc ierasta plāna. Arī uzvedības uzraudzības organizācija ir atšķirīga: valstīs, kur uzvedības uzraudzība ir oficiāla, organizēšanu un koordinēšanu veic Veselības ministrija, valsts veselības aģentūra vai universitāte. Valstīs, kur sistēma nav tik oficiāla, neoficiālā koordinēšana notiek caur iestāžu tīklu: valdības aģentūras, universitātes, nevalstiskas organizācijas (NVO) u. c. Attiecībā uz sistēmas atbilstību (t. i., iedzīvotāju grupas tipu, kas iekļauts uzraudzībā) daudzos gadījumos riska iedzīvotāju grupas identificēšana un uzraudzība nenotiek vai arī ir nepilnīga. Visvairāk uzraudzītās iedzīvotāju grupas ir jaunatne, *MSM* un *IDU*. Uzvedības uzraudzība starp seksa nozares strādniekiem, ieceļotājiem un etniskajām minoritātēm, *PLWHA* un STI klīniku pacientiem tiek veikta tikai dažās valstīs.

Attiecībā uz otrās paaudzes uzraudzības sistēmu no 16 valstīm, kuras ziņo par uzvedības uzraudzību, 13 ziņo par *SGS* esamību un vēl divas par *SGS* vienai iedzīvotāju grupai. Oficiāla šīs sistēmas organizācija ar pārvaldību vai koordinējošo iestādi ir sešās valstīs.

Attiecībā uz katru aplūkoto iedzīvotāju grupu to valstu, kuras sniedza informāciju par saviem prioritārajiem rādītājiem, ir daudz mazāk nekā to, kas minēja informācijas vākšanu par attiecīgajām tēmām. Iespējams, tas ir tādēļ, ka tikai tās valstis, kuras darbojoties pēc uzraudzības piemēra, ir izvēlējušās specifiskus rādītājus, kas jāapkopo regulāri, spēj tos skaidri definēt. Attiecībā uz tematiem, ko parasti kontrolē, vienprātība par prioritārajiem tematiem iedzīvotāju vidū ir samērā liela; tas varētu noteikt valstīm un uzraudzītajām iedzīvotāju grupām kopīgu rādītāju izvēli. Tā kā joprojām ir lielas atšķirības, katrai iedzīvotāju grupai raksturīgo rādītāju saskaņošanas process būtu jāturpina Eiropas līmenī. Iedzīvotāju grupās, kur uzvedības uzraudzība tiek vai varētu būt veikta, izmantojot uz pakalpojumu vai kohortu balstītu izlasi, ar ieinteresētajām pusēm būtu jāveic iepriekšējas diskusijas par uzvedības uzraudzības nodrošināšanu šādā vidē.

Vietās, kur Eiropas vienprātība jau pastāv, ir jāierosina rādītāji, par kuriem jau ir vienojušies, un izvēlētajiem ir jābūt "iztulkojamiem" rādītājos, par kuriem ir panākta starptautiska vienošanās. Vispārējas analīzes rezultātā ir ierosināti galvenie rādītāji, kas kopīgi visām iedzīvotāju grupām. Tie ir saistīti ar dzimumattiecību partneru skaitu, prezervatīva lietošanu pēdējo dzimumsakaru laikā, to, vai ir veikts HIV tests, vai cilvēks ir maksājis par dzimumattiecībām, un ar zināšanām par HIV. Galvenajiem rādītājiem būtu sistemātiski jāaplūko arī izglītības līmenis, tautība/etniskā izcelsme un dzimumorientācija.

7. Baktēriju problēma – pienācis laiks rīkoties (*ECDC/EMEA* kopīgs tehniskais ziņojums)

(Publicēts 2009. gada septembrī)

Būtiskākie secinājumi

Pastāv neatbilstība starp infekciju slogu, kas radies multirezistentu baktēriju dēļ, un jaunu antibiotisku vielu izstrādi, lai atrisinātu šo problēmu.

- Augsta rezistence pret antibiotikām ir starp Gram-pozitīvām un Gram-negatīvām baktērijām, kas cilvēkiem izraisa smagas infekcijas un sasniedz 25 %, vai dažās ES dalībvalstīs pat vairāk.
- ES rezistence palielinās starp dažām Gram-negatīvām baktērijām, piemēram, nesen tā ir novērota *Escherichia coli*.
- Katru gadu ES aptuveni 25 000 pacientu mirst no inficēšanās ar atlasītajām multirezistentajām baktērijām.
- Infekcijas, kuras izraisa atlasītās multirezistentās baktērijas, ES ik gadu rada papildu izmaksas un produktivitātes zaudējumus vismaz 1,5 miljardu euro apmērā.
- Ir atklātas piecpadsmit sistemātiski pārvaldītas antibakteriālas vielas ar jaunu darbības mehānismu vai vērstas pret jaunajiem bakteriālajiem mērķiem, kas tiek izstrādātas ar potenciālu mērķi novērst problēmu, kas saistīta ar multirezistenci. Lielākā daļa no tām ir izstrādes sākuma posmā un, pirmkārt, tiek izstrādātas pret baktērijām, pret kurām ārstniecības līdzeklis jau ir pieejams.
- Jo īpaši trūkst jaunu vielu ar jauniem mērķiem vai darbības mehānismiem cīņai ar multirezistentām Gram-negatīvām baktērijām. Ir identificētas divas šādas vielas ar jauniem vai, iespējams, jauniem mērķiem un dokumentētu aktivitāti; abas ir izstrādes sākuma posmā.
- Ir steidzami nepieciešama Eiropas un pasaules stratēģija, lai novērstu šo neatbilstību.

2007. gadā Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (*ECDC*), Eiropas Zāļu aģentūra (*EMEA*) un starptautiskais sadarbības tīkls Rīcība pret antibiotiku rezistenci (*ReAct*) uzsāka diskusiju par nepieciešamību dokumentēt neatbilstību starp multirezistentu bakteriālu infekciju biežumu ES un jaunu antibiotiku izstrādi. Rezultātā 2008. gadā izveidoja *ECDC/EMEA* Apvienoto darba grupu, lai apkopotu faktus un skaitļus, kas ļautu saprātīgi prognozēt neatbilstības apmērus turpmākajos gados.

Tika atlasītas šādas pret antibiotikām rezistentas baktērijas, jo tās bieži vien ir atbildīgas par asinsrites infekcijām un tādēļ, ka attiecīgā rezistence pret antibiotikām iezīme lielākoties ir rādītājs multirezistencei pret antibiotikām:

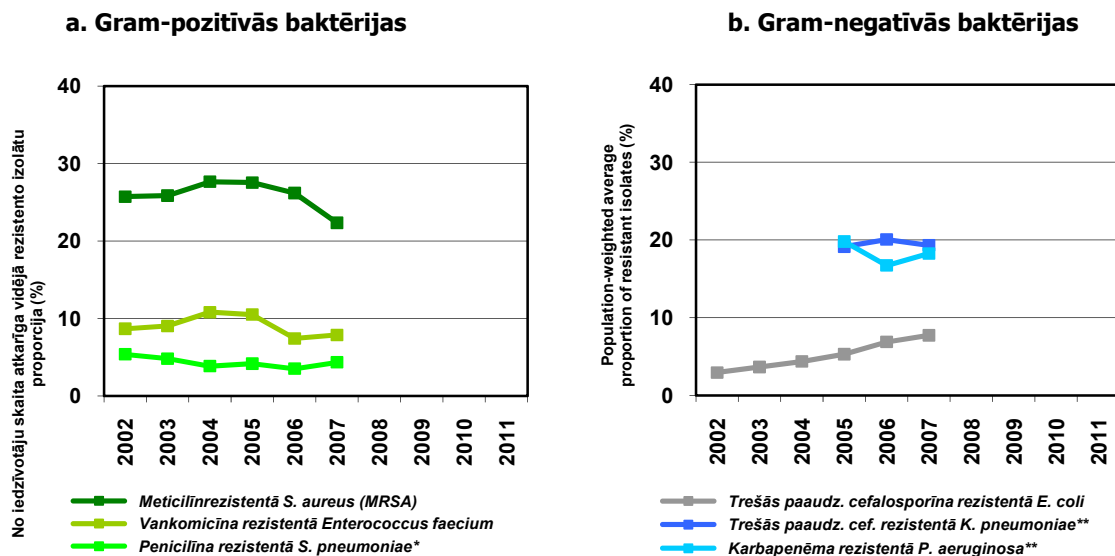
- *Staphylococcus aureus*, meticilīnrezistence (*MRSA*);
- *S. aureus*, vankomicīna starpposma rezistence un vankomicīna rezistence (*VISA/VRSA*);
- *Enterococcus* spp. (piemēram, *Enterococcus faecium*), vankomicīna rezistence (*VRE*);
- *Streptococcus pneumoniae*, penicilīna rezistence (*PRSP*);
- Enterobaktērijas (piemēram, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), trešās paaudzes cefalosporīna rezistence;
- Enterobaktērijas (piemēram, *K. pneumoniae*), karbapenēma rezistence;
- Nefermentatīvās Gram-negatīvās baktērijas (piemēram, *Pseudomonas aeruginosa*), karbapenēma rezistence.

Infekciju tendences un slogs multirezistentu baktēriju dēļ ES

Dati par šīm atlasītajām pret antibiotikām rezistentajām baktērijām invazīvās infekcijās (lielākoties asinsrites infekcijas) Eiropas Mikrobu rezistences uzraudzības sistēmā (*EARSS*) bija pieejami par ES dalībvalstīm, Īslandi un Norvēģiju par katru gadu laikā no 2002.–2007. gadam.

Pret antibiotikām rezistentu izolātu proporcijas tendences starp asins izolātiem atlasītajās baktērijās, kas bieži ir atbildīgas par asinsrites infekcijām Eiropā, ir parādītas 7.1. attēlā.

7.1. attēls. Vidējā rezistentu izolātu proporcija starp asins izolātiem baktērijām, kas bieži ir atbildīgas par asinsrites infekcijām, ES dalībvalstīs, Īslandē un Norvēģijā 2002.-2007. gadā, atkarībā no iedzīvotāju skaita



* *S. pneumoniae*: izņemot Grieķiju, kura neiesniedza ERAS datus par šo baktēriju.

** *K. pneumoniae* un *P. aeruginosa*: izņemot Beļģiju un Slovākiju, kuras neiesniedza ERAS datus par šīm baktērijām.

2007. gadā vidējā *Staphylococcus aureus* asins izolātu, kas izrādīja rezistenci meticilīnam (% *MRSA*), proporcija bija augstākā pret antibiotikām rezistentu izolātu proporcijā starp atlasītajām baktērijām, kuras bieži ir atbildīgas par asinsrites infekcijām Eiropas Savienībā. Tomēr, pēdējos gados šī proporcija ir samazinājusies (7.1. attēls). Tā iemesls ir *MRSA* tendenču samazināšanās dažās dalībvalstīs, iespējams, tādēļ, ka valsts līmenī darbojas rīcības plāni, kā tas ir dokumentēts Francijai, Slovēnijai un Apvienotajai Karalistei. Vidējā *MRSA* proporcija ir sasniegusi līmeni, kas ir tuvu atlasītajām pret antibiotikām rezistentajām Gram-negatīvām baktērijām.

S. aureus asins izolātu, kas izrādīja starpposma rezistenci vankomicīnam (*VISA*), proporcija ES dalībvalstīs, Īslandē un Norvēģijā bija ļoti zema (mazāka par 0,1 %). 2007. gadā *EARSS* netika ziņots par vankomicīna rezistentiem *S. aureus* izolātiem (dati nav iekļauti 7.1. attēlā).

Glūži pretēji, *Escherichia coli* – visizplatītākās Gram-negatīvās baktērijas, kas atbildīga par cilvēku infekcijām – asins izolātu vidējā proporcija liecina, ka rezistence trešās paaudzes cefalosporīnam neatlaidīgi pieaug.

Tajā pašā laikā nav nekādu pazīmju, kas liecinātu par rezidences samazināšanos pret trešās paaudzes cefalosporīnu *Klebsiella pneumoniae* vai pret karbapenēmiem *Pseudomonas aeruginosa* (7.1. attēls).

2007. gadā *K. pneumoniae* asins izolātu proporcija ES dalībvalstīs, Īslandē un Norvēģijā liecināja, ka rezistence pret karbapenēmiem kopumā bija ļoti zema (vidēji = 0%), izņemot Grieķiju, kur tā sasniedza 42 % (dati nav iekļauti 7.1. attēlā).

Pret antibiotikām rezistentu baktēriju slogu cilvēkiem un ekonomikai var novērtēt tikai šādām piecām pret antibiotikām rezistentām baktērijām: *MRSA*, vankomicīnrezistentā *Enterococcus faecium*, trešās paaudzes cefalosporīna rezistentā *E. coli* un *K. pneumoniae*, un karbapenēma rezistentā *P. aeruginosa*. Pētījums apliecināja, ka *MRSA* bija visizplatītākā, vienota, multirezistentā baktērija Eiropas Savienībā. Tomēr, pret antibiotikām rezistentu Gram-pozitīvu baktēriju (lielākoties *MRSA* un vankomicīnrezistentās *Enterococcus faecium*) kopējo gadījumu summa bija salīdzināma ar pret antibiotikām rezistentu Gram-negatīvu baktēriju (trešās paaudzes cefalosporīna rezistentās *E. coli* un *K. pneumoniae*, un karbapenēma rezistentās *P. aeruginosa*) kopējo summu.

Kopumā tika lēsts, ka Eiropas Savienībā, Īslandē un Norvēģijā 2007. gadā aptuveni 25 000 pacientu nomira no infekcijas, kuru izraisīja kāda no piecām atlasītajām pret antibiotikām rezistentajām baktērijām. Turklāt tādas infekcijas, kuras izraisīja kāda no atlasītajām pret antibiotikām rezistentajām baktērijām, radīja aptuveni 2,5 miljonus papildu slimnīcā pavadītu dienu un papildu izmaksas par atrašanos slimnīcā vairāk nekā 900 miljonu euro apmērā.

Pēc tam tika aplēsti produktivitātes zaudējumi šo infekciju dēļ. Pamatojoties uz 2007. gada datiem, ambulatorās aprūpes izmaksas bija aptuveni 10 miljoni euro un produktivitātes zaudējumi inficēto pacientu darba kavējumu dēļ tika lēsti vairāk nekā 150 miljonu euro apmērā katru gadu. Produktivitātes zaudējumi tā dēļ, ka pacients ir miris ar šo infekciju, katru gadu tika lēsti aptuveni 450 miljonu euro apmērā. Kopējās sociālās izmaksas atlasīto pret antibiotikām rezistentu baktēriju izraisīto infekciju dēļ tika lēstas aptuveni 1,5 miljardu euro apmērā.

Ir daudz iemeslu (piemēram, ierobežota iekļauto baktēriju virkne, ambulatorās infekcijas netiek ņemtas vērā, vidējās izmaksas par aprūpi slimnīcā, kur nav ņemta vērā īpaša pacientu aprūpe, piemēram, intensīvā aprūpe) atbalstīt secinājumu, ka šie skaitļi nepietiekami atspoguļo slogu cilvēkiem un ekonomikai, kuru radījušas pret antibiotikām rezistentu baktēriju izraisītas infekcijas.

Pētījumi un informācijas plūsma par antibakteriālām vielām

Lai varētu novērtēt informācijas plūsmu par antibakteriālo zāļu izstrādi, divās komerciālās datu bāzēs (*Adis Insight R&D* un *Pharmaprojects*) tika meklēta informācija par antibakteriālu vielu klīnisku izstrādi visā pasaulē. Tika nolemts neveikt padziļinātu izpēti tām vielām, kuras vēl nav nonākušas līdz klīniskiem pētījumiem lielā atbiruma dēļ pirmsklīniskajos testos un tādēļ, ka trūkst pārbaudes datu.

Kad vien iespējams, vielas, kuras tika identificētas meklēšanas laikā, tika novērtētas saistībā ar to antibakteriālo aktivitāti pret atlasītajām baktērijām, balstoties uz aktuālajiem datiem, kas pieejami datu bāzēs vai literatūrā. Gadījumā, ja trūka aktuālu *in vitro* datu, recenzenti ņēma vērā arī saprātīgus pieņēmumus par dažu vielu aktivitāti, pamatojoties uz līdzīgu vielu īpašībām (piemēram, no tās pašas klases vai ar līdzīgu darbības mehānismu), lai varētu izveidot "labākā gadījuma scenāriju".

Turklāt, recenzentiem tika prasīts katrai vielai norādīt, vai tā pieder jaunai klasei vai jau esošai antibiotiku klasei, un norādīt, vai tā:

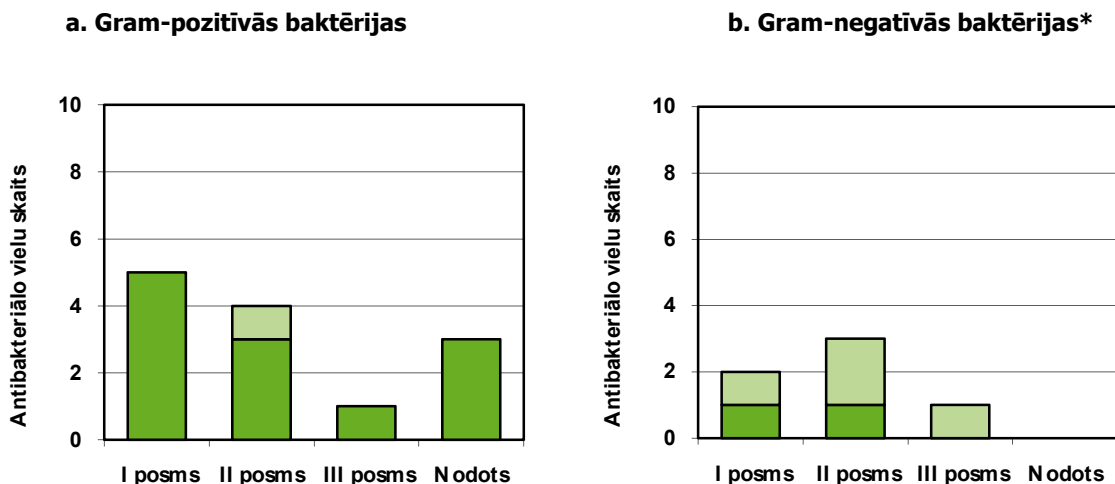
- iedarbojas uz to pašu mērķi un tādā pašā veidā kā vismaz viena iepriekš licenzēta antibakteriāla viela;
- iedarbojas ar zināmu darbības mehānismu uz jaunu mērķi;
- iedarbojas ar jaunu darbības mehānismu.

Būtiskākie šīs analīzes rezultāti bija šādi:

- no 167 vielām, kas tika identificētas, bija 90 antibakteriālas vielas ar *in vitro* aktivitāti pēc labākā gadījuma scenārija (pamatojoties uz aktuāliem datiem vai pieņemot, pamatojoties uz klases darbības mehānisma īpašībām) pret vismaz vienu organismu no baktēriju saraksta, kas atlasītas tādēļ, ka ir būtiskas sabiedrības veselībai;
- no šīm 90 vielām, 24 bija jauni licenzēto antibakteriālo vielu atveidi un 66 bija jaunas aktīvās vielas;
- no šīm 66 jaunajām aktīvajām vielām tikai 27 tika novērtētas kā tādas, kurām ir jauns mērķis vai jauns darbības veids, tādā veidā, iespējams, piedāvājot lielāku labumu nekā esošās antibiotikas;
- no šīm 27 vielām 15, var pārvaldīt sistemātiski;
- no 15 sistemātiski pārvaldītām vielām astoņas aktīvi darbojas pret vismaz vienu no atlasītajām Gram-negatīvām baktērijām;
- no astoņām, kurām ir aktivitāte pret Gram-negatīvām baktērijām, četru aktivitāte bija balstīta uz aktuāliem datiem un četras uz pieņēmumiem par aktivitāti, pamatojoties uz zināmajām klases īpašībām vai darbības mehānismiem;
- no četrām, kurām ir aktivitāte pret Gram-negatīvām baktērijām, pamatojoties uz aktuāliem datiem, divas iedarbojās uz jauniem vai, iespējams, jauniem mērķiem un neviena ar jaunu darbības mehānismu.

7.2. attēls atspoguļo informāciju par šīm 15 antibakteriālajām vielām. Īpaši jānorāda, ka no šīm vielām tikai piecas nokļuva līdz klīniskiem pētījumiem, lai apstiprinātu to klīnisko efektivitāti (klīniskās izstrādes 3. posms).

7.2. attēls. Jaunas sistēmiskas antibakteriālas vielas ar jaunu mērķi vai jaunu darbības mehānismu un *in vitro* aktivitāti, kas balstīta uz aktuāliem datiem (tumšā krāsā) vai pieņēmumiem par *in vitro* aktivitāti, balstoties uz klases īpašībām vai darbības mehānismiem (gaišā krāsā), pret atlasītajām baktērijām (labākā gadījuma scenārijs), pēc izstrādes posma (n=15)



Piezīme: in vitro aktivitāte, balstoties uz aktuāliem datiem, ir attēlota kolonnas lejas daļā tumšākā krāsā. Pieņemtā in vitro aktivitāte, balstoties uz klases īpašībām vai darbības mehānismu (ja ir piemērojama), ir attēlota gaišākā krāsā kolonnas augšpusē.

** 7.2.b. attēlā nav iekļauti divi karbapenēmi, jo tie nav daudz aktīvāki par iepriekšējiem karbapenēmiem pret Gram-negatīvām baktērijām. Šo vielu relatīvais jaunums ir balstīts uz labāku aktivitātes profilu pret Gram-pozitīvām baktērijām, kuras ir rezistentas pret antibiotikām, un tādēļ tās iekļautas 7.2.a. attēlā.*

Baktēriju rezistences slogs ES jau ir ievērojams un aizvien palielinās. Balstoties uz šā brīža datiem, ir gaidāms, ka turpmākajos gados radīsies īpašas problēmas saistībā ar Gram-negatīvo baktēriju rezistenci.

Tajā pašā laikā tiek izstrādāts ļoti maz antibakteriālo vielu ar jaunu darbības mehānismu, kas varētu risināt multirezistences problēmu. Jo īpaši trūkst jaunu vielu, ar kurām varētu ārstēt infekcijas, kas radušās multirezistentu Gram-negatīvo baktēriju dēļ.

Šajā ziņojumā ir identificēta neatbilstība starp infekciju slogu, kas radies multirezistentu baktēriju dēļ, un jaunu antibakteriālo vielu izstrādi, lai atrisinātu šo problēmu. Steidzami ir nepieciešama Eiropas un pasaules stratēģija, lai novērstu šo neatbilstību. Ir jāisteno pasākumi, kas veicina zāļu izstrādi.

8. Uzvedības un psihosociālo HIV/STI profilakses iesaistīšanās pasākumu efektivitāte *MSM* Eiropā

(Publicēts 2009. gada novembrī, grozījumi 2009. gada decembrī)

Apraksts

Tā kā šobrīd nav efektīvas un reālas vakcīnas un sakarā ar esošo antiretrovirālo terapiju nedziedniecisko spēju, uzvedības un psihosociālā profilakse ar mērķi ierobežot seksuālo riska uzvedību joprojām ir galvenais no veidiem, kā samazināt HIV/STI transmisiju seksuālo kontaktu ceļā starp vīriešiem, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu (*MSM*). Minētās programmas plānotājiem un politikas veidotājiem ir nepieciešami īpašo intervenču apraksti un kvantitatīvas aplēses par intervenču ietekmi, lai pieņemtu uz informāciju balstītus lēmumus par profilakses finansēšanu un pētījumiem, un ir sistemātiski jāveic pārbaudes, lai atjauninātu esošo zināšanu bāzi par HIV/STI profilakses intervenču mērķiem attiecībā uz *MSM* Eiropā.

Mērķi

Mērķi bija apkopot un izvērtēt HIV/STI profilakses pasākumu efektivitāti *MSM*, kuri dzīvo Eiropā, un noteikt iesaistīšanās pasākumu raksturojumus saistībā ar efektivitāti, kā arī iespējamām neatbilstībām pierādījumu bāzē.

Metodes

Tika veikta sistemātiska saistītās literatūras meklēšana astoņās starptautiskās datu bāzēs un saistīto pārskatu un iekļauto pētījumu atsauču sarakstā. Pētījumi tika atlasīti saskaņā ar iepriekš noteiktiem kritērijiem un novērtēti attiecībā uz krituma risku. Rezultātus apkopoja, izmantojot tabulas, un tika aprēķinātas aptuvenas aplēses par seksuālās uzvedības ietekmes rezultātiem.

Rezultāti

Rezultātus ieguva, izmantojot datus no sešiem kontrolētiem pētījumiem, kuros kopumā piedalījās 4111 dalībnieki no četrām dažādām Eiropas valstīm. Rezultāti atklāja "augstu" vai "neskaidru" krituma risku visu pētījumu vienā vai vairākās vērtētajās jomās. Apkopotās aplēses par četriem iesaistīšanās pasākumiem, par kuriem bija pieejami dati, ietekmi liecināja, ka *MSM*, kuri piedalās HIV/STI profilakses iniciatīvās, iespējams, varētu retāk ziņot par nedrošiem anāliem dzimumsakariem (*UAI*). Pierādījumu bāze bija nepietiekama, lai pārbaudītu to iesaistīšanās pasākumu raksturojumu, kas visciešāk saistīti ar ietekmes lielumu. Tikai dažiem pētījuma dalībniekiem bija citas ādas krāsas fons un tikai vienā pētījumā STI bioloģisko mērījumu izmantoja kā izmaiņu rādītāju.

Diskusija

Neraugoties uz HIV epidēmijas nopietnību, jebkura veida HIV/STI uzvedības iesaistīšanās pasākumu, kas paredzēti *MSM* Eiropā, precīzie rezultātu novērtējumi ir liels retums. Rezultāti norāda uz iespējamu iesaistīšanās pasākumu īstermiņa ietekmi, samazinot to *MSM* proporciju, kas piedalās *UAI*, bet kontrolētu pētījumu nelielais daudzums norāda, ka šajā jomā ir jāveic pētījumi. Zinātnes kopienai ir jāpārdomā iespējas pārnest iesaistīšanās pasākumus un ideālā gadījumā pirms jaunas programmas uzsākšanas veikt plašu veidojošo pētījumu.

Secinājums

Kopumā trūkst rezultātu novērtējumu intervencēm, kas paredzētas, lai samazinātu HIV/STI riska uzvedību starp *MSM* Eiropā. Uzvedības HIV/STI ierobežošanas stratēģiju izstrāde, lai novērstu jaunas infekcijas, un šādu *MSM* profilakses programmu novērtēšana ir svarīga sastāvdaļa visaptverošā HIV/STI ietvēruma stratēģijā profilakses un aprūpes nepārtrauktībai.

Norādījumu ziņojumi

9. Hlamidiozes kontrole Eiropā

(Publicēts 2009. gada jūnijā)

Kādēļ hlamīdijas ir sabiedrības veselības problēma

Chlamydia trachomatis ir viena no izplatītākajām bakteriālajām seksuāli transmisīvajām infekcijām Eiropā. Tās izplatība seksuāli aktīvu jauniešu vidū parasti ir no 5 % līdz 10 %. Diagnosticēto gadījumu skaits daudzās Eiropas valstīs pieaug daļēji tādēļ, ka ir palielināta testēšana un tiek lietoti jutīgāki testi. Cilvēki, kuriem ir dzimumorgānu hlamīdijas, var just dzimumorgānu sistēmas iekaisuma simptomus, tostarp uretrītu un cervicītu, bet lielākā daļa paliek asimptomātiski. Hlamīdijas ir būtiska sabiedrības veselības problēma, jo neārstētas hlamīdijas daļai sieviešu var radīt iegurņa iekaisumu, nepietiekamu reproduktīvo funkciju vai neauglību. Hlamīdijas arī veicina HIV transmisiju. Hlamīdiju izraisītu nepietiekamu reproduktīvo funkciju ārstēšanas izmaksas ir lielas, jo ir jāveic olvadu operācija un *in vitro* apaugļošana. Lai gan šai slimībai ir pieejama lēta un efektīva ārstēšana, hlamidiozes kontrole ir apgrūtināta tādēļ, ka lielākā daļa cilvēku ir asimptomātiski.

Hlamidiozes kontroles pasākumi Eiropā

Hlamidiozes kontroles pasākumu sistemātiska uzraudzība 29 Eiropas valstīs atklāja ļoti atšķirīgu hlamidiozes kontroles organizāciju. Gandrīz puse valstu ziņoja, ka tām nav nekādu organizētu darbību, un valsts kontroles programmas tika identificētas divās valstīs.

Hlamidiozes kontroles īstenošana

Pirmais solis uz visaptverošu un efektīvu kontroles programmu ir hlamidiozes kontroles stratēģijas pieņemšana, pamatojoties uz plašām konsultācijām ar galvenajām iesaistītajām personām. Stratēģijā būtu jāņem vērā specifiskas valstu iespējas un ierobežojumi, tāpat arī pārskats par ietverto intervenci un pasākumu licībām. Stratēģija var būt balstīta uz pakāpenisku pieeju, kas aprakstīta šajos norādījumos.

Pakāpeniskā pieeja ir ieteicama, lai nodrošinātu, ka pirms sarežģītu iesaistīšanās pasākumu, piemēram, skrīninga, apsvēršanas, tiktu īstenota rūpīga STI profilakse un pacientu pārvaldība.

Ir izšķirami četri hlamīdiju kontroles programmas līmeņi:

- A līmenis, sākotnēja profilakse: tostarp ir veselības veicināšana un izglītošana, skolu programmas un prezervatīvu dalīšana;
- B līmenis, saslimšanas gadījumu pārzināšana: tā veidojas uz A līmeņa, papildinot ar kārtējo saslimšanas gadījumu uzraudzību, rūpīgiem hlamīdiju diagnosticēšanas pakalpojumiem, klīniskiem pakalpojumiem un pacientu un partneru pārvaldības pakalpojumiem. Tiem visiem ir nepieciešami prātīgi, uz licībām balstīti norādījumi un regulāra revīzija;
- C līmenis, oportūniska testēšana: veidojas uz B līmeņa, papildinot ar testēšanu, kuru parasti piedāvā vienai vai vairākām noteiktām cilvēku grupām, kas izmanto citus klīniskus pakalpojumus, ar mērķi atklāt saslimšanas gadījumus, t. i., identificēt asimptomātiskus gadījumus;
- D līmenis, skrīninga programma: veidojas uz C līmeņa, papildinot ar organizētu regulāras hlamidiozes testēšanas nodrošināšanu, lai aptvertu ievērojamu proporciju noteikto iedzīvotāju grupu, ar mērķi samazināt hlamīdiju izplatību sabiedrībā.

Licības par C un D līmeņa programmu ietekmi ir ierobežotas, tādēļ, ja tās tiek īstenotas, tās ir rūpīgi jānovērtē, lai virzītu turpmāko politiku. Jo īpaši ir jākontrolē un jānovērtē šādu sabiedrības hlamīdiju kontroles programmu ietekme. Hlamīdiju skrīninga programmas ieviešana ir jāapsver tikpat rūpīgi, kā jebkura cita skrīninga programma, izvērtējot visus iespējamus ieguvumus, kaitējumus un izmaksas.

Lai efektīvi piesaistītu līdzekļus un īstenotu valstu hlamīdiju kontroles programmas, ir nepieciešama veselības aprūpes politikas veidotāju vadība un iesaistīšanās. Vispiemērotākās valstu stratēģijas dažādās valstīs ir atšķirīgas, un tās būtu jāizstrādā, konsultējoties ar profesionālām medicīnas organizācijām, finansētājiem un veselības aprūpes un diagnostikas pakalpojumu nodrošinātājiem.

Hlamidiozes kontroles programmu novērtēšana

Kontroles programmu mērķis ir samazināt hlamīdiju izplatību, bet to ir grūti kontrolēt, jo ir jāveic periodiska iedzīvotāju apsekošana. Tomēr ir arī daudz citu efektivitātes rādītāju, kuri būtu jāizmanto jebkurā programmā no paša sākuma.

Valstu līmenī programmām vajadzētu kontrolēt rādītājus, kas saistīti ar programmas politiku un vadlīnijām, īstenošanu un procesiem, un programmas rezultātiem. Tiem ir jābalstās uz specifiskiem mērķiem, kas piemēroti īstenošanas līmenim.

Ja valstis pāriet no viena kontroles līmeņa uz nākamo, tām ir jāpieņem lēmums, balstoties uz stingru efektivitātes pierādījumu, izmaksu efektivitātes un kaitējumu novērtēšanu. Ja valstis nodrošinās, lai visas darbības tiktu pilnībā novērtētas un kopīgas ar citām Eiropas valstīm, tām tiks sniegta palīdzība. Tādā veidā programmas investīcijas, kas veiktas tagad, stiprinās hlamīdiju kontroles pierādījumu bāzi, atvieglos turpmāko lēmumu pieņemšanu un uzlabos sabiedrības veselību.

Eiropas līmenī mērķis būtu samazināt to valstu proporciju, kuras ziņo, ka netiek organizētas nekādas aktivitātes.

Šā dokumenta mērķis

Šajā dokumentā Eiropas Savienības veselības aprūpes politikas veidotājiem ir sniegti norādījumi par valstu stratēģijām hlamīdiju kontrolei. Tas nesniedz specifiskas klīniskas vai diagnostikas vadlīnijas, bet drīzāk nodrošina struktūru valstu hlamīdiju profilakses vai kontroles stratēģiju izstrādei, īstenošanai vai uzlabošanai. Kā šo detalizēto vadlīniju pamats ir jāaplūko jaunākie sistemātiskie pārskati.

Veselības aprūpes politikai, tāpat kā klīniskajām vadlīnijām, ir jābūt balstītām uz labākajiem pieejamajiem pierādījumiem. Tomēr, parasti šādu pierādījumu, uz kuriem balstīt politiskos lēmumus, ir mazāk. Šajā norādījumu dokumentā mēs vēlamies atvieglot vietēja mēroga uz pierādījumiem balstītu vadlīniju izstrādi rūpīgu valsts hlamīdiju stratēģiju kontekstā. Šādās stratēģijās ir jāņem vērā ne tikai klīniskie un epidemioloģiskie faktori (piemēram, hlamīdiju izplatība iedzīvotāju vidū), bet arī vietējās veselības aprūpes nodrošināšanas sistēmas, infrastruktūra un finansēšana.

Norādījumus ir izstrādājušas tehnisko ekspertu grupas, izmantojot pierādījumus, kas apkopoti ECDC ziņojumā "Pārskats par hlamīdiju kontroles pasākumiem ES valstīs", hlamīdiju kontroles aktivitāšu apsekojums, kurš tika izskatīts līdz ar jaunākajiem sistemātiskajiem pārskatiem par hlamīdiju skrīningu un kontroli.

Šie norādījumi attiecas uz izplatīto seksuāli transmisīvo *Chlamydia trachomatis* (D līdz K serotipi) formu un neattiecas uz *Lymphogranuloma venereum* vai trahomu.

10. Gripas pretvīrusu līdzekļu izmantošana gripas pandēmijas laikā sabiedrības veselības aizsardzībai

(Publicēts 2009. gada jūnijā, atjaunināts 2009. gada augustā)

Šis apraksta dokuments ir paredzēts kā resurss tiem, kas Eiropas Savienības un EEZ/EBTA zonā izstrādā politiku un praksi attiecībā uz gripas pretvīrusu līdzekļiem, jo īpaši saistībā ar gripas pandēmiju. Dokuments ir balstīts uz specifiskiem pierādījumiem, PVO norādījumiem, ekspertu atzinumiem (tostarp arī no ECDC konsultatīvās padomes) un uz rekomendācijām, kas ietvertas Eiropas valstu sagatavotības plānos pandēmijas apkarošanai. Tas ir vērsts uz pretvīrusu zāļu lietošanas iespējām gripas pandēmijas kontekstā.

Pieejamie pierādījumi par pretvīrusu līdzekļu efektivitāti ārstēšanai vai profilaksei un sekojošai lietošanai sabiedrības veselības aizsardzībai pandēmijas laikā izriet no pētījumiem, kas veikti sezonālās gripas laikā starp veselīgiem pieaugušajiem un, mazākā apmērā, vienā no augstākā riska grupām (vecāki cilvēki) un dažiem lielākiem bērniem.

Šie pierādījumi liecina, ka dažas pretvīrusu zāles, jo īpaši neiramidīdāzes inhibitori (oseltamivirs un zanamivirs) sniedz zināmu ārstējošu labumu, samazinot slimības laiku parasti par 1–2 dienām, un arī samazinot komplikācijas un nepieciešamību inficētajām personām lietot antibiotikas. Šo efektu ierobežo tas, ka zāles ir jālieto ļoti laicīgi (48 stundu laikā kopš simptomu parādīšanās). Ir arī daži vāji pierādījumi no novērojumiem, kas liecina, ka zāles varētu samazināt slimāko pacientu saslimstību un pat mirstību arī tad, ja tiek dotas vēlāk nekā 48 stundu laikā. Bieži vien ziņo par nelielām blaknēm, jo īpaši par nelabu dūšu un reizēm pat vemšanu, lietojot perorāli (oseltamivirs), tādēļ ražotāji iesaka šīs zāles lietot ēšanas laikā.

Izmēģinājumi ar veselīgiem pieaugušajiem liecina, ka profilaktiska ārstēšana ar 70 % līdz 90 % efektivitāti var novērst infekciju, ja zāles tiek lietotas saskaņā ar norādījumiem. Pierādījumi par sabiedrības veselības aizsardzības ieguvumiem augstāka riska grupās un vidē nav tik spēcīgi, tomēr šķiet, ka infekcija ir samazinājusies, piemēram, sezonas gripas uzliesmojumu laikā veco ļaužu namos. Tas nozīmē, ka šādas zāles varētu ietekmēt vīrusu izplatības līmeni un palīdzēt novērst infekciju.

Ļoti reti gripas vīrusi, kuriem ir primāra rezistence pret vienu vai vairākām pretvīrusu zālēm, var rasties dabiski ģenētisku mutāciju un dabiskas vīrusu pārkārtošanās rezultātā. Tas notika Eiropā 2007.–2008. gada sezonas laikā, kad parādījās pret oseltamivīru rezistents gripas vīruss. Tas nebija saistīts ar pretvīrusu līdzekļu lietošanu, un šai iespējai nevajadzētu iespaidot parasto politiku par pretvīrusu līdzekļu lietošanu pandēmijas laikā. Tomēr, iespēja, ka var rasties jauns vīruss, kas ir rezistents pret pretvīrusu ārstēšanu, rada patiesas bažas un var prasīt ātras pretvīrusu politikas izmaiņas, jo īpaši attiecībā uz profilaksi, ja šāds vīruss parādītos pandēmijas laikā. To nevajadzētu jaukt ar sekundāro pretvīrusu rezistenci, kas parādās daudz biežāk, lietojot pretvīrusu līdzekļus. Parasti tas notiek ar vīrusiem, kuri nevar pāriet no cilvēka uz cilvēku, un līdz ar to tā nav sabiedrības veselības problēma.

Ir dažādas stratēģijas pretvīrusu līdzekļu lietošanai, un tās ir atkarīgas no vispārīgiem sabiedrības veselības aizsardzības mērķiem, kurus iestādes vēlas sasniegt, pretvīrusu līdzekļu pieejamības un citiem praktiskiem apsvērumiem. Starp šiem mērķiem var būt slimāko cilvēku ārstēšana, cilvēku, kas pakļauti lielākam riskam, ārstēšana vai aizsardzība, visu saslimšanas gadījumu ārstēšana, pārnesšanas līmeņa samazināšana vai veselības aprūpes un citu būtisku darbinieku aizsardzība. ECDC ierosināja prioritāšu hierarhiju.

Pandēmijas laikā infekciju lielā skaita un potenciālā smaguma dēļ ir lielas praktiskas problēmas apmierināt potenciālās vajadzības pēc pretvīrusu zālēm gan inficēto cilvēku ārstēšanai, gan inficēšanās novēršanai (profilaksei). Daudzas valstis ir izveidojušas pretvīrusu zāļu krājumus īpaši lietošanai pandēmijas laikā. Šobrīd pretvīrusu līdzekļu krājumi Eiropas valstīs ir atšķirīgi, sākot no tā, ka pietiek tikai dažiem procentiem iedzīvotāju, līdz pat vairāk nekā 50 % iedzīvotāju. Tomēr, arī ar visiem šiem krājumiem tas ir gandrīz neizbēgami, ka pandēmijas laikā pretvīrusu zāļu pieprasījums būs lielāks par piedāvājumu. Tādēļ, ir svarīgi īstenot uzlabotu stratēģiju un loģisku plānošanu, lai uzlabotu esošo krājumu lietderīgumu. Svarīgs vispārīgs princips ir tāds, ka krājumiem bez norunātiem mērķiem, protokoliem, administrēšanas un piegādes sistēmām lietošana ir ierobežota.

Tādēļ, skaidru mērķu noteikšana, kā daļa no pandēmijas plānošanas aktivitātēm, ir ļoti svarīga, lai maksimāli palielinātu ieguvumus no pretvīrusu līdzekļu krājumiem. Šajā plānošanā ir jāņem vērā kopējais pretvīrusu līdzekļu apjoms un pieejamība, pamatā esošā epidemioloģija (prognozētie lēkmju rādītāji utt.), uzliesmojuma apmērs un ilgums, un iedzīvotāju grupu lielums. Modelēšana var būt arī būtisks rīks, lai izpētītu dažādu pretvīrusu stratēģiju ietekmi pandēmijas laikā, taču šāda modelēšana nav vienkārša. Pamatojoties uz pieejamajiem pierādījumiem, ECDC ierosina šādu pretvīrusu līdzekļu lietošanas prioritāšu noteikšanas stratēģiju:

1. **cilvēki ar smagākām slimībām.** Galvenā prioritāte ir ārstēt cilvēkus, kuriem ir vissmagākā saslimšana ar gripu arī tad, ja ir pagājušas noteiktās 48 stundas pēc simptomu parādīšanās, kad var uzskatīt, ka pretvīrusu līdzekļi ir efektīvi. Tomēr šiem pacientiem ir pat vēl svarīgāk, lai tiem būtu pieejamas atbilstošo antibiotiku piegādes, lai ārstētu sekundārās infekcijas, un citas zāles;
2. **cilvēki, kas pakļauti vislielākajam riskam smagi saslimt.** Starp tiem prioritāti varētu piešķirt tiem, kas visvairāk pakļauti smagai slimības attīstībai. Sezonālai gripai - tie, kuriem ieteicams vakcinēties pret sezonālo gripu: vecāki cilvēki, cilvēki ar hroniskām saslimšanām un veselības aprūpes darbinieki, kuriem ir tiešs kontakts ar pacientiem. Tomēr pandēmijas laikā to varētu nākties mainīt, lai ietvertu arī tos, kurus pandēmijas vīrusa celms apdraud visvairāk. Kad cirkulē gan pandēmiskie, gan sezonālie vīrusi, sezonālās un pandēmiskās lielākā riska grupas ir jākombinē. Dažas valstis varētu apsvērt iespēju nodrošināt profilaksi tajās mājsaimniecībās, kurās ir cilvēki, kas pakļauti lielākam riskam, taču tā būtu ļoti grūti īstenojama politika;
3. **visi cilvēki, kuriem sākas slimība.** Pēc smagākajiem gadījumiem pretvīrusu līdzekļi varētu pienākties cilvēkiem, kuriem slimība tikko sākas (48 stundu laikā pēc pirmo simptomu parādīšanās), jo tieši tad šīs zāles ir visefektīvākās;
4. **lietošana profilaksei.** Valstis, kurām ir lieli pretvīrusu līdzekļu krājumi, varētu apsvērt iespēju tos piedāvāt profilaksei. Kandidātu grupas ir: ciešs kontakts ar saslimušajiem, kontakti ģimenē un svarīgākie darbinieki uzņēmējdarbības nepārtrauktības nolūkos. Nav ieteicams veidot krājumus mājās, jo piegādes ir ierobežotas, lai gan neizbēgami daļa cilvēku varētu tos pieprasīt no saviem ārstiem līdzīgi, kā tas bija gadījumā ar putnu grupu;
5. **veselības aprūpes darbinieki,** kuriem ir ciešs kontakts ar pacientiem, ir īpašs gadījums. Viņiem ir jābūt pienācīgai aizsardzībai ar individuāliem aizsardzības līdzekļiem. Gadījumā, ja tie saslimst, viņiem nekavējoties ir jāsaņem pretvīrusu līdzekļi un jāpaliek mājās. Valstis, kurām ir lielāki krājumi, var apsvērt iespēju nodrošināt profilaksi atsevišķām šo darbinieku grupām.

Vēl lielāku izaicinājumu rada pretvīrusu līdzekļu piegādes organizatoriskie aspekti. Proti, pierādījumi, kas liecina, ka pretvīrusu ārstēšana ierobežoto labumu var sniegt vienīgi tad, ja ir uzsākta 48 stundu laikā pēc simptomu parādīšanās. Īpaši kritiski tas būs pandēmijas laikā. Tādēļ, lai pretvīrusu līdzekļi infekciju ārstēšanā būtu efektīvi, ir jāiegulda resursi, lai izstrādātu protokolus un sistēmas, lai nodrošinātu to ātru piegādi un lietošanu.

Darbs, kuru ECDC un PVO Eiropas reģionālais birojs ir veikuši kopā ar dalībvalstīm, liecina, ka pirms pandēmijas sākšanās ir rūpīgi jāapsver operatīvie jautājumi, kas saistīti ar pretvīrusu līdzekļu un citu stratēģiski svarīgu krājumu piegādi un pārvaldību valstu līmenī:

1. pandēmijas sākuma posmā ir jāpieņem lēmums par to, vai infekcijas smagums individuāla pacienta līmenī ir pietiekams, lai piedāvātu pretvīrusu līdzekļus visiem, kuriem ir simptomi, vai pat, lai censtos to kavēt vai ierobežot;
2. ir jānodrošina, lai klīnicistiem vienmēr būtu pieejami pretvīrusu līdzekļi, lai ārstētu vissmagāk slimos;
3. ir jābūt spējīgiem savlaicīgi nodrošināt pretvīrusu vielas tiem cilvēkiem, kuriem tās vajadzīgas visvairāk, jo, lai tās būtu efektīvas, tās ir jālieto 48 stundu laikā pēc simptomu parādīšanās;
4. ir jāidentificē galvenās grupas, kurām pirmajām vajadzētu saņemt pretvīrusu līdzekļus, pamatojoties uz iepriekš atrunātiem kritērijiem (noklusējuma pozīcija);
5. ir jāspēj mainīt prioritātes, ja šķiet, ka riskam visvairāk pakļautie neatbilst prognozēm saskaņā ar sezonas gripas pieredzi;
6. ir jānodrošina, lai teritorijas, kuras tiek skartas pirmās, neizlietotu visus valstu krājumus, un jāspēj pārvietot resursus visas valsts ietvaros;
7. ir jāspēj atbildēt pilsoņiem, kuri vēlas iegūt personīgos krājumus, un uzņēmumiem, kas vēlas aizsargāt savu personālu;
8. kontrolēt pretvīrusu līdzekļu rezistenci, jo īpaši primāro rezistenci, un spēt mainīt valsts ārstēšanas stratēģijas, ja šķiet, ka krājumi tiks iztērēti vai parādās pretvīrusu līdzekļu rezistence (jo īpaši tad, ja zāles lieto profilaksei);
9. nenoslogot primārās aprūpes dienestus, liekot viņiem izplatīt pretvīrusu līdzekļus viegli un vidēji saslimušiem cilvēkiem, kad tie ir noslogoti ar smagāk slimu cilvēku ārstēšanu. Tas arī liedz, iespējams, inficētiem cilvēkiem pulcēties kopā, lai saņemtu pretvīrusu līdzekļus (piemēram, rindās vai uzgaidāmajās telpās), tādā veidā infekciju izplatot tālāk;

10. nodrošināt, lai būtu pietiekami pieejamas citas būtiskākās zāles, jo īpaši, bet ne tikai, piemērotas antibiotikas;
11. ir jāspēj kontrolēt pakļaušanās, jo īpaši starp viegli slimajiem un tiem, kas lieto zāles profilaktiskiem nolūkiem;
12. ir jāparedz oseltamivira izplatītākās vieglās blaknes, jo īpaši nelaba dūša, un jāapzinās, ka ir iespējami ziņojumi par mazāk izplatītām, bet smagākām blaknēm.
13. ir jābūt mācību materiāliem un pieejām, lai atvieglotu zanamivira inhalatoru lietošanu, jo īpaši tiem, kam varētu būt grūtības tos lietot;
14. ir jāparedz pieejas īpašām grupām, piemēram, grūtniecēm un maziem bērniem;
15. ir jābūt spēcīgām, uzticamām, pārbaudītām komunikācijas stratēģijām, kas paredzētas profesionāļiem un sabiedrībai par visu iepriekš minēto, kā daļu no vispārīgākas komunikācijas pandēmijas laikā.

Turklāt, ECDC ierosina, ka varētu būt arī dažas praktiskas sistēmas, kuras var darboties ES līmenī:

16. dalībvalstis var ziņot EWRS par savām pamata politikas pozīcijām, un tad par būtiskām izmaiņām;
17. ir vajadzīgas sistēmas, kuras var apkopot ziņojumus un baumas par nelabvēlīgiem gadījumiem, un mehānismi kopā ar EMEA un ECDC, lai uz tiem reaģētu, kad tie ir neizbēgami notikuši;
18. kopā ar ECDC, Kopienas tīkla atsauces laboratoriju un PVO kontrolēt pretvīrusu līdzekļu rezistences rašanos;
19. paredzēt neizbēgamu pretvīrusu līdzekļu un citu medikamentu parādīšanos tiešā interneta pārdošanā no neregulētiem avotiem.

Darbs norāda uz virkni pētījumu un izstrādes prioritāšu, tostarp, nepieciešamību noteikt vai pretvīrusu līdzekļi dod labumu, ja tie ir lietoti vēlāk par 48 stundām, jo īpaši, ārstējot ļoti smagi slimus pacientus. Papildu prioritāte ir izveidot sistēmas dalībvalstīs, kas var reālā laikā noteikt to, vai pretvīrusu līdzekļi ir efektīvi pret jebkuru pandēmisku vīrusu; un sistēmas, lai agrīni noteiktu patiesos ārstēšanas un profilakses trūkumus, kuri var liecināt par rezistences rašanos.

11. Īpašo gripas pandēmijas vakcīnu izmantošana H1N1 pandēmijas laikā 2009. gadā

(Publicēts 2009. gada augustā)

2009. gadā tika atklāts un raksturots jauns cilvēku gripas celms A(H1N1). Bija gaidāms, ka saslimstības ar A(H1N1) pandēmisko celmu rādītāji būs augstāki nekā sezonāliem celmiem, jo iedzīvotājiem ir zemāks jau esošās imunitātes līmenis (izņemot vecākus cilvēkus, no kuriem daudziem, šķiet, ir imunitāte). Tādēļ, faktiskais saslimšanu skaits ar gripu, kas īsā laika periodā tiek ārstēts veselības aprūpes iestādēs, varētu būt lielāks nekā sezonālajai gripai.

Vakcinēšanās ar īpaša celma pandēmijas vakcīnu ir uzskatāma par vienu no efektīvākajiem pretlīdzekļiem, kā pasargāt cilvēkus pandēmijas gadījumā. Tomēr, īpašas pandēmijas vakcīnas nebūs pieejamas nekavējoties, piegāde no ražotājiem noteikti būs jāregulē un būs arī grūtības ar izplatīšanu. Būs grūti saprātīgās laika robežās nodrošināt vakcīnu piegādi. Lai panāktu maksimālu pieejamo devu efektivitāti, būtiska ir stratēģiska vakcīnu lietošana pēc rūpīgas prioritāšu noteikšanas starp dažādām iedzīvotāju grupām.

Vispārīgie vakcinēšanas mērķi ir jānosaka pirms lēmuma pieņemšanas par to, kam piedāvāt vakcīnu un kā noteikt mērķa iedzīvotāju grupu prioritātes. Tās dažādās valstīs un/vai reģionos varētu atšķirties. Jo īpaši tās atšķirsies atkarībā no resursiem, vakcīnu daudzuma, šjirču skaita utt., kas ir pieejami, un praktiskiem jautājumiem saistībā ar izplatīšanu un piegādi. Kad šīs atšķirības kļūs acīmredzamas, tās starp valstīm radīs komunikācijas problēmas, un tām ir jāsaprotas.

Pandēmijas vakcinēšanas stratēģijas mērķus var apsvērt divu plašu kategoriju ietvaros, kuras nekādā gadījumā viena otru neizslēdz: a) atvieglojumi, lai pasargātu cilvēkus, kuri slimības smaguma dēļ varētu būt pakļauti lielākam riskam; un b) svarīgāko pakalpojumu pasargāšana.

Gripa A(H1N1) ir jauns vīruss, un mūsdienu pandēmijas atšķiras cita no citas un no šā brīža sezonālās gripas. Tādēļ, riska grupas (tās, kuras smagās slimības dēļ ir pakļautas lielākam riskam) var atšķirties no sezonālās gripas celmu riska grupām. Tāpat, tiek apspriestas arī dažādas stratēģijas ar lielāku uzsvāri uz nepieciešamību saglabāt svarīgākos pakalpojumus, veicot imunizāciju. Arī tādēļ mērķa grupas var atšķirties (grupas, kurām piedāvā vakcīnu var būt un var nebūt riska grupas).

Saskaņā ar esošajiem pierādījumiem par A(H1N1) 2009. gada pandēmiju, par riska grupām var uzskatīt šādas iedzīvotāju grupas:

- cilvēki, kas jaunāki par 65 gadiem ar hroniskām saslimšanām, proti:
 - hroniskas elpošanas ceļu slimības;
 - hroniskas sirds un asinsvadu slimības;
 - hroniski vielmaiņas traucējumi (jo īpaši diabēts);
 - hroniskas nieru un aknu slimības;
 - cilvēki ar pazeminātu imunitāti (iedzimtu vai iegūtu);
 - hronisks neiroloģisks un neiromuskulārs stāvoklis;
 - jebkurš cits stāvoklis, kas vājina cilvēka imunitāti vai kaitē elpošanas ceļu darbībai;
- mazi bērni (jo īpaši vecumā līdz diviem gadiem);
- grūtnieces.

Šis saraksts atšķiras no to grupu saraksta, kurām daudzas valstis iesaka veikt imunizāciju pret sezonālo gripu, jo īpaši attiecībā uz cilvēkiem, kam ir 65 un vairāk gadi. Parasti vecākiem cilvēkiem ir mazāks risks inficēties, iespējams, esošās imunitātes dēļ, bet ir indikācijas, ka gadījumā, ja tie inficējas, tad cieš no slimības daudz smagāk nekā gados jaunāki pieaugušie.

Turklāt, ir arī citas grupas, kurām imunizāciju varētu piedāvāt, lai gan tās nav pakļautas lielākam smagas slimības norises riskam (mērķa grupas). Ir arī argumenti, kādēļ vakcināciju piedāvāt bērniem, jo tiem ir liels risks saslimt (lai gan vieglā formā), un tas jo īpaši svarīgi var būt gadījumā, ja paplašinās vietēja mēroga uzliesmojumi. Tāpat, ir arī argumenti, kādēļ imunizāciju piedāvāt visiem veselības aprūpes darbiniekiem. Tas ir gan tādēļ, lai novērstu iespēju cilvēkiem no riska grupām inficēties no veselības aprūpes darbiniekiem, kā arī, lai pasargātu veselības aprūpes darbiniekus no iespējas inficēties no pacientiem, tādā veidā nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumu nepārtrauktību. Tāpat ir ieteicams piedāvāt imunizāciju arī cilvēkiem, kuri rūpējas par tiem, kuriem imunizācija varētu nebūt efektīva (piemēram, cilvēkiem, kuri tiek ārstēti ar imūnsupresīvo terapiju). Mazuļiem, kas jaunāki par sešiem mēnešiem, šajā laikā nevar veikt imunizāciju tādēļ, ka trūkst datu par imūnsistēmu un drošību, tādēļ ir

pamatojums vakcinēšanos piedāvāt tiem cilvēkiem, kas ir ciešā kontaktā ar viņiem. Vēl viena potenciāla mērķa grupa ir darbinieki, kuri ir svarīgi, lai reaģētu uz pandēmiju.

Šie norādījumi ir balstīti uz esošo 2009. gada A(H1N1) pandēmijas scenāriju. Ir atzīmētas un apspriestas īpašas neskaidras jomas. Tā kā ir pieejams aizvien vairāk datu, pierādījumu un atzinumu, šis dokuments tiks atjaunināts līdz ar ECDC riska novērtējumu, ar kuru tas ir saistīts.

Pamatojoties uz pieredzi, kas gūta no iepriekšējām pandēmijām, kuru laikā vīrusa patogēniskums un izplatība ir pieaugusi, ir piedāvāti arī trīs citi scenāriji. Vēl ir arī pielikumi, kuros ir apkopoti pierādījumi par īpašu riska grupu vakcinēšanu pret sezonālo gripu un esošo pandēmisko gripu, kā arī aprēķināti riska un mērķa grupu lielumi. Aprēķinu pamatojums ir sniegts pietiekami detalizēti, lai cilvēki dalībvalstīs varētu piemērot metodoloģiju saviem iedzīvotājiem vai salīdzināt jau izmantotās metodes.

Uzraudzības ziņojumi

12. Tuberkulozes uzraudzība Eiropā 2007. gadā

(Publicēts 2009. gada martā)

Kopš 2008. gada 1. janvāra Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (ECDC) un PVO Eiropas reģionālais birojs kopīgi koordinē tuberkulozes (TB) uzraudzību Eiropā. To mērķis ir nodrošināt augstas kvalitātes standartizētus datus par TB, kuros ietvertas visas 53 PVO Eiropas reģiona valstis.

2007. gadā 51¹ PVO Eiropas reģiona valsts un Lihtenšteina² ziņoja par 477 327 TB saslimšanas gadījumiem. Kopumā vidējais paziņojumu rādītājs bija 54 saslimšanas gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju, kur starp valstīm ir ļoti liela dažādība un pēdējos gados ir vērojama pakāpeniska novirzīšanās no rietumiem uz austrumiem. Tas ir pieaugums par 54 497 gadījumiem kopš 2006. gada, un kopumā paziņojumu rādītāja pieaugums par 13 % (no 48/100 000 līdz 54/100 000), kas lielākoties ir saistīts ar to, ka Krievijas Federācijā pēc tam, kad tika paplašināts ziņošanas sistēmas segums un uzlabota pacientu piekļuve aprūpei, ir reģistrēti iepriekš neziņoti, atkārtoti ārstēti gadījumi. Ziņošanas rādītājs par iepriekš neārstētiem gadījumiem visā reģionā samazinājās par 2,5 % (no 36,6 līdz 35,7 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem). Kopumā TB mirstības rādītāji pēdējos gados atspoguļoja vispārējos ziņošanas rādītājus pēc to ģeogrāfiskā sadalījuma reģionā (vidējais vispārējais rādītājs: 0,6/100 000, valsts amplitūda: 0,0–22,3). 22 valstis, kuras ziņoja datus par multirezistentu tuberkulozi (MDR TB), vidējais primārās MDR TB līmenis bija 1,5 %. Vidējais ārstēšanu pabeigušo rādītājs bija 73 %, 11 % gadījumu pēcpārbaude nenotika, 8 % nāves gadījumu un 7 % neveiksmīga ārstēšana.

Eiropas Savienības (ES) un Eiropas Ekonomikas zonas (EEZ)/Eiropas Brīvās tirdzniecības asociācijas (EBTA) valstis (30 valstis)

2007. gadā 27 ES valstis un trīs EEZ/EBTA valstis (Īslande, Norvēģija un Lihtenšteina) ziņoja par 84 917 TB gadījumiem. TB ziņojumu rādītāji (kopumā 17/100 000) visaugstākie bija Rumānijā (118), Bulgārijā (40) un Baltijas valstīs (36–71). Laikā no 2003. līdz 2007. gadam kopējais ziņojumu rādītājs ik gadu samazinājās par 4 %, atspoguļojot iepriekš neārstētu TB gadījumu samazinājumu. Tomēr, ievērojams pieaugums bija vērojams Maltā (+61 %) un Īslandē (+37 %), neliels pieaugums Zviedrijā (+5 %), Apvienotajā Karalistē un Kiprā (abās +3 %), lielākoties gadījumi ar ārvalstu izcelsmi. 2007. gadā 21 % gadījumu (valsts amplitūda: 0–78 %) bija cilvēkiem ar ārvalstu izcelsmi, no kuriem gandrīz divas trešdaļas bija no Āzijas vai Āfrikas un 6 % no Eiropas austrumu valstīm, kas nav ES dalībvalstis, un centrālās Āzijas valstīm. Laikā no 2001. līdz 2007. gadam HIV izplatība starp TB pacientiem Igaunijā un Latvijā pieauga (attieciņi no < 1% līdz 11% un 4%) un laikā no 2000. līdz 2003. gadam dubultojās Apvienotajā Karalistē. Pārējās valstīs, kuras iesniedza datus, HIV izplatība starp TB gadījumiem piecās valstīs bija 1 % vai mazāk, 2–5% septiņās citās valstīs un 14 % Portugālē. Multirezistence (MDR) joprojām izplatītāka bija Baltijas valstīs (kombinētā MDR: 10–21 %) nekā citās valstīs (0–4 %), kur tā izplatītāka bija starp gadījumiem ar ārvalstu izcelsmi. Divdesmit viena valsts ziņoja ārstēšanas rezultātu kontroles (TOM) datus par konkrētiem plaušu TB gadījumiem 2006. gadā. Gadījumos, kas iekļauti TOM kohortos, starp iepriekš neārstētiem gadījumiem 80 % bija sekmīgs rezultāts. Pēckontrole biežāk nav veikta plaušu TB gadījumos personām ar ārvalstu izcelsmi, salīdzinot ar vietējiem iedzīvotājiem (attieciņi 35 % pret 16 %), un mazāk ziņots arī par nāves gadījumiem (8 % pret 4 %). TB mirstības rādītāju amplitūda bija 0,0–10,9/100 000 (29 valstīs, pēdējie pieejamie dati par 2001.–2006. gadu).

Rietumu valstis (kas nav ES) (piecas valstis)

2007. gadā trīs valstis – Andora, Izraēla un Šveice – ziņoja par 881 TB gadījumu, kur rādītāju amplitūda bija no 5,6 līdz 7,3/100 000. Rādītāji bija zemi un lielākajai daļai ziņoto TB gadījumu bija ārvalstu izcelsme. Datus par rezistences pret zālēm uzraudzību ziņoja Šveice un Izraēla, kur MDR TB izplatība visos pārbaudītajos gadījumos bija attiecīgi 2,3 % un 6,7 %. Par ārstēšanas rezultātiem, kas reģistrēti 2006. gadā, ziņoja Izraēla, kur izārstēšanas rādītājs jaunajiem noteiktajiem plaušu saslimšanas gadījumiem bija 74 %.

¹ Nav datu par Monako un Sanmarino.

² Lihtenšteina ir iekļauta ziņojumā tikai kā EEZ/EBTA valsts, tā nepieder PVO Eiropas reģionam.

Balkāni (septiņas valstis)

Balkānu valstis 2007. gadā ziņoja par 26 296 gadījumiem, no kuriem par 75 % ziņoja Turcija (vēl par 930 gadījumiem ziņoja ANO pārvaldītā Kosovos province). Kopējais TB ziņojumu rādītājs 2007. gadā bija 29/100 000, kur lielāks rādītājs bija Bosnijā un Hercegovinā (62) nekā Albānijā, Horvātijā, bijušajā Dienvidslāvijas Maķedonijas Republikā, Melnkalnē, Serbijā un Turcijā (amplitūda: 14–28). HIV izplatība starp TB gadījumiem valstīs, kas iesniedza datus (Albānijā, Bosnijā un Hercegovinā, bijušajā Dienvidslāvijas Maķedonijas Republikā, Melnkalnē un Serbijā) bija 0,0–0,4 %. Kombinēta primārā un iegūtā *MDR* četrās valstīs, kas ziņoja par *MDR* (Albānijā, Melnkalnē, bijušajā Dienvidslāvijas Maķedonijas Republikā un Serbijā) bija attiecīgi 0–0,6 % un 9,7–34,6 %. Izārstēšanas rādītājs starp jaunajiem noteiktajiem plaušu saslimšanas gadījumiem 2006. gadā bija 80–97 % piecās valstīs un zemāks divās pārējās valstīs, kas iesniedza datus (35–70 %). TB mirstības rādītāju amplitūda bija no 0,25 līdz 21/100 000 (piecās valstīs, pēdējie pieejamie pilnīgie dati par 2001.–2006. gadu).

Austrumi (12 Austrumeiropas valstis, kas nav ES valstis un centrālās Āzijas valstis)

2007. gadā Austrumu valstis ziņoja par 365 233 TB gadījumiem, no kuriem par 59 % ziņoja Krievijas Federācija. TB ziņojumu rādītāji 2007. gadā (kopumā 131/100 000) visaugstākie bija Kazahstānā (258), Moldovas Republikā (178), Krievijas Federācijā (151), Gruzijā (135) un Kirgizstānā (125), kam seko Armēnija, Azerbaidžāna, Baltkrievija, Tadžikistāna, Turkmenistāna, Ukraina un Uzbekistāna (59–119). Vidējais gada pieaugums laikā no 2002. līdz 2007. gadam bija tāds pats kā laikā no 1998. līdz 2002. gadam (+6 %). Laikā no 2006. līdz 2007. gadam jauno gadījumu skaits samazinājās sešās valstīs. Pēdējos gados piecās valstīs HIV izplatība starp TB gadījumiem bija 1 % vai mazāka, bet lielāka Krievijas Federācijā un Ukrainā (attiecīgi 7 % un 6 % starp jaunajiem gadījumiem 2007. gadā). Valstu un reģionālie dati par rezistenci pret zālēm no daudzām valstīm liecina par ļoti plašu, augstu *MDR* izplatību. Kombinētā *MDR* TB izplatība ir no 14 % līdz 57 %, lai gan datu pārstāvība starp valstīm bija atšķirīga. Valstīs, kuras ziņoja par jauno plaušu TB gadījumu ar pozitīvu uztriepi (2006) rezultātiem, vidējais izārstēšanas rādītājs bija 64 % (amplitūda: 58–86 %). Zemi izārstēšanas rādītāji, kas saistīti ar lielu neveiksmju daudzumu (vidēji: 12 %, amplitūda: 3–16 %) lielākoties ir saistīti ar primārās *MDR* izplatību un pēckontroles neveikšanu (vidēji: 13 %, amplitūda: 4–35 %). TB mirstības rādītāju amplitūda bija no 3,0 līdz 22,3/100 000 (visās valstīs, izņemot Turkmenistānu, ar pilnīgiem datiem, pēdējie ir pieejami par jebkuru gadu laikā no 2003. līdz 2006. gadam).

Secinājumi

Austrumeiropas valstis, kas nav ES valstis un centrālās Āzijas valstis, joprojām ir prioritārs TB kontroles reģions. Šajās valstīs situāciju bieži vien sarežģī informācijas specifiskuma trūkums vai zemā kvalitāte un pastāvīgs resursu trūkums, kas vajadzīgi, lai atrastu vislabāk piemērotos risinājumus, un/vai neatbilstošs esošo resursu izlietojums. Tālāk uz rietumiem pastāv TB veidu dažādība. Rūpnieciskās valstīs, kuru mērķis ir likvidēt TB, aizvien vairāk atklāj gadījumu koncentrēšanos starp īpaši neaizsargātām iedzīvotāju grupām. Vidēji noslogotās valstīs, piemēram, Baltijas valstīs, joprojām ir liela *MDR* TB izplatība. Veicot datu analīzi, var piedāvāt vairākus uzraudzības ieteikumus, lai atbalstītu TB kontroles nostiprināšanu, tostarp:

- standartizēt gadījumu definīciju, kuru izmanto visā reģionā, un datu pārvaldības rīkus;
- iekļaut TB vispārējā infekcijas slimību uzraudzībā;
- uzsvērt kohorta analīzes izmantošanu ārstēšanas rezultātu kontrolei;
- uzlabot izpratni par TB/HIV kopīgo epidēmiju;
- veikt rūpīgu *MDR* TB izplatības un tendenču novērtējumu valsts un reģionālā līmenī.

13. 2009. gada epidemioloģiskais ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā

(Publicēts 2009. gada oktobrī)

Apraksts

2007. gadā ECDC ierosināja, ka visaptveroša Gada epidemioloģiskā ziņojuma (*AER*), kas padziļināti aptver visas jomas, kuras uzrauga ECDC, izdošanas biežums varētu būt reizi trīs līdz piecos gados. ECDC konsultatīvā padome to atbalstīja. Tādēļ, šis izdevums ir plašs situācijas apraksts par infekcijas slimībām Eiropas Savienībā, bet padziļināta analīze ir sniegta tikai vienai jomai: vakcīnregulējamās slimības. Tajā standarta tabulās un grafikos ar ierobežotiem komentāriem ir sniegti dati par slimību sastopamību 2007. gadā, kā arī novērtēti veselības apdraudējumi 2008. gadā.

Lielākais slogs sabiedrības veselībai, ko rada infekcijas slimības

Lielākie draudi saistībā ar infekcijas slimībām ES kopš šā ziņojuma iepriekšējās redakcijas nav būtiski mainījušies un tie iekļauj:

- mikrobu rezistenci;
- veselības aprūpē iegūtas infekcijas;
- vakcīnregulējamās slimības, īpaši uzsverot pneimokoka infekcijas;
- elpošanas ceļu infekcijas, īpaši uzsverot gripu (pandēmijas potenciāls, kā arī ikgadējas sezonālās epidēmijas) un tuberkulozi;
- HIV infekcija.

Infekcijas slimību uzraudzības kopsavilkums par 2007. gadu

3. nodaļā ir apkopoti un piedāvāti visi gadījumi, par kuriem ziņots 2007. gadā no 27 ES dalībvalstīm un trīs EEZ/EBTA valstīm – Īslandes, Lihtenšteinas un Norvēģijas. Kā ir norādīts daudzās šīs nodaļas individuālo slimību iedaļās, salīdzinājums par slimību sastopamību dažādās valstīs ir jāveic ļoti piesardzīgi. Uzraudzības sistēmas ir atšķirīgas, un attiecība starp to, par cik saslimšanas gadījumiem ir ziņots un cik reāli ir bijuši, daudzām slimībām dažādās valstīs atšķiras. Vairumā gadījumu būtiski ir koncentrēties uz tendenču salīdzinājumu laika gaitā, jo tā ir stabilāka uzraudzības sistēmas pazīme.

Ņemot to vērā, turpmāk ir apkopoti daži svarīgākie ES mērogā veiktu infekcijas slimību uzraudzības apkopojumi par galvenajām slimību grupām un/vai stāvokļiem, kas rada bažas.

Mikrobu rezistence un veselības aprūpē iegūtas infekcijas (*AMR/HCAI*)

2007. gadā visā Eiropā būtiska problēma joprojām bija pret meticilīnu rezistentais *Staphylococcus aureus* (*MRSA*). Tomēr, dažās valstīs ar augstu epidēmijas līmeni *MRSA* proporcija šķiet sāka stabilizēties un dažās valstīs pat bija novērojamas samazināšanās tendences.

Penicilīna neuzņēmība *Streptococcus pneumoniae* (*PNSP*) atklāja neviendabīgu ainu Eiropā, kur lielākā daļa ziemeļvalstu ziņo par zemu līmeni, un Dienvideiropas un Vidusjūras reģiona valstīs ziņo par samērā augstu līmeni. Tomēr, kopumā lielākajā daļā valstu penicilīna neuzņēmība un eritromicīna rezistence joprojām bija stabila.

Izplatoties klona kompleksam 17, vankomicīnrezistentā *Enterococcus faecium* uzliesmojumi skāra aizvien vairāk slimnīcu dažādās valstīs.

Escherichia coli rezistence pret fluorohinoloniem, aminopenicilīnu, aminoglikozīdu un trešās paaudzes cefalosporīnu pēdējos gados ir ievērojami palielinājusies gandrīz visās ziņojamo valstīs. Tas ir svarīgs novērojums tādēļ, ka tas liecina par aizvien lielāku multirezistentu Gram-negatīvo baktēriju attīstību un pat par iespējamiem pilnīgas rezistences celmiem.

2007. gadā tika apstiprināta tendence samazināties operāciju telpas infekcijām pēc gūžu protezēšanas, kas liecina par uzraudzības būtisko lomu, tostarp par riskiem pielāgotiem salīdzinājumiem slimnīcās, lai novērstu un kontrolētu *HCAI*.

Vakcīnregulējamas slimības

2007. gadā ziņojumu rādītājs par invazīvo *Haemophilus influenzae* slimību Eiropā joprojām bija stabils un daudz mazāk par vienu gadījumu uz 100 000 iedzīvotājiem. *Hib* vakcīnai joprojām ir būtiska ietekme uz slimības izplatību tajās valstīs, kur tā ir ieviesta.

Kopējais ziņojumu rādītājs par invazīvo meningokoku slimību 2007. gadā bija viens gadījums uz 100 000 iedzīvotājiem līdzīgi kā 2006. gadā, un galvenās invazīvās meningokoku slimības izraisītājas Eiropā joprojām bija B (77 %) un C (16 %) serogrupas. Pārsvārā lietotā vakcīna atbilst tikai C serogrupai.

Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, 2007. gadā ievērojami pieauga apstiprināto invazīvā pneimokoka slimību (*IPD*) gadījumu skaits, par kuru ziņoja Austrija un Slovēnija, visticamāk tādēļ, ka nesen tika uzlabota to uzraudzības sistēma. Kopumā dažādu valstu paziņošanas rādītājus bija grūti salīdzināt, jo ES uzraudzības sistēmas ir ļoti nevienmērīgas. Septivalentā pneimokoku kompleksā vakcīna (*PCV7*) ES tika licencēta jau 2001. gadā, bet šīs vakcīnas lietošana dažādās valstīs atšķiras.

2007. gadā ES un EEZ/EBTA valstīs ziņoja arī par mazāku skaitu saslimšanu ar masalām nekā 2006. gadā, bet masalas joprojām ir sabiedrības veselības prioritāte ar 2795 apstiprinātiem gadījumiem, tostarp vienu letālu gadījumu un diviem encefalīta gadījumiem. Tikai četrās valstīs pēdējo trīs gadu laikā masalas nav reģistrētas.

2007. gadā cūciņas joprojām bija viena no tām vakcīnregulējamām slimībām, par kurām Eiropā tika ziņots visvairāk, taču joprojām bija vērojama samazināšanās tendence, un patiesībā 2007. gadā ziņotais cūciņu rādītājs bija zemākais kopš 1995. gada.

Līdzīgi kā 2006. gadā arī 2007. gadā ziņotais apstiprināto saslimšanas gadījumu rādītājs ar masaliņām bija zems.

Elpošanas ceļu infekcijas

2007.-2008. gada gripas sezonai bija raksturīga mērena klīniskā aktivitāte ar gripas A(H1N1) cirkulēšanas kulmināciju, kam sekoja B gripas kulminācija. Bija tikai daži izolēti A(H3N2) celmi.

Būtiska jauna parādība bija pirmā sezonālā gripas vīrusa celma parādīšanās, kas ir rezistents pret pretvīrusu līdzekli oseltamiviru: A(H1N1-H247Y). Šis celms bija pilnībā spējīgs pāriet no cilvēka uz cilvēku, bet tā izplatība reģionā bija ļoti atšķirīga – sākot no puses visu izolēto celmu vienā valstī līdz tikai dažiem procentiem citās. Šā rezistentā vīrusa parādīšanos un izplatību nevarēja izskaidrot ar iepriekšēju pretvīrusu līdzekļu lietošanu.

Tāpat kā 2006. gadā, Eiropā tika ziņots par virkni augstas patogenitātes putnu gripas uzliesmojumiem putnu, lielākoties mājputnu vidū, bet netika ziņots par saistītiem gadījumiem starp cilvēkiem. Viens zemas patogenitātes dzīvnieku putnu gripas A(H7N2) uzliesmojums notika Apvienotajā Karalistē 2007. gada maijā, ar kuru ir saistīti vairāki gripai līdzīgi un/vai konjunktivīta saslimšanas gadījumi starp cilvēkiem.

Leģionāru slimības paziņošanas gadījumu ES un EEZ/EBTA valstīs 2007. gadā rādītājs joprojām bija stabils – 1,1 gadījums uz 100 000 iedzīvotājiem. Ar ceļojumiem saistīto Leģionāru slimības gadījumu skaits, par kuriem tika ziņots, pieauga, salīdzinot ar 2006. gadu, iespējams, tādēļ, ka ir uzlabota uzraudzība un ziņošana; turpretim ar ceļojumiem saistīto klasteru skaits samazinājās, kas varētu atspoguļot Eiropas darba grupas leģionellu izraisītu infekciju jautājumos (*EWGLINET*) vadlīniju ietekmi uz Leģionāru slimības kontroli.

Attiecībā uz tuberkulozi (TB) kopš 2003. gada 25 valstīs ir ziņots par ziņošanas rādītāju nepārtrauktu samazināšanās tendenci. Divdesmit procenti no kopējā gadījumu skaita bija cilvēki ar ārvalstu izcelsmi, tāpat kā 2006. gadā, lielākoties no Āzijas vai Āfrikas. Multirezistence (*MDR*) joprojām Baltijas valstīs ir sastopama biežāk nekā citās valstīs; un kopumā vairāk gadījumos ar ārvalstu izcelsmi. Datos joprojām atspoguļojas TB situācijas nevienmērīgums, jo ir valstis, kur slimība sastopama reti un aizvien biežāk tiek diagnosticēta ārvalstu izcelsmes cilvēkiem, citas valstis ar vidējiem vai augstiem ziņošanas rādītājiem, bet kur *MDR* TB vēl nav izplatīta, un valstis ar salīdzinoši augstiem ziņošanas rādītājiem un augstu *MDR* TB gadījumu proporciju. Kopumā 2007. gadā ES un EEZ/EBTA valstīs ir ziņots pa 41 205 apstiprinātiem TB gadījumiem (8,2 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem).

HIV, seksuāli transmisīvās infekcijas, B un C hepatīts, un HIV

2007. gadā HIV infekcija joprojām bija nopietna sabiedrības veselības problēma Eiropā, un nekas neliecināja par no jauna diagnosticēto gadījumu skaita samazināšanos. Savukārt diagnosticēto AIDS gadījumu skaits turpināja samazināties, izņemot dažas austrumu un centrālās Eiropas valstis. Dominējošais transmisijas veids dažādās valstīs un ģeogrāfiskos reģionos bija atšķirīgs, atspoguļojot HIV epidemioloģijas plašo daudzveidību Eiropā.

2007. gadā *Chlamydia trachomatis* infekcija joprojām bija tā STI, par kuru ziņoja visvairāk (un visvairāk ziņotā slimība Eiropā kopumā). 22 no ES un EEZ/EBTA valstīm ziņoja par vairāk nekā ceturtdaļu miliona apstiprināto

C. trachomatis infekcijas gadījumu, kas kopumā veido 122,6 gadījumus uz 100 000 iedzīvotājiem. Hlamīdijas, joprojām, lielākoties skāra jauniešus vecumā no 15 līdz 24 gadiem. Patiesā *C. trachomatis* infekcijas sastopamība varētu būt lielāka un paziņošanas rādītāji drīzāk atspoguļo skrīninga praksi un testēšanas apjomus, nevis reālo izplatību.

Jāpiemin tas, ka Zviedrija ziņoja par gadījumu skaita pieaugumu par 45 %, salīdzinot ar 2006. gadu, iespējams, tādēļ, ka tika ieviestas jaunas testēšanas metodes, lai atklātu jaunus *C. trachomatis* paveidus, par kuriem Zviedrija 2006. gadā ziņoja pirmā. Apsekojums visā Eiropā atklāja, ka šā paveida izplatība ir ierobežota Zviedrijā vai starp zviedru dzimumattiecību partneriem citās valstīs.

Lielākajai daļai valstu ir B un C hepatīta uzraudzības sistēmas, bet to atšķirību dēļ, jo īpaši sistēmu struktūrās, ziņošanas praksēs, datu vākšanas metodēs un izmantotajās gadījumu definīcijās, ir grūti salīdzināt uzraudzības datus starp valstīm.

Pārtikas un ūdens izraisītas slimības un zoonozes

ES un EEZ/EBTA valstīs visbiežāk sastopamais kuņģa un zarnu patogēns joprojām ir kampilobaktērijas, un 2007. gadā to izplatības rādītājs, salīdzinot ar 2006. gadu, palielinājās par vairāk nekā 15 %. Lielā dažādība starp valstu ziņošanas sistēmām, kā arī lielais skaits nepaziņoto gadījumu, kas vērojams daudzās valstīs, tiešu salīdzināšanu starp valstīm padara ļoti sarežģītu.

2007. gadā ES un EEZ/EBTA valstīs joprojām bija augsts salmonelozes izplatības rādītājs, tomēr joprojām turpinājās samazināšanās tendence, kas novērojama kopš 2004. gada.

Kopumā 2007. gadā 29 no ES un EEZ/EBTA valstīm ziņoja par 13 953 apstiprinātiem A hepatīta gadījumiem, un A hepatīta epidemioloģiskā aina starp reģioniem bija ļoti atšķirīga. 2007. gada novembrī Latvijā sākās A hepatīta uzliesmojums.

Vidē sastopamas un pārnēsājamas slimības

2007. gada augustā Itālija ziņoja par Čikungunjas drudža uzliesmojumu ar 217 laboratoriski apstiprinātiem saslimšanas gadījumiem. Vietēja mēroga inficēšanās ar Čikungunjas vīrusu notika pēc kāda tūrista atgriešanās no Indijas, kas liecināja par to, ka *Aedes albopictus* moskīts patiesi ir tāds slimības pārnēsātājs, kas var efektīvi izplatīt vīrusu arī ES platuma grādos.

2007. gadā 22 no ES un EEZ/EBTA valstīm kopumā ziņoja par 637 apstiprinātiem Q drudža gadījumiem, un šis skaitlis ir līdzīgs tam, par kādu ziņots 2006. gadā (583). Par Q drudža uzliesmojumiem ziņoja Nīderlande un Slovēnija, kurās reģistrēti attiecīgi 168 un 86 gadījumi.

Septiņas valstis kopumā ziņoja par 40 apstiprinātiem vīrusu hemorāģiskā drudža, lielākoties Hantavīrusu infekcijas, gadījumiem.

Apdraudējumu apkopojums par 2007. gadu

Kopš epidēmiju izlūkošanas aktivitāšu sākuma 2005. gada jūlijā ECDC kontrolē līdz 2008. gada beigām ir nonākuši 696 apdraudējumi. 2008. gadā ECDC kontrolēja 250 apdraudējumus, no kuriem 227 (91 %) bija atklāti 2008. gadā, 14 (6 %) bija pārnesti no 2007. gada un deviņi (4 %) bija atkārtoti apdraudējumi. Atkārtotie apdraudējumi bija saistīti ar putnu gripu visā pasaulē un Eiropas reģionā, Čikungunjas drudža situāciju visā pasaulē, poliomiellītu, tropu drudzi, holēru un masalām, kā arī jauno Kreicfelda-Jakobsa slimības paveidu un aizvien vairāk izplatīto pret zālēm rezistentu tuberkulozi.

Konkrētāk, kontrolēto apdraudējumu vidū bija:

- pret oseltamivīru rezistentie gripas A(H1N1) vīrusi 21 dalībvalstī, kur proporcijas amplitūda bija no mazāk par 1 % Itālijā līdz pat vairāk nekā 68 % Norvēģijā;
- 2008. gadā tika kontrolēti pieci A hepatīta uzliesmojumi, kas radīja starptautiskas bažas, jo piedzīvoja ievērojamu pieaugumu, salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem;
- *Shigella sonnei* uzliesmojums, kas skāra vairāk nekā 140 darbiniekus, kuri tam bija pakļauti biroja kafetērijā Zviedrijā;
- astoņdesmit pieci leģionelozes klasteri, kas reģistrēti 2008. gadā;
- vienpadsmit masalu uzliesmojumi, par kuriem 2008. gadā ziņoja ES un EEZ/EBTA valstis, kas izraisīja sekundārus saslimšanas gadījumus citās dalībvalstīs, neraugoties uz masalu sastopamības samazināšanos Eiropā kopš 2006. gada. Ziņoto uzliesmojumu skaits palielinājās salīdzinot ar 2007. gadu (septiņi) un 2006. gadu (divi);
- 2008. gadā izvērtēti vienpadsmit ar tuberkulozi saistīti apdraudējumi. Visi gadījumi bija saistīti ar pacientu, kas slimu ar tuberkulozi, pārvietošanos: septiņi ar gaisa transportu un trīs saistīti ar ūdens transportu;

- letāla Marburga vīrusa infekcija tūristam, kurš no Ugandas atgriezās Nīderlandē 2008. gada jūlijā;
- 2008. gada jūlijā Grieķijas ziemeļos apstiprināts pirmais Krimas-Kongo hemorāģiskā drudža (*CCHF*) gadījums.

Secinājumi

Pamatojoties uz svarīgāko skaitļu un tendenču kopsavilkumu, varam secināt, ka kopš iepriekšējā *AER* izdevuma infekcijas slimību profilakses un kontroles prioritātes ES un EEZ/EBTA nav būtiski mainījušās, tomēr dažus punktus ir vērts uzsvērt.

2007. gada dati liecina, ka mikrobu rezistence rada aizvien lielāku apdraudējumu sabiedrības veselībai Eiropā. Starptautiskais tūrisms un tirdzniecība veicina mikrobu rezistences izplatīšanos. Problēma aicina uz starptautisku sadarbību, kā arī koncentrētiem centieniem valstu līmenī, lai varētu kontrolēt un novērst mikrobu rezistences rašanos.

Veselības aprūpē iegūtu infekciju jomā ir jāveic izplatības apsekojums visas ES mērogā, lai izvērtētu visu tipu infekciju slogu Eiropas veselības aprūpes iestādēs. Šobrīd šā izplatības apsekojuma Eiropas standartizētā protokola izstrāde ir *ECDC* darba programmā, un tas dos iespēju dažādos valstu *HCAI* protokolus pielāgot tā, lai būtu iespējams veikt starptautisku salīdzinājumu.

Vakcīnregulējamo slimību jomā joprojām pastāv bažas par to, ka gadījumā, ja tiks ieviesta vakcīna, tad tos serotipus, kuri ir iekļauti pneimokoka kombinētajā vakcīnā, varētu aizvietot citi serotipi, kas tajā nav iekļauti, kā tas jau ir novērots Amerikas Savienotajās Valstīs. Tādēļ ES varētu būt nepieciešama uzlabota uzraudzība, kurā būtu iekļauta arī laboratorijas uzraudzība.

Kā bija gaidāms, gandrīz 90 % masalu saslimšanas gadījumu ES un EEZ/EBTA valstīs bija nevakcinētiem cilvēkiem; tas liecina par to, ka masalas joprojām ir problēma tām iedzīvotāju grupām, kurās ir zems vakcīnu nodrošinājums. Turklāt visi letālie vai smagie gadījumi bija nevakcinētiem cilvēkiem. Tādēļ nodrošinājuma līmeņa paaugstināšana Eiropā joprojām ir sabiedrības veselības prioritāte, lai gan 2010. gadā vēl nebūs iespējams to pilnībā likvidēt.

Cūciņu infekcija reizēm ir sastopama cilvēkiem, kuri ir saņēmuši divas *MMR* vakcīnas devas, tādēļ te ir vajadzīga papildu izpēte.

Dalībvalstis ir vairāk centušās, lai apstiprinātu visus masaliņu gadījumus, par kuriem tās ziņoja, ar dažiem izņēmumiem. Masaliņu uzraudzības jutīguma un specifikas uzlabošana ir PVO 2010. gada novēršanas mērķa svarīgākais punkts.

2007.–2008. gada gripas sezonas neparastā iezīme bija pret oseltamivīru rezistentu gripas A(H1N1) vīrusa parādīšanās. Šis bija pirmais jebkad novērotais gadījums, kad cilvēku sezonālās gripas vīruss, kas rezistents pret neiraminidāzes inhibitoru, var pāriet no cilvēka uz cilvēku. Ir jāturpina uzraudzība vīrusu rezistencei starp sezonālās gripas vīrusiem, lai kontrolētu iespējamu rezistentu celma atkārtotu parādīšanos.

TB kontroles jomā ar neviendabīgo epidemioloģisko izkārtojumu ES un EEZ/EBTA valstīs to valstu skaits, kurās ir liela/vidēja TB sastopamība, palika nemainīgs, un, neraugoties uz progresu epidēmijas ierobežošanā, ir jāpievērš nopietna uzmanība kontrolei, tostarp, uzlabojot uzraudzību. Dažās valstīs ar nelielu sastopamību dati joprojām atklāja samazinājumu starp vietējiem gadījumiem un skaidru epidēmijas pāreju uz neaizsargātākām iedzīvotāju grupām, piemēram, ieceļotājiem. Ziņošana par TB/HIV blakusslimībām joprojām bija nepilnīga, un ir jāturpina paplašināt zāļu uzņēmības testu nodrošinājums, kā arī ziņošana un analīze par rezistenci pret otrās rindas zālēm.

B un C hepatīta uzraudzības attīstība un īstenošana ir *ECDC* prioritātes. Labāki uzraudzības dati ir svarīgi, lai varētu nodrošināt nepieciešamo informāciju tendenču uzraudzībai, lai saprastu epidemioloģijas atšķirības, un lai novērtētu profilakses programmas Eiropā. Tomēr, abu šo slimību hroniskā būtība neļauj viegli atšķirt sastopamību no izplatības tāpat kā HIV infekcijai, un šai problēmai nav vienkārša risinājuma.

Un visbeidzot, pārtikas un ūdens izraisīto slimību jomā turpmākajos ziņojumos mēģinās skaidrāk nošķirt datus par vero/šigās toksīniem, kas ražo *Escherichia coli* (*VTEC*) serogrupu O157 un to, kas nav O157, jo tām valstu sistēmās ir ļoti atšķirīgas prioritātes, tādēļ atšķiras nodrošinājums dažādās valstīs, dažās O157 noteikti ir labāk nodrošināta nekā citas serogrupas.

A tabula. Pārskats par vispārīgām tendencēm, ES paziņojumu rādītājiem un galvenajām vecuma grupām, kuras skar infekcijas slimības, par kurām 2007. gadā ziņoja ES un EEZ/EBTA. Ziņojošo valstu skaits ir (n=30).

Slimības nosaukums	Vispārīga 10 gadu tendence	ES paziņojumu rādītājs uz 100 000 iedzīvotājiem (2007. gadā)	Lielākoties skartās vecuma grupas (2007. gadā)
Elpošanas ceļu infekcijas			
Gripa	↔	Nav datu	Nepietiekami dati
Putnu gripa	↑	0	Nav gadījumu
Leģionāru slimība (leģioneloze)	↑	1,1	65+
Tuberkuloze	↓	8,2	25–44
HIV, seksuāli transmisīvas slimības un ar asinīm pārnēsājamas vīrusa infekcijas			
Hlamīdiju infekcija	↑	122,6	15–24
Gonoreja	↔	9,5	15–24
B hepatīts	↓	1,5	25–44
C hepatīts	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
AIDS	↓	1,2	25–44
Sifiliss	↑	4,4	25–44
Pārtikas un ūdens izraisītas slimības un zoonozes			
Sibirijas mēris	↔	<0,01	Nepietiekami dati
Botulisms	↔	<0,1	25–44
Bruceloze	↓	0,1	25–64
Kampilobakterioze	↑	46,7	0–4
Holēra	↓	<0,01	25–44
Kriptosporidioze	↓	2,4	0–4
Ehinokokoze	↓	0,2	45–64
Verotoksigēnais <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Žiardāze	Nepietiekami dati	61,7	0–4
A hepatīts	↓	2,8	5–14
Leptospiroze	↔	0,2	45–64, 25–44
Listerioze	↑	0,4	65+
Salmoneloze	↓	34,3	0–4
Šigeloze	↓	2,1	0–4
Toksoplazmoze	↓	0,8	5–14
Trihineloze	↔	0,2	25–44
Tularēmija	↔	0,3	45–64
Tīfs/Paratīfs	↓	0,2	0–4
CJD paveids	Nepietiekami dati	<0,01	15–24
Jersinoze	↑	2,9	0–14

Slimības nosaukums	Vispārīga 10 gadu tendence	ES paziņojumu rādītājs uz 100 000 iedzīvotājiem (2007. gadā)	Lielākoties skartās vecuma grupas (2007. gadā)
Periodiskās un pārnēsājamas slimības			
Malārija	↔	1	25–44
Mēris	Nepietiekami dati	0	Nav gadījumu
Q drudzis	↓	0,2	15–24, 45–64
Smags akūts respiratorais sindroms (SARS)	Nepietiekami dati	0	Nav gadījumu
Bakas	Nepietiekami dati	0	Nav gadījumu
Vīrusu hemorāģiskie drudži (VHF)	Nepietiekami dati	Nepietiekami dati	Nepietiekami dati
Čikungunja	Nepietiekami dati	<0,01	Nepietiekami dati
Rietumnilas drudzis	Nepietiekami dati	<0,01	> 15
Dzeltenais drudzis	Nepietiekami dati	0	Nav gadījumu
Vakcīnregulējamas slimības			
Difterija	↓	<0,01	45–64, 5–14
Invazīvā <i>Haemophilus influenzae</i> infekcija	↔	0,5	65+, 0–4
Invazīvā meningokoku slimība	↓	1,0	0–4
Invazīvā pneimokoka infekcija	↔	6,3	65+, 0–4
Masalas	↓	0,6	0–4
Cūciņas	↓	4,3	5–14
Garais klepus	↓	4,4	5–14
Poliomielīts	Nepietiekami dati	0	Nav gadījumu
Trakumsērga	Nepietiekami dati	<0,01	Nepietiekami dati
Masaliņas	↓	1,2	0–4
Stingumkrampji	↓	<0,1	65+
Mikrobu rezistence un veselības aprūpē iegūtas infekcijas			
AMR	↑	Nepiemēro	Nav datu
Hospitālās infekcijas	↑	Nepiemēro	Nav datu

14. HIV/AIDS uzraudzība Eiropā 2008. gadā

(Publicēts 2009. gada decembrī)

Būtiskākie jautājumi

HIV infekciju joprojām uzskata par galveno sabiedrības veselības problēmu Eiropā, par ko liecina HIV izplatības palielināšanās atsevišķās Eiropas valstīs. Kopumā, neraugoties uz nepietiekami izsmeļošu ziņojumu iesniegšanu, no jauna diagnosticēto HIV inficēšanās gadījumu skaits 2008. gadā ir palielinājies, bet diagnosticēto AIDS gadījumu skaits PVO Eiropas Reģionā kopumā turpināja samazināties, lai gan austrumu daļā AIDS gadījumu skaits ir palielinājies.

- 2008. gadā diagnosticēja 51 600 HIV infekcijas gadījumus, par kuriem ziņoja 48 no 53 PVO Eiropas reģiona valstīm un Lihtenšteinas (nav pieejami dati par Austriju, Dāniju, Lihtenšteinu, Monako, Krieviju un Turciju). Augstākos rādītājus iesniedza Igaunija, Latvija, Kazahstāna, Moldova, Portugāle, Ukraina un Apvienotā Karaliste.
- 47 valstis ziņoja par 7565 AIDS gadījumiem (nav pieejami dati par Dāniju, Zviedriju, Kazahstānu, Lihtenšteinu, Monako, Krieviju un Turciju).
- 2008. gadā Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas (ES/EEZ) valstis ziņoja par 25 656 no jauna diagnosticētiem HIV infekcijas gadījumiem (nav pieejami dati no Austrijas, Dānijas un Lihtenšteinas). ES/EEZ valstīs par visaugstākajiem rādītājiem ziņoja Igaunija, Latvija, Portugāle un Apvienotā Karaliste.
- ES/EEZ dominējošie HIV inficēšanās ceļi bija dzimumsakari starp vīriešiem, kuriem sekoja heteroseksuāli dzimumkontakti. Aptuveni 40 % visu gadījumu, kad inficēšanās ar HIV ir notikusi heteroseksuālu dzimumkontaktu ceļā, tika diagnosticēti personām, kuru izcelsmes valstīs ir noteikta HIV/AIDS epidēmija.
- Trīs ģeogrāfiskās/epidemioloģiskās zonās dominējošais inficēšanās veids dažādās zonās atšķiras, atspoguļojot HIV epidemioloģijas plašo daudzveidību Eiropā. Austrumos galvenais inficēšanās veids joprojām ir intravenozo narkotiku lietošana, savukārt centrālajā daļā dominējošais HIV inficēšanās ceļš ir dzimumattiecības starp vīriešiem, kam seko heteroseksuāli dzimumkontakti. Rietumu daļā, izslēdzot gadījumus, kuru izcelsmes valstī ir noteikta epidēmija, dominējošais inficēšanās ceļš ir dzimumattiecības starp vīriešiem, kam seko heteroseksuāli dzimumkontakti.
- Pamatojoties uz 43 valstu sniegto informāciju par HIV uzraudzības datiem, kopš 2000. gada no jauna diagnosticēto HIV inficēšanās gadījumu skaits uz miljonu iedzīvotāju vairāk nekā dubultojās no 44 gadījumiem un vienu miljonu 2000. gadā līdz 89 gadījumiem uz vienu miljonu 2008. gadā.
- Starp 46 valstīm, kuras konsekventi ziņo par AIDS datiem laikā no 2000.–2008. gadam, paziņoto AIDS diagnožu skaits ir samazinājies no 12 072 gadījumiem (19/miljonu) līdz 7564 gadījumiem (12/miljonu).
- Šeit sniegtie dati nav pilnīgi nepietiekamās ziņošanas un trūkstošo datu no vairākām valstīm dēļ, kā arī tādēļ, ka datu ziņošana kavējas. Tas rada šķēršļus secinājumiem, kas izdarāmi saistībā ar HIV un AIDS epidēmijas apmēriem un darbības zonu Eiropā. Ja šie dati tiktu izlaboti, kopējais HIV infekciju skaits 2008. gadā visticamāk dubultotos. Turklāt, ir paredzams, ka skaits, kas ziņots par 2008. gadu, turpmākajos gados tiks labots tādēļ, ka dažās valstīs ziņojumi ir novēloti.

Ieteikumi HIV/AIDS uzraudzībai

HIV/AIDS uzraudzības dati ir nepieciešami HIV epidēmijas tendenču kontrolei un sabiedrības veselības aprūpes reakcijas izvērtēšanai. Tādēļ visām Eiropas valstīm ir:

- jāievieš individuāla nacionālā ziņojumu sistēma par HIV un AIDS gadījumiem un jānodrošina tās precīza un savlaicīga darbība;
- jāuzlabo iesniegto datu kvalitāte, jo īpaši saistībā ar inficēšanās ceļiem.

Ieteikumi sabiedrības veselības aprūpei

Iesaistīšanās epidēmijas kontroles pasākumos ir jāpamato ar pierādījumiem un jāpielāgo gan attiecīgajai valstij, gan ģeogrāfiskajai zonai. Ir pamats ieteikt šādus pieejamos uzraudzības datus:

- valstīm austrumu daļā: iesaistīšanās HIV kontrolē intravenozo narkotiku lietotāju vidū, tostarp kaitējuma mazināšanas programmas, ir HIV preventīvo pasākumu pamats. Jānodrošina stingrāki pasākumi, lai

novērstu inficēšanos heteroseksuālu dzimumattiecību ceļā, un tie īpaši ir vērojami pret personām, kuru partneri ietilpst paaugstināta riska grupā;

- valstīm centrālajā daļā: profilakses pasākumi ir jāpielāgo apstākļiem katrā valstī, lai ierobežotu epidēmiju tās esošajā līmenī. Tomēr, tā kā epidēmija starp vīriešiem, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu, aizvien pieaug, iesaistīšanās pasākumi, lai kontrolētu HIV šajā grupā, ir jānostiprina kā prioritāte;
- valstīm rietumu daļā: iesaistīšanās HIV kontrolē to vīriešu vidū, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu, ir HIV profilakses pasākumu pamats, tostarp inovatīvas programmas šai grupai. Iesaistīšanās preventīvajos pasākumos, ārstēšanā un aprūpē ir jāpielāgo iecerotajiem no citām valstīm;
- kopumā ir jāveicina HIV analīžu veikšana, lai nodrošinātu agrīnas diagnosticēšanas un ārstēšanas iespējas, un palīdzību, lai novērstu vai mazinātu tālāku infekcijas izplatību, kā arī, lai uzlabotu personu ilgtermiņa ārstēšanas rezultātus. Ir jānodrošina vienlīdzīga piekļuve HIV ārstēšanai un aprūpei visās iedzīvotāju grupās, lai valstis varētu sasniegt globālo mērķi – universālu pieeju profilaksei, ārstēšanai un aprūpei.

Pielikums: **ECDC 2009. gada publikācijas**

Šajā sarakstā ir iekļautas tikai ECDC oficiālās publikācijas 2009. gadā. Tās visas ir atrodamas centra tīmekļa vietnē (www.ecdc.europa.eu) un daudzas no tām ir pieejamas arī drukātā formātā. Dažas no tām gada laikā ir atjauninātas vai izdotas otrreiz – turpmāk norādītie mēneši attiecas uz jaunāko izdevumu.

Gada laikā ECDC personāls publicēja vai piedalījās daudzu zinātnisku rakstu un citu publikāciju, tostarp *Eurosurveillance*, izstrādē, kas šeit nav norādīti. Centrs arī izstrādāja daudzus nelielus komunikācijas materiālus attiecībā uz gripas pandēmiju, piemēram, riska novērtēšanas un plānošanas pieņemumus. Tie ir pieejami tiešsaistē, bet šeit nav norādīti.

Tehniskie ziņojumi

Maijs

Development of Aedes albopictus risk maps

Jūnijs

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe – 'The ECDC Menu'

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Jūlijs

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

Septembris

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMEA Joint Technical Report)

Novembris

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe

Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (ECDC) norādījumi

Maijs

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

Jūnijs

Chlamydia control in Europe

Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

Augusts

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

Novembris

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

Uzraudzības ziņojumi

Marts

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Jūnijs

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

Oktobris

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

Decembris

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Apspriežu ziņojumi

Marts

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

Aprīlis

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Maijs

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Jūnijs

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009)

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

Augusts

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Oktobris

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

Novembris

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)

Decembris

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases (May 2009)

Tehniskie dokumenti

Jūlijs

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

Septembris

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

Novembris

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Decembris

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

Korporatīvās publikācijas

Ceturkšņa izdevums (marts, jūnijs, septembris, decembris)

ECDC Insight

Executive Science Update

Jūnijs

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

Augusts

Annual Report of the Director: Summary – 2008