



ECDC **CORPORATE**

Streszczenie
kluczowych publikacji
2010

ECDC CORPORATE

Streszczenie kluczowych publikacji 2010



Sugerowany sposób cytowania: Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Streszczenie kluczowych publikacji – 2010. Sztokholm: ECDC; 2011.

Sztokholm, kwiecień 2011 r.

© Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, 2011 r.

Powielanie jest dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Spis treści

Wprowadzenie.....	v
Raporty techniczne	1
1 Ocena ryzyka dotycząca gorączki Q.....	1
2 Nadzór nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C w Europie i zapobieganie tym chorobom	3
Zalecenia ECDC	5
3 Zarządzanie zdrowiem publicznym w odniesieniu do sporadycznych przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej i osób mających kontakt z chorymi	5
4 Badania na obecność wirusa HIV: większy zakres stosowania i efektywność w Unii Europejskiej	7
Raporty z nadzoru.....	11
5 Nadzór nad gruźlicą w Europie w 2008 r.	11
6 Nadzór nad grypą w Europie w latach 2008-2009 – tydzień 40/2008 r. do tygodnia 39/2009 r.	13
7 Nadzór nad inwazyjnymi chorobami bakteryjnymi w Europie w 2007 r.	14
8 Roczny raport epidemiologiczny na temat chorób zaraźliwych w Europie w 2010 r.	17
9 Nadzorowanie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w Europie w 2009 r.	23
10 Nadzór nad HIV/AIDS w Europie w 2009 r.	25
Raporty specjalne	27
11 Wdrażanie Deklaracji dublińskiej w sprawie partnerstwa na rzecz walki z HIV/AIDS w Europie i Azji Środkowej: sprawozdanie z postępu prac za 2010 r.	27
12 Pandemia A(H1N1) w Europie w 2009 r. - przegląd doświadczeń.....	30
13 Dążenie do wyeliminowania zachorowań na gruźlicę – działania następcze dotyczące ramowego planu działania na rzecz zwalczania gruźlicy w Unii Europejskiej	33
Załącznik: Publikacje ECDC w 2010 r.	35
Raporty techniczne.....	35
Zalecenia ECDC.....	35
Raporty z nadzoru.....	35
Raporty specjalne.....	36
Raporty ze spotkań.....	36
Raporty z misji.....	36
Dokumenty techniczne.....	36
Publikacje zbiorowe	37
Publikacje regularne	37

Wprowadzenie

W 2010 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) opublikowało w sumie 35 dokumentów naukowych. Do najistotniejszych z nich należą:

- *„Roczny raport epidemiologiczny na temat chorób zakaźnych w Europie 2010”*, czwarte wydanie rocznej publikacji ECDC zawierające szczegółowe zestawienie danych z nadzoru z 2008 r.;
- *„Raport monitoringowy zakażeń gruźlicą w Europie za 2008 r.”* i *„Raport monitoringowy zakażeń HIV/AIDS w Europie za 2009 r.”* – oba opracowano wspólnie z Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy i dotyczą one danych z nadzoru dotyczących warunków zarówno w krajach Unii Europejskiej (UE) i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), jak i w dalszych 23 krajach rejonu Biura Regionalnego WHO dla Europy;
- *„Wdrażanie Deklaracji dublińskiej w sprawie partnerstwa na rzecz walki z HIV/AIDS w Europie i Azji Środkowej”: sprawozdanie z postępu prac za 2010 r.*, przegląd postępów dokonanych do 2010 r. w oparciu o dane pochodzące z 49 krajów.
- Nadzorowanie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w Europie w 2009 r. Roczny raport europejskiego systemu nadzorowania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe (EARS-Net), pierwszy roczny raport EARS-Net po przeniesieniu EARSS do ECDC w dniu 1 stycznia 2010 r., zapewniający europejskie dane referencyjne na temat oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe dla celów zdrowia publicznego.
- *„Pandemia A(H1N1) w Europie w 2009 r., przegląd doświadczeń”*, szeroki przegląd epidemiologii i wirologii pandemii z 2009 r. w krajach UE i EOG.

W celu udostępnienia decydom treści wybranych dokumentów wydanych przez ECDC, np. tych wymienionych powyżej, przygotowano kompilacje zawierające ich streszczenia we wszystkich językach UE oraz w języku islandzkim i norweskim. Streszczenia te oddają ducha oryginalnych publikacji, choć istnieje możliwość, że w procesie dokonywania skrótów zostały zagubione niektóre istotne niuanse. Czytelnicy pragnący uzyskać bardziej szczegółowy wgląd w omawiane tematy powinni zapoznać się z pełnymi tekstami dokumentów, które dostępne są w Internecie pod adresem: www.ecdc.europa.eu.

Wykaz wszystkich publikacji wydanych przez ECDC w 2010 r. znajduje się w załączniku. Każda z nich jest dostępna w postaci elektronicznej pod podanym wyżej adresem, wraz z krótkim opisem treści. Wybrane raporty dostępne są również w postaci drukowanej. Aby otrzymać papierowy egzemplarz danego dokumentu, prosimy o kontakt pod adresem publications@ecdc.europa.eu.

Raporty techniczne

1 Ocena ryzyka dotycząca gorączki Q

(Opublikowano w maju 2010 r.)

Ocenę ryzyka przeprowadzono na wniosek Komisji Europejskiej, aby ocenić kwestie związane z gorączką Q i jej przeniesieniem przez krew, skutki zdrowotne przewlekłej gorączki Q i zagrożenia dla kobiet w ciąży. W odniesieniu do istniejącego ogniska choroby w Holandii ECDC poproszono również o zajęcie się kwestią transgranicznego rozprzestrzeniania się choroby i potrzebą lepszych systemów nadzoru. Ocenę ryzyka przeprowadzono zgodnie z zasadami metodyki opartej na dowodach poprzez zdefiniowanie wyszukiwanych haseł dla każdego pytania, kryteriów włączenia i wykluczenia zidentyfikowanych badań oraz ocenienie jakości dowodów. Przegląd najlepszych dostępnych dowodów został przedstawiony i omówiony na panelu ekspertów z udziałem przedstawicieli z Holandii, Francji, Niemiec, Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych. Prace podjęto równocześnie i w sposób skoordynowany z oceną ryzyka dotyczącą gorączki Q przeprowadzaną przez Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności.

Ostra gorączka Q jest zazwyczaj łagodną, samoograniczającą się chorobą przypominającą grypę, ale czasami występuje z zapaleniem płuc, zapaleniem wątroby i innymi objawami. Zazwyczaj może być skutecznie leczona poprzez dwutygodniową kurację doksycyliną.

Coxiella burnetii jest bezwzględnie bakteria wewnątrzkomórkowa, która może być przenoszona przez **krew i tkanki**. Ryzyko takiego przeniesienia jest niskie - w literaturze udokumentowany jest tylko jeden przypadek. Podczas wystąpienia choroby należy określić obszar endemicznego występowania i rozważyć podjęcie środków ostrożności, takich jak: aktywne nadzorowanie biorców krwi i tkanek, badania przesiewowe dawców, badania przesiewowe produktów z krwi i z tkanek. W przypadku podróżnych powracających z danego obszaru w trakcie okresu inkubacji przy bezobjawowej bakteriemii (pięć do siedmiu tygodni) można rozważyć wstrzymanie się od oddawania krwi do końca tego okresu. Leczenie antybiotykiem można rozważyć w przypadku biorców krwi z grup szczególnie wysokiego ryzyka, takich jak pacjenci z wadami zastawek serca. Dawcy z ostrym zakażeniem gorączką Q powinni wstrzymać się z oddawaniem krwi na dwa lata od daty potwierdzonego wyleczenia z tego ostrego zakażenia. Korzyści wynikające z wdrożenia takich środków należy dokładnie rozważyć w stosunku do negatywnych skutków, jakie mogą wywołać w zaopatrzeniu w krew na danym obszarze. Należy opracować strategię komunikacji ryzyka.

Przewlekła gorączka Q jest poważnym powikłaniem ostrego zakażenia gorączką Q, które rozwija się w około 2% przypadków o objawach ostrych, a współczynnik umieralności może wahać się od 5% do 50%. Przewlekła gorączka Q powoduje zapalenie wsierdza w takich grupach ryzyka, jak osoby z wcześniejszym schorzeniem zastawek serca, ze sztuczną zastawką serca lub przeszczepem naczyniowym. Do grup podwyższonego ryzyka należą również pacjenci z nowotworami lub osoby mające obniżoną odporność. Przewlekła gorączka Q musi być leczona co najmniej przez jeden rok, a w niektórych przypadkach przez całe życie, przy pomocy więcej niż jednego antybiotyku. Konieczna może być chirurgiczna wymiana uszkodzonych zastawek serca.

Skuteczne wykrywanie i leczenie ostrej gorączki Q jest najlepszą strategią unikania przypadków przewlekłych. Opisano trzy możliwe strategie: 1) poszerzanie wiedzy pracowników opieki zdrowotnej i społeczeństwa, aby zająć się grupami ryzyka; 2) aktywne działania następcze związane z badaniami serologicznymi znanych grup ryzyka, aby wcześniej wykryć i leczyć ostre zakażenia gorączką Q; lub 3) kierowanie wszystkich pacjentów ze zdiagnozowaną ostrą gorączką Q na echokardiografię w celu aktywnego wykrycia i późniejszego leczenia przypadków tej choroby.

Istnieje potrzeba rozpoczęcia dobrych perspektywicznych badań kohortowych i badań kontrolowanych (gdy są etycznie wykonalne), aby uzyskać bardziej wiarygodne dowody dotyczące sposobów zapobiegania ogniskom gorączki Q w obszarze publicznej opieki zdrowotnej i hamowania ich, a także dotyczące sposobów diagnozowania i leczenia ostrych i przewlekłych przypadków tej choroby na szczeblu klinicznym.

Dowody dotyczące **gorączki Q w trakcie ciąży** są bardzo ograniczone i pochodzą głównie z obserwacji i badań zwierząt domowych i doświadczalnych, badań prevalencji serologicznej, historii choroby i jednej serii przypadków obejmującej 53 ciężarne kobiety w okresie 15 lat. Ryzyka poważnych skutków gorączki Q dla ciężarnych kobiet w porównaniu z ryzykiem dla ogółu (żeńskie) populacji nie można określić ilościowo w oparciu o obecnie dostępne dowody. Zgłoszono kilka przypadków infekcji *Coxiella burnetii* w trakcie ciąży, których skutkiem były niekorzystne wyniki ciąży. W niektórych przypadkach *Coxiella burnetii* znaleziono w łożysku i tkankach płodu. *Coxiella* zidentyfikowano również w mleku matki, ale nie potwierdzono przypadku przeniesienia zakażenia na dziecko karmione piersią.

Istnieją pewne oznaki, że długotrwałe leczenie antybiotykami przy pomocy kotrimoksazolu może potencjalnie zapobiec poważnym skutkom dla ciąży, ale dowody te oparte są na serii przypadków bez randomizacji i bez kontroli potencjalnych błędów. Dopóki nie będą dostępne dalsze dowody pochodzące z wysokiej jakości badań nad

leczeniem, kobiety w ciąży ze zdiagnozowanym zakażeniem gorączką Q należy leczyć antybiotykami przez pozostały okres ciąży. Jednakże podstawa naukowa tego zalecenia jest słaba, a ECDC zdecydowanie zaleca przeprowadzenie randomizowanych badań kontrolowanych w celu uzyskania bardziej wiarygodnych danych.

Kobietom w ciąży należy odradzać odwiedzanie gospodarstw rolnych w obszarach dotkniętych gorączką Q. ECDC nie odradza karmienia piersią z wyjątkiem przypadków przewlekłej choroby, które wymagają długotrwałego leczenia matki.

Szczepionka przeciwko gorączce Q w postaci inaktywowanych formaliną całych komórek jest produkowana i objęta licencją w Australii. Szczepionka jest skuteczna, ale z powodu wysokiej reaktogenności u osób, które wcześniej były zarażone *Coxiella burnetii*, konieczne jest badanie przed szczepieniem, co powoduje, że szczepionka jest bardziej odpowiednia do stosowania w określonych grupach ryzyka niż do szczepienia powszechnego.

Dostępne dowody wskazują na to, że w przypadku *Coxiella burnetii* faktyczny zasięg **rozprzestrzeniania się przez powietrze** wynosi mniej niż 5 km. Dlatego też ryzyko rozprzestrzenienia się przez powietrze z Holandii jest ograniczone do krajów sąsiadujących (tj. Niemiec i Belgii) i do obszarów położonych w pobliżu źródeł ognisk choroby. Jako wykonalną i skuteczną metodę wykrywania ostrych zakażeń zgłasza się aktywny nadzór lub wyszukiwanie przypadków ostrej gorączki Q w możliwych grupach ryzyka (tj. u ciężarnych kobiet, pacjentów z chorobami zastawek serca lub naczyniowymi) na poziomie lokalnym i w zdefiniowanym okresie. W obszarach graniczących z terenem występowania epidemii (≤ 5 km od źródła) należy rozpocząć kampanie poszerzania wiedzy wśród dostawców usług opieki zdrowotnej. Jeżeli teren ten dotyka również innych państw członkowskich, odpowiedzialne organy służby zdrowia publicznego muszą poinformować swoje transgraniczne odpowiedniki. Wymiana informacji między organami służby zdrowia publicznego i organami weterynaryjnymi ułatwiłaby wczesne rozpoznanie ogniska choroby. Ponadto organy służby zdrowia i weterynaryjne na szczeblu krajowym i lokalnym powinny przedsięwziąć niezbędne działania mające na celu powstrzymanie choroby.

2 Nadzór nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C w Europie i zapobieganie tym chorobom

(Opublikowano w październiku 2010 r.)

Zakres

Badanie to przeprowadzono w celu opracowania mapy istniejących krajowych systemów nadzoru i programów zapobiegania w odniesieniu do wirusowego zapalenia wątroby typu B i C w krajach UE i EOG.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Nadzór w Europie

Wszystkie kraje zgłosiły, że utrzymują pasywny system obowiązkowego zgłaszania wirusowego zapalenia wątroby typu B. W 15 krajach istniał tylko jeden określony system nadzoru, podczas gdy cztery kraje posiadały wiele systemów nadzoru. Krajowe cele nadzoru są bardzo podobne w różnych krajach, ale definicje przypadku nie zawsze były zgodne z tymi celami; osiem krajów zasygnalizowało wprowadzenie definicji przypadku EU-2008, a trzy stosowały definicję przypadku EU-2002. Ogółem 21 krajów stosowało definicję przypadku bardzo podobną do definicji unijnej. W oparciu o różne definicje przypadku 28 krajów zgłasza potwierdzone przypadki, a 27 uwzględnia ostre przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu B. Przypadki przewlekłe uwzględnia się w sprawozdaniach 17 krajów; przypadki bezobjawowe są często pomijane. Dwadzieścia sześć krajów zgłosiło gromadzenie danych opartych na przypadkach na poziomie krajowym, ale częstotliwość analizy różni się w zależności od danego kraju. Podstawowy zestaw danych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, data początku choroby, data zgłoszenia) gromadzony jest w 26 krajach, ale często brakuje szczegółowych danych o ryzyku epidemiologicznym i wpływie choroby.

Epidemiologia w Europie

Liczba nowo zgłoszonych przypadków na 100 000 mieszkańców w 2007 r., według danych zgłoszonych przez 27 krajów, wynosi od 0 do 15,0, przy czym średnia wynosi 1,5 przypadku (Roczny raport epidemiologiczny na temat chorób zakaźnych w Europie 2009. Sztokholm: ECDC; 2009). W okresie od 1995 do 2007 r. liczba zgłoszonych przypadków zakażenia HBV w krajach UE/EOG na 100 000 mieszkańców zmniejszyła się z 6,7 do 1,5 przypadku. Śledzenie tendencji i przeprowadzanie porównań między krajami może być trudne, ponieważ systemy nadzoru znacznie się różnią, a ostatnie zmiany mogą mieć wpływ na prezentowane dane.

Częstość występowania zakażenia HBV wśród ogółu ludności znacznie się różni w zależności od kraju, przy czym wskaźniki nosicielstwa HBsAg niskie do średnich występują na Słowacji (1,6%), we Włoszech (1%), w Belgii i Francji (około 0,6%), w Finlandii, na Węgrzech i w Wielkiej Brytanii (wszędzie poniżej 0,5%) oraz w Bułgarii (3,8%). Badania przesiewowe na obecność HBV u ciężarnych kobiet przeprowadza się w 24 krajach, ale nie w Belgii, Bułgarii, na Litwie, w Luksemburgu i Rumunii. Częstość występowania wśród ciężarnych kobiet waha się od 1,15% w Grecji do 0,14% w Finlandii. Istnieją także programy badań przesiewowych dotyczące osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (15 spośród 29 krajów), więźniów (11 krajów), pacjentów poradni zajmujących się zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (dziewięć krajów) i osób posiadających wielu partnerów seksualnych (dwa kraje). W przypadku osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji częstość występowania HBV zgłoszona przez osiem krajów jest wyższa niż wśród ogółu ludności. Częstość występowania HBV u osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji znacznie się różni – od 0,5% w Norwegii do 50% w Danii. Częstość występowania wśród pracowników opieki zdrowotnej w Danii i w Niemczech okazała się podobna do częstości występowania wśród ogółu ludności.

Badania przesiewowe i szczepienia

Programy powszechnego szczepienia niemowląt, dzieci lub młodzieży wprowadzono w 22 krajach. Siedem krajów (Dania, Finlandia, Islandia, Norwegia, Szwecja, Holandia i Wielka Brytania) wdrożyło programy szczepienia selektywnego ukierunkowane na grupy ryzyka. Dodatkowe programy profilaktyki dla różnych grup ryzyka zazwyczaj skierowane były do osób bardziej zagrożonych zakażeniem HBV wskutek narażenia zawodowego. Oprócz tego istnieje wiele różnych programów szczepień dla grup ryzyka. Tylko połowa krajów posiadających rutynowy program szczepienia zgłosiła heterogeniczne wskaźniki objęcia ludności szczepieniami, ale wskaźnik objęcia szczepieniami niemowląt (w wieku od roku do dwóch lat) wydaje się przekraczać 95% (z wyjątkiem Austrii, Malty i Francji).

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Nadzór w Europie

Wszystkie kraje UE/EOG zasygnalizowały, że wprowadziły system zgłaszania przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C (system krajowy lub ukierunkowany na określoną grupę ludności). W 14 krajach istniał jeden określony system nadzoru, ale 15 krajów zgłosiło stosowanie wielu systemów nadzoru w celu monitorowania wirusowego zapalenia wątroby typu C. Krajowe cele nadzoru są bardzo podobne w różnych krajach, ale wydaje się,

że definicje przypadku nie zawsze były zgodne z tymi celami. Jedenaście krajów zasygnalizowało wprowadzenie definicji przypadku EU-2008, a cztery kraje stosują definicję przypadku EU-2002. Mimo tego istnieje znaczne zróżnicowanie pod względem wprowadzenia definicji przypadku w państwach członkowskich, szczególnie w odniesieniu do klasyfikacji przypadków. Wszystkie kraje w swoich systemach nadzoru¹ uwzględniają potwierdzone ostre przypadki, a 18 krajów uwzględnia również przypadki przewlekłe. Niektóre kraje zgłosiły, że gromadzą mieszane dane dotyczące przypadków i że nie mają dostępnych parametrów serologicznych pozwalających odróżnić ostre i przewlekłe przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu C. To utrudnia interpretację danych dostępnych w różnych krajach. Dwadzieścia sześć krajów zgłosiło gromadzenie danych opartych na przypadkach na poziomie krajowym, ale częstotliwość analizy różni się w zależności od danego kraju. Oprócz sprawozdań klinicznych 19 krajów w ramach swoich systemów nadzoru gromadzi dane z laboratoriów; 10 krajów nie uwzględnia sprawozdań laboratoryjnych. Podstawowy zestaw danych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, data początku choroby, data zgłoszenia) gromadzony jest w 26 krajach, ale często brakuje danych o ryzyku epidemiologicznym i wpływie choroby. Powszechne wydaje się zgłaszanie zaniżonej liczby przypadków wynikające z bezobjawowego charakteru tej choroby.

Epidemiologia w Europie

Liczba nowo zgłoszonych przypadków na 100 000 mieszkańców w 2007 r., według danych zgłoszonych przez 27 krajów, wynosi od 0 do 36, przy czym średni współczynnik zachorowalności to 6,9 przypadków na 100 000 mieszkańców (Roczny raport epidemiologiczny, ECDC 2009). W okresie do 1995 do 2007 r. liczba zgłoszonych przypadków zakażenia HCV w krajach UE/EOG na 100 000 mieszkańców wzrosła z 4,5 do 6,9 przypadku. Wykreślanie tendencji i porównywanie danych pomiędzy krajami jest trudne i musi być przeprowadzane ostrożnie, ponieważ systemy nadzoru znacznie się różnią, a ostatnie zmiany mogą mieć wpływ na prezentowane dane. W odniesieniu do HCV interpretację dodatkowo utrudnia bezobjawowy charakter zakażenia, więc zgłoszone dane liczbowe mogą odzwierciedlać raczej praktyki w zakresie badania niż faktyczną zachorowalność. Spowodowane jest to także brakiem możliwości przeprowadzenia rozróżnienia pomiędzy chorobą ostrą i przewlekłą.

Dane o częstości występowania zakażenia HCV w odniesieniu do ogółu ludności są dość skąpe; częstość występowania wynosi od 2,6% we Włoszech w 2007 r. do 0,12% w Belgii w 2003 r. Stosunkowo wysoki współczynnik chorobowości zgłosiły Bułgaria (1,2%) i Słowacja (1,56%). Jedenaście państw członkowskich zgłosiło współczynnik chorobowości wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji na poziomie od 25% do 75%. W latach 2006-2007 Włochy zgłosiły najniższą chorobowość (10,8%-25,6%), a Norwegia najwyższą (70%). Dane dotyczące częstości występowania zakażenia HCV oparte są na parametrach serologicznych dla wirusowego zapalenia wątroby typu C, ale nie wskazują one, którą część populacji stanowią nosiciele, a zatem osoby zakażające tym wirusem.

Zapobieganie w Europie

Połowa krajów wskazała, że wdrożyły programy badań przesiewowych w odniesieniu do grup ryzyka: 16 krajów posiada programy dla osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, a 11 dla więźniów. Nadal niejasne jest, czy wiele krajów wdrożyło programy mające na celu monitorowanie zakażeń wśród pracowników opieki zdrowotnej. Wydaje się, że potrzebna jest większa liczba programów badań przesiewowych dotyczących grup ryzyka, populacji, do których trudno dotrzeć, oraz ogółu ludności, lecz przed wdrożeniem jakichkolwiek środków należy przeprowadzić drobiazgowo badanie w oparciu o analizę kosztów i wyników oraz dostępność skutecznego leczenia.

Wnioski

W raporcie tym zgromadzono i przeanalizowano dane z 29 krajów UE/EOG dotyczące programów nadzoru nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C i zapobiegania tym chorobom. Chociaż wszystkie kraje posiadają systemy gromadzenia danych na poziomie krajowym, to systemy te różnią się pod względem sposobu stosowania definicji przypadku i korzystania ze zgromadzonych danych.

Jako że wirusowe zapalenie wątroby jest chorobą częstą i częste też jest zgłaszanie zaniżonej liczby przypadków, celem tego raportu jest podsumowanie najnowszych dostępnych danych dotyczących chorobowości na poziomie UE. W nadchodzących kilku latach poważnym wyzwaniem będzie harmonizacja danych z nadzoru w celu poprawienia porównywalności danych między krajami.

¹ We Francji ostre potwierdzone przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu C badano wyłącznie w 2006 i 2007 r. i w odniesieniu do określonych populacji, np. mężczyzn zakażonych wirusem HIV utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami.

Zalecenia ECDC

3 Zarządzanie zdrowiem publicznym w odniesieniu do sporadycznych przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej i osób mających kontakt z chorymi

(Opublikowano w październiku 2010 r.)

Neisseria meningitidis jest powszechnie występującą bakterią komensalną błony śluzowej ludzkiego gardła. Organizm ten może wywoływać poważną inwazyjną chorobę meningokokową, zazwyczaj objawiającą się zapaleniem opon mózgowych, posocznicą lub oboma tymi reakcjami. Niestety zarządzanie zdrowiem publicznym w odniesieniu do sporadycznych przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej jest znacznie zróżnicowane w Europie. Może to częściowo wynikać z niepewności co do efektywności środków zapobiegawczych.

Celem tego dokumentu jest zapewnienie opartych na dowodach zaleceń dotyczących dobrych praktyk w zakresie zarządzania zdrowiem publicznym w odniesieniu do sporadycznych przypadków choroby meningokokowej i osób mających kontakt z chorymi. Jego dodatkowym celem jest zapewnienie krajom w całej Europie pomocy w podejmowaniu decyzji dotyczących odpowiednich środków kontroli choroby meningokokowej na szczeblu krajowym lub niższym niż krajowy oraz zapobiegania tej chorobie. Wytyczne te powinny pomóc państwu europejskim w dokonaniu przeglądu ich polityki w zakresie zarządzania zdrowiem publicznym i w zakresie mikrobiologicznej diagnostyki choroby meningokokowej. Chociaż wyniki przedstawione w tym dokumencie nie uwzględniają zaleceń dotyczących zarządzania pracownikami opieki zdrowotnej narażonymi na tę chorobę ani lokalnymi ogniskami tej choroby, to obejmują następujące istotne obszary:

- badania laboratoryjne potwierdzające diagnozę inwazyjnej choroby meningokokowej;
- stosowanie antybiotyków po zakończeniu hospitalizacji;
- chemioprophylaktykę u osób pozostających w bliskim kontakcie z chorym z uwzględnieniem różnych okoliczności;
- wybór antybiotyku na potrzeby chemioprophylaktyki dla różnych grup (dorośli, dzieci, ciężarne kobiety);
- stosowanie szczepionki meningokokowej oprócz chemioprophylaktyki.

Poza jakością dowodów naukowych we wnioskach wzięto pod uwagę potencjalne korzyści i szkody, wartości, obciążenia i koszty.

Wyniki

Wnioski oparte są na systematycznym przeglądzie i krytycznej ocenie aktualnych, najlepszych dostępnych dowodów. Bardziej wyczerpujący przegląd można znaleźć w zasadniczej części dokumentu.

1. Jakie badania laboratoryjne są zalecane w celu dokonania dokładnej (czułej, szczegółowej) i szybkiej diagnozy inwazyjnej choroby meningokokowej?

Pytanie badawcze: Jakie są najczulsze i najbardziej szczegółowe badania laboratoryjne potwierdzające diagnozę inwazyjnej choroby meningokokowej?

- W oparciu o dowody o umiarkowanej jakości preferowanymi badaniami diagnostycznymi powinny być badania reakcji łańcuchowej polimerazy (ang. polymerase chain reaction, PCR) i posiew. Jeżeli jest to wykonalne logistycznie i ekonomicznie, laboratoria mikrobiologiczne, które podejmują się diagnostyki choroby meningokokowej, powinny mieć dostęp do badań PCR. W przypadkach gdy leczenie środkami przeciwdrobnoustrojowymi już się rozpoczęło, badanie PCR próbek pochodzących z biopsji skóry lub aspiratu jako uzupełnienie badania krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego może – jak wynika z dowodów o niskiej jakości – zwiększyć czułość diagnostyki u pacjentów ze zmianami skórnymi.

2. Czy antybiotyki, poza tymi stosowanymi w leczeniu klinicznym, powinny być podawane w przypadku inwazyjnej choroby meningokokowej po zakończeniu hospitalizacji?

Pytanie badawcze: Czy – w porównaniu z niestosowaniem antybiotyków po zakończeniu hospitalizacji – podawanie antybiotyków jest skuteczne w zwalczaniu nosicielstwa u chorego na inwazyjną chorobę meningokokową w celu zapobieżenia wtórnym przypadkom zakażenia po zakończeniu hospitalizacji?

- Jakość dowodów za podawaniem antybiotyków choremu na inwazyjną chorobę meningokokową po zakończeniu hospitalizacji lub przeciw ich podawaniu jest bardzo niska. Jednakże ze względu na umiarkowaną jakość dowodów potwierdzających skuteczność chemioprophylaktyki stosowanej u osób pozostających w bliskim kontakcie z chorym, a także biorąc pod uwagę stosunkowo niski koszt takiej

interwencji, antybiotyki zwalczające nosicielstwo należy podawać, jeżeli nie zostały już zastosowane w leczeniu.

3. Czy należy stosować chemioprophylaktykę u osób, które współdzielią gospodarstwo domowe lub mają równoważny poziom kontaktu z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową?

Pytanie badawcze: Jaka jest skuteczność chemioprophylaktyki u osób, które w gospodarstwie domowym mają kontakt z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową, pod względem zapobiegania dalszym przypadkom zakażenia wśród tych osób?

- W oparciu o dowody o umiarkowanej jakości pochodzące z badań obserwacyjnych osobom mającym w gospodarstwie domowym kontakt z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową należy zaoferować chemioprophylaktykę wraz ze schematem antybiotykoterapii, który zwalcza nosicielstwo.

4. Czy należy stosować chemioprophylaktykę u dzieci lub uczniów, które uczęszczają do tego samego przedszkola, szkoły lub uczelni, co chory na inwazyjną chorobę meningokokową?

Pytanie badawcze: Jaka jest skuteczność chemioprophylaktyki u osób, które w warunkach przedszkola, szkoły lub uczelni mają kontakt z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową, pod względem zapobiegania dalszym przypadkom zakażenia?

- W oparciu o dowody o niskiej jakości osobom uczęszczającym do tego samego przedszkola, co chory na inwazyjną chorobę meningokokową, należy zapewnić chemioprophylaktykę w zależności od oceny ryzyka. Uczęszczanie do tej samej szkoły/uczelni co chory na inwazyjną chorobę meningokokową samo w sobie nie powinno stanowić wskazania do chemioprophylaktyki.

5. Czy należy stosować chemioprophylaktykę u osób, które napiły się z tych samych naczyń, co chory na inwazyjną chorobę meningokokową?

Pytanie badawcze: Jaka jest skuteczność chemioprophylaktyki u osób, które napiły się z tych samych naczyń (lub miały podobne kontakty, np. paliły tego samego papierosa, korzystały z tych samych sztućców), co chory na inwazyjną chorobę meningokokową, pod względem zapobiegania dalszym przypadkom zakażenia wśród tych osób?

- W oparciu o dowody niskiej jakości współdzielenie naczyń, papierosów lub podobne kontakty z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową same w sobie nie powinno stanowić wskazania do chemioprophylaktyki.

6. Czy należy stosować chemioprophylaktykę u osób, które współdzielią środek transportu (np. samolot, łódź, autobus lub samochód) z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową?

Pytanie badawcze: Jaka jest skuteczność chemioprophylaktyki u osób, które współdzielią środek transportu z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową, pod względem zapobiegania dalszym przypadkom zakażenia wśród tych osób?

- Aktualnie dostępne dowody są bardzo niskiej jakości. W oparciu o te dowody ryzyka przeniesienia zakażenia w różnych środkach transportu nie można określić ilościowo. W tych warunkach nie potwierdzono żadnych dalszych przypadków. Dlatego też współdzielenie środka transportu z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową samo w sobie nie powinno stanowić wskazania do chemioprophylaktyki.

7. Które schematy antybiotykoterapii należy zalecić w przypadku chemioprophylaktyki u osób dorosłych, dzieci i kobiet w ciąży?

Pytanie badawcze: Które schematy antybiotykoterapii są najskuteczniejsze w zwalczaniu nosicielstwa wśród dorosłych, dzieci i kobiet w ciąży?

- W oparciu o dowody o jakości średniej do wysokiej do profilaktyki wśród osób dorosłych i dzieci można zastosować ryfampicynę, cyprofloksacynę, ceftriakson, azytromycynę i cefiksym. Żaden schemat nie wydaje się lepszy, ale cyprofloksacynę, azytromycynę i ceftriakson można podawać w pojedynczej dawce. Zgłoszono zwiększenie oporności po zastosowaniu ryfampicyny.

8. Czy osobom mającym kontakt z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową należy również zaoferować szczepionkę meningokokową, w stosownych przypadkach?

Pytanie badawcze: Jaka jest skuteczność szczepionki, oprócz chemioprophylaktyki, u osób, które w gospodarstwie domowym mają kontakt z chorym na inwazyjną chorobę meningokokową, pod względem zapobiegania dalszym przypadkom zakażenia wśród tych osób?

- Jakość aktualnie dostępnych dowodów jest bardzo niska, a poniższe wnioski oparte są na dowodach pośrednich. Gdy choroba meningokokowa wywołana jest szczepem, któremu może zapobiec dostępna dopuszczona do obrotu szczepionka, osobom, które w gospodarstwie domowym mają kontakt z chorym, należy zaoferować szczepienie oprócz chemioprophylaktyki, chyba że dany szczep uznaje się już za odporny.

4 Badania na obecność wirusa HIV: większy zakres stosowania i efektywność w Unii Europejskiej

(Opublikowano w październiku 2010 r.)

Zakres i cel tych zaleceń

Te zalecenia oparte na dowodach mają na celu dostarczenie informacji na temat opracowywania, monitorowania i oceny krajowych strategii lub programów badania na obecność wirusa HIV w krajach Unii Europejskiej (UE) i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG).

Dlaczego badanie na obecność wirusa HIV jest ważne?

W całej Europie wciąż rośnie liczba osób zarażonych wirusem HIV, a w wielu krajach opisano problem późnego diagnozowania tego zakażenia. Istnieją poważne dowody na to, że wcześniejsze leczenie zmniejsza zachorowalność i umieralność, ale wiele osób zarażonych wirusem HIV pozostaje niezdiagnozowanych do późnego etapu zakażenia. Jako że zakażenie wirusem HIV może nie powodować żadnych objawów przez wiele lat, badanie jest jedynym sposobem uzyskania wczesnej diagnozy, umożliwiając wczesne skierowanie na leczenie i opiekę. W przypadku osób wcześniej zdiagnozowanych może istnieć mniejsze prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia na inne osoby - ze względu zarówno na niższą zakaźność w czasie leczenia, jak i na zmiany w zachowaniach seksualnych i związanych z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji. Przenieszeniu zakażenia z matki na dziecko można skutecznie zapobiegać poprzez badanie na obecność wirusa HIV i leczenie ciężarnych kobiet. Dlatego też wczesne diagnozowanie zakażenia wirusem HIV przynosi ogromne korzyści zarówno danej osobie, jak i społeczeństwu, oraz stanowi krytyczny priorytet w zakresie zdrowia publicznego.

Najważniejsze zasady krajowych strategii badania na obecność wirusa HIV

Badanie na obecność wirusa HIV powinno być dobrowolne, poufne i przeprowadzane po wyrażeniu świadomej zgody

Każdy powinien mieć łatwy dostęp do dobrowolnego badania. Należy podjąć szczególne starania, aby zapewnić ten dostęp grupom najbardziej zagrożonym zakażeniem wirusem HIV i podatnym na niego. Do grup tych należą osoby, które są ukryte lub zmarginalizowane w społeczeństwie. Do korzystania z dostępu do badania należy zachęcać te osoby bez przymusu czy naruszenia poufności.

Zapewnienie dostępu do usług w zakresie leczenia, opieki i profilaktyki

Największą korzyścią wynikającą z badania na obecność wirusa HIV jest dostęp do leczenia. Zapewnienie powszechnego dostępu do usług w zakresie leczenia, opieki, profilaktyki i wsparcia, przy wyraźnych ścieżkach kierowania pacjenta, musi stanowić „kamień węgielny” krajowych strategii badania na obecność wirusa HIV.

Okazywanie zaangażowania politycznego

Do osiągnięcia skutku potrzebne będzie priorytetowe traktowanie przez rząd programu badania na obecność wirusa HIV. Będzie to wymagało wsparcia w postaci inwestycji finansowych wraz z monitorowaniem zapewniającym opłacalne wykorzystywanie środków.

Ograniczenie stygmatyzacji

Przeszkodę w badaniu stanowi stygmatyzacja wciąż związana z HIV, szczególnie w społecznościach, które same są stygmatyzowane, i wśród pracowników opieki zdrowotnej. „Normalizacja” badania, np. upodobnienie tej procedury do innych badań przesiewowych i diagnostycznych, może pomóc w przeciwdziałaniu temu zjawisku, chociaż badanie musi pozostać dobrowolne.

Usunięcie barier prawnych i finansowych

W strategiach badania należy znaleźć sposoby przezwyciężenia prawnych i finansowych czynników zniechęcających do badania. Bariery te mogą obejmować politykę postępowania karnego za przenoszenie wirusa HIV i wymóg płacenia za leczenie, gdy nie leży ono w zasięgu możliwości finansowych. Należy rozważyć antydyskryminacyjne przepisy i politykę zapobiegającą obowiązkowemu badaniu jakichkolwiek grup w jakichkolwiek okolicznościach z wyjątkiem obowiązkowego badania w przypadku oddawania krwi i tkanek.

Uczynienie dostępu do badania na obecność wirusa HIV integralną częścią strategii krajowych

Wszelkie strategie krajowe, których celem jest zapobieganie zakażeniom HIV, innym zakażeniom przenoszonym drogą płciową, wirusowemu zapaleniu wątroby, gruźlicy i innym chorobom wskazującym na zakażenie wirusem HIV oraz ich leczenie, muszą obejmować badanie na obecność wirusa HIV jako element kluczowy, przy odpowiednim określeniu grup docelowych. Możliwości zwiększenia dostępu do dobrowolnego, poufnego badania na obecność wirusa HIV i stopnia korzystania z tego badania również należy określić w innych właściwych strategiach krajowych, takich jak dotyczące ciężarnych kobiet, przyjmowania narkotyków, świadczenia usług seksualnych lub opieki zdrowotnej w zakładach karnych.

Opracowanie i wdrożenie strategii badania na obecność wirusa HIV przy udziale zainteresowanych stron

Aby wyjaśnić, jakie wyniki należy uzyskać i co trzeba traktować priorytetowo, należy na poziomie krajowym i lokalnym wykorzystywać dostępne informacje na temat HIV i powiązanych zagadnień. Kwestie te należy ująć w zestawie strategicznych celów i założeń, aby wszystkie osoby zaangażowane lub dotknięte problemem HIV miały wspólne zrozumienie. Opracowanie strategii wymaga udziału wszystkich głównych zainteresowanych stron w celu stworzenia przymierza na rzecz wspólnych celów, w tym osób żyjących z HIV, przedstawicieli społeczności najbardziej dotkniętych HIV, społeczeństwa obywatelskiego, agencji zajmujących się profilaktyką, specjalistów w dziedzinie badania na obecność wirusa HIV, a także innych osób odgrywających rolę we wdrażaniu strategii.

Opracowywanie krajowej strategii badania na obecność wirusa HIV

Kogo badać?

Należy poznać sytuację epidemiologiczną i zidentyfikować grupy najbardziej zagrożone HIV. Efektywne krajowe podejście do badania na obecność wirusa HIV będzie zależało od posiadania wiedzy na temat epidemii na poziomie lokalnym i krajowym. Celem programów badania powinno być dotarcie do osób zagrożonych zakażeniem i priorytetowe traktowanie tych, którzy są najbardziej zagrożeni.

W celu zrozumienia epidemii i tendencji czasowych na poziomie regionalnym i krajowym należy analizować dane z nadzoru i inne istotne dane, w tym informacje o niezdiagnozowanych przypadkach HIV i przypadkach późno zdiagnozowanych. Niektóre grupy są szczególnie narażone na zakażenie wirusem HIV, w tym mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami; osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji; migranci, szczególnie z krajów o wyższej częstości występowania HIV; partnerzy seksualni osób należących do wszystkich tych grup, a także dzieci matek seropozytywnych. Takie grupy populacji lub dotyczące ich ryzyko są często ukryte i stygmatyzowane. Konieczne będzie przeprowadzenie specjalnych badań ankietowych, aby poznać poziom zakażenia wirusem HIV w tych grupach, wskaźniki badania na obecność wirusa HIV, a także odpowiednią wiedzę, nastawienie i zachowania, co posłuży opracowaniu działań interwencyjnych zwiększających w tych grupach stopień korzystania z badania na obecność wirusa HIV.

Należy również przeanalizować uzupełniające dane dotyczące innych zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz zachowań seksualnych i związanych z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji wśród ogółu ludności oraz w grupach narażonych na zakażenie wirusem HIV.

Gdzie badać?

Uwzględnienie logistyki

Należy zaplanować, jak program badania na obecność wirusa HIV będzie wdrażany oraz jak przewyższane będą wyzwania logistyczne. Wyzwania te mogą obejmować takie zagadnienia, jak: sposób zapewnienia systemu opieki zdrowotnej, istnienie dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej, gotowość służb społecznych, poradnictwo i wsparcie, sposób zagwarantowania ścieżki opieki w odniesieniu do leczenia HIV, a także sposób zapewnienia poufności.

Udostępnienie badania w różnych warunkach

W celu podjęcia przemyślanych decyzji co do miejsca oferowania badania na obecność wirusa HIV należy wykorzystać wiedzę o sytuacji epidemiologicznej i o grupach ryzyka. Należy również rozpatrzyć, kto obecnie korzysta z dostępu do badania na obecność wirusa HIV i w jakich warunkach. Ze względu na różnorodność potrzeb i przeszkód w doniesieniu do badania należy zaoferować wybór usług, aby zmaksymalizować dostępność. Należy określić działania niezbędne do utworzenia nowych usług lub zmiany praktyk w istniejących warunkach opieki zdrowotnej lub w usługach społecznych. Należy ocenić, czy przepisy mogące stanowić przeszkodę w badaniu w społeczności, w tym stosowanie badań w placówkach opieki zdrowotnej lub wymóg przeprowadzania badań wyłącznie przez określonych specjalistów, mogą być złagodzone bez szkody dla jakości badania.

Oferowanie badań na obecność wirusa HIV jako cel

- Wyspecjalizowane usługi w zakresie badania na obecność wirusa HIV, mające na celu zapewnienie łatwego i bezpiecznego dostępu do samego badania na obecność wirusa HIV lub w połączeniu z innymi badaniami.
- Warunki, w których badanie na obecność wirusa HIV należy oferować powszechnie: usługi dla osób zagrożonych (usługi dla osób zakażonych chorobami przenoszonymi drogą płciową, usługi dla osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji); usługi w zakresie badań prenatalnych; usługi w zakresie diagnostyki klinicznej i zarządzania schorzeniami wskazującymi na HIV; a także inne warunki, w których częstość występowania niezdiagnozowanych przypadków zakażenia wirusem HIV jest znana lub oszacowana na wysoką.
- We wszystkich innych warunkach opieki zdrowotnej, w których ludzie powinni mieć możliwość zażądania badania lub w których specjaliści powinni być gotowi do zaoferowania badania i wyczuleni na sytuacje, w których jest ono potrzebne.
- Punkty badań w społecznościach, w tym usługi zewnętrzne, mające na celu dotarcie do osób o wysokim ryzyku zakażenia wirusem HIV, które mogą być ukryte lub zmarginalizowane oraz mogą nie mieć kontaktu z

tradycyjnymi usługami opieki zdrowotnej. Takie usługi należy tworzyć przy zaangażowaniu populacji docelowych.

Kiedy badać?

Zapewnienie zaleceń dotyczących częstości badania

Częstsze badanie zaleca się w przypadku osób stale przejawiających zachowania ryzykowne. Na przykład niektóre kraje zalecają, aby mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami poddawali się badaniom raz do roku lub częściej, w zależności od zachowań seksualnych. W obecnych wytycznych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) zaleca się regularne oferowanie, co najmniej raz na 6 do 12 miesięcy, badań osobom przyjmującym narkotyki drogą iniekcji.

Jak badać?

Zwiększanie świadomości społecznej

Aby chcieć i akceptować badania na obecność wirusa HIV, społeczeństwo, a w szczególności grupy podwyższonego ryzyka zakażeniem wirusem HIV, muszą zrozumieć korzyści płynące z tych badań. Potrzebne jest strategiczne podejście do komunikacji z wykorzystaniem szeregu różnych kanałów. Do poszerzania świadomości można wykorzystać widoczne i aktywne poparcie ze strony osób kształtujących opinię publiczną, w tym polityków, liderów społecznych i znanych osób, a także wspomagające i dokładne relacje w mediach.

Zapewnienie poufności

Poufność stanowi fundamentalną zasadę w opiece zdrowotnej, ale ze względu na stygmatyzację towarzyszącą HIV i zachowaniom, poprzez które wirus ten może być przenoszony, jest szczególnie istotna w przypadku badania na obecność wirusa HIV. Należy postępować zgodnie z odpowiednimi zaleceniami zawodowymi i krajowymi wymogami prawnymi. Brak poufności może działać jako bariera w korzystaniu z usług badania na obecność wirusa HIV. Wyraźna polityka w zakresie poufności i promowanie zasad obowiązujących w placówkach oferujących badania mogą pomóc w przewyżczeniu tej bariery. Badanie na obecność wirusa HIV należy zawsze oferować i omawiać na osobności. Należy zapewnić możliwość badania anonimowego.

Poszerzanie wiedzy zawodowej i szkolenie personelu

Wiedzę, zaufanie i kompetencje pracowników oferujących badanie na obecność wirusa HIV można zwiększać poprzez szkolenie. Badanie na obecność wirusa HIV może być oferowane przez każdego odpowiednio przeszkolonego i posiadającego odpowiednie umiejętności pracownika opieki zdrowotnej, a poszerzenie zasięgu badania na obecność wirusa HIV będzie wymagało większej liczby pracowników posiadających pewność siebie i kompetencje pod względem oferowania tego badania. Przy odpowiednim szkoleniu i zapewnieniu jakości pracownicy niebędący pracownikami opieki zdrowotnej również mogą oferować badanie na obecność wirusa HIV. Pracownicy muszą zrozumieć korzyści płynące z badania na obecność wirusa HIV i przełamywać bariery ograniczające ich zdolność i chęć oferowania tego badania. Do barier tych należą: brak pewności siebie, trudności w rozmawianiu o zachowaniach seksualnych lub stygmatyzowanych, obawa przed przekazaniem wyniku pozytywnego i dyskryminacyjne nastawienie wobec osób zagrożonych lub dotkniętych HIV.

Rozmowa przed przeprowadzeniem badania

Krótką rozmową przed przeprowadzeniem badania, obejmującą korzyści płynące z badania i praktyczne warunki przeprowadzenia badania i przekazania wyników, okazała się zadowalająca i efektywna pod względem zwiększenia poziomu korzystania z badań. Głównym celem jest zapewnienie świadomej zgody, która powinna zostać udokumentowana, ale nie musi obejmować zgody pisemnej. Jest to zgodne z innymi badaniami medycznymi i stanowi część normalizacji badania na obecność wirusa HIV. Szczegółowa historia zachowań seksualnych i przyjmowania narkotyków drogą iniekcji nie jest wymagana przed zaoferowaniem badania na obecność wirusa HIV. Jednakże w przypadku określonych osób lub w warunkach, gdy zdrowie seksualne lub przyjmowanie narkotyków wchodzi w zakres usług, wskazane mogą być krótka ocena ryzyka lub obszerniejsza porada poprzedzająca badanie, np. w przypadku dalszego narażenia. Powinno to być zawsze dostępne, a personel powinien wiedzieć, jak skierować daną osobę do wyszkolonych doradców.

Stosowanie odpowiednich technologii badania

Należy zidentyfikować dostępne badania na obecność wirusa HIV i ocenić odpowiadające im korzyści wynikające z przeprowadzania badań w różnych kontekstach, w tym badań szybkich (w placówkach opieki zdrowotnej). Technologia badań stale rozwija się i należy zasięgnąć porady specjalistów, aby regularnie analizować wybór badań. Wszystkie badania reaktywne należy potwierdzić i w tym zakresie należy postępować zgodnie z wytycznymi WHO. Wytyczne krajowe dotyczące minimalnych norm zapewniania jakości w odniesieniu do badań diagnostycznych mają zasadnicze znaczenie dla zapewnienia wysokiej jakości praktyki i standaryzacji metodologicznej oraz wiarygodności.

Zawsze należy przekazywać wyniki

Należy dołożyć wszelkich starań, aby zagwarantować, że osoby, które poddały się badaniom na obecność wirusa HIV są informowane o wynikach bez względu na to, czy są one pozytywne, czy negatywne. Przy przekazywaniu wyników pozytywnych należy dopilnować, aby dostępny był personel udzielający porad po badaniu i kierujący na odpowiednie leczenie zakażenia wirusem i usługi wsparcia. Osoby o wysokim ryzyku zakażenia wirusem HIV, które uzyskały negatywny wynik badania, również mogą skorzystać z poradnictwa i odesłania do odpowiednich usług w zakresie profilaktyki.

Zapewnienie dostępu do leczenia, opieki i zapobiegania w zakresie HIV

Dostęp do terapii antyretrowirusowej

Dla wszystkich programów badania na obecność wirusa HIV zasadnicze znaczenie mają przejrzyste mechanizmy gwarantujące, że osoby, które uzyskały pozytywny wynik badania, są objęte leczeniem HIV i opieką. W całej Europie należy zapewnić powszechny dostęp do terapii antyretrowirusowej. Niemożność pokrycia kosztów leczenia nie powinna uniemożliwiać dostępu do niego. Należy znaleźć rozwiązania pozwalające na przezwycięzenie tej bariery w powszechnym dostępie do takiego leczenia. We wszystkich miejscach badania na obecność wirusa HIV powinny istnieć ścieżki kierowania pacjenta, aby zagwarantować, że bezpośrednio po otrzymaniu pozytywnego wyniku badania na obecność wirusa HIV dana osoba uzyska specjalistyczną poradę lekarza. Porada ta powinna obejmować ocenienie tego, kiedy należy rozpocząć terapię antyretrowirusową, oraz ocenienie potrzeb w odniesieniu do innej opieki i wsparcia w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej.

Zapewnienie dostępu do wsparcia psychospołecznego i usług w zakresie profilaktyki

Wsparcie psychospołeczne powinno być dostępne natychmiast po uzyskaniu pozytywnego wyniku badania. W odniesieniu do osób z pozytywnym wynikiem badania skierowanie do opieki specjalistycznej powinno obejmować dostęp do wsparcia w zakresie zapobiegania dalszemu przenoszeniu HIV. Osobom, u których wynik badania był negatywny, także należy udostępnić możliwość skierowania po poradę i wsparcie w zakresie zapobiegania HIV, jeżeli istnieje znaczące ciągłe ryzyko narażenia na zakażenie lub na prośbę tych osób.

Działania następcze: monitorowanie i ocena

Monitorowanie i ocena stanowią niezbędny element programu badania na obecność wirusa HIV i gwarantują, że dany program jest odpowiedni do danego celu i zapewnia wysokiej jakości badania na obecność wirusa HIV. Dobrze opracowany system monitorowania i oceny dostarczy informacji na potrzeby polityki, poprawi jakość i efektywność działań interwencyjnych, a tym samym będzie dostarczał wskazówek co do przyszłego przydzielania zasobów w ramach programu. Krajowe dane pochodzące z nadzoru obejmują nowe diagnozy i odsetek osób, które zostały późno zdiagnozowane. Szacunki dotyczące przypadków niezdiagnozowanych są ważne dla monitorowania wpływu programu. Rozszerzenie badania w nowych warunkach będzie wymagało intensywnego monitorowania i oceny, aby zapewnić wysokiej jakości badanie na obecność wirusa HIV. Powodzenie lokalnych działań interwencyjnych w zakresie promowania badania na obecność wirusa HIV można ocenić według pięciu kryteriów: wykonalności (ang. *feasibility*); dopuszczalności (ang. *acceptability*); efektywności i opłacalności (ang. *effectiveness and cost-effectiveness*); populacji docelowych, do których dotarło (ang. *target populations*); oraz stabilności (ang. *sustainability*) (kryteria te są w skrócie nazywane FACTS). Wyraźnie określone, przejrzyste i wymierne wskaźniki mogą wspomagać monitorowanie tych kryteriów i stanowią standardową metodę zgłaszania wyników na poziomie lokalnym i (między)narodowym.

Raporty z nadzoru

5 Nadzór nad gruźlicą w Europie w 2008 r.

(Opublikowano w marcu 2010 r.)

Od 1 stycznia 2008 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy wspólnie koordynują działania związane z nadzorem nad gruźlicą w Europie. Ich celem jest zapewnienie wysokiej jakości ujednoliconych danych na temat gruźlicy obejmujących wszystkie 53 kraje w Regionie Europejskim WHO oraz Lichtenstein.

Europejski Region WHO

W odniesieniu do 2008 r. 50 z 54 krajów Regionu Europejskiego WHO² zgłosiły 461 645 przypadków gruźlicy (52,2 przypadku na 100 000 mieszkańców), co stanowi około 6% przypadków gruźlicy zgłoszonych WHO na całym świecie. Tendencja w ogólnej zgłaszanej zachorowalności na gruźlicę w Regionie Europejskim rosła od 2004 r. Jednakże ogólna zgłaszana zachorowalność na gruźlicę w 18 krajach o wysokim priorytecie³ zmniejszyła się w stosunku do poprzedniego roku o 3,9% do 87,6% wszystkich przypadków gruźlicy, a w całym regionie ogólna zgłaszana zachorowalność zmniejszyła się o 2,6% w latach 2007 i 2008. Spadek liczby zgłoszeń dotyczących nowo wykrytych przypadków gruźlicy o 4% w stosunku do 2007 r. wskazuje na zmniejszenie rozprzestrzeniania się gruźlicy w tym regionie. Odsetek wcześniej leczonych przypadków również zmniejszył się od 2007 r. z 31,7% do 29,8%.

Grupą wiekową z najwyższym odsetkiem (42%) nowo wykrytych przypadków gruźlicy w regionie europejskim są osoby w wieku od 25 do 44 lat.

Liczba zgłoszonych przypadków gruźlicy z jednoczesnym zakażeniem wirusem HIV zwiększyła się prawie dwukrotnie – z 5 828 przypadków w 2006 r. do 11 395 przypadków w 2008 r. Jest to wynikiem zwiększenia częstotliwości badań w ramach zintensyfikowanych usług opieki w zakresie HIV świadczonych pacjentom z gruźlicą w krajach o wysokim priorytecie. W tym okresie nie doszło do znacznego wzrostu liczby zgłoszonych współzakażeń wirusem HIV w państwach niebędących krajami o wysokim priorytecie.

W całym regionie europejskim całkowita liczba zgłoszonych przypadków gruźlicy wielolekoopornej w 2008 r. podwoiła się w stosunku do roku poprzedniego, co wynika z poprawy oznaczania wrażliwości na leki. Częstość występowania gruźlicy wielolekoopornej wśród nowych przypadków gruźlicy wyniosła 11,1%. Najwięcej przypadków gruźlicy wielolekoopornej w regionie występuje w krajach o wysokim priorytecie – częstość występowania wynosi w nich 13,8% wśród nowo zdiagnozowanych przypadków, tj. pięciokrotnie więcej niż częstość występowania zgłaszana w państwach UE/EOG, i ponad 50% wśród wcześniej leczonych przypadkach, tj. ponad dwa razy więcej niż w państwach UE/EOG.

Wskaźnik efektywności leczenia nowo wykrytych potwierdzonych laboratoryjnie przypadków gruźlicy w 2007 r. zmalał do poziomu 70,7% (w porównaniu z 73,1% dla przypadków zarejestrowanych w 2006 r.); 9,0% zgłoszono jako leczenie zakończone niepowodzeniem, 8,4% stanowiły przypadki śmiertelne, a 6,9% chorych przerwało leczenie. Wskaźnik efektywności leczenia w krajach spoza UE/EOG jest niższy niż w UE/EOG:

odpowiednio 67,5% w porównaniu z 79,5%. W osiemnastu krajach o wysokim priorytecie leczenie powiodło się zaledwie w 69,2% nowo wykrytych laboratoryjnie potwierdzonych przypadkach gruźlicy, co jest wynikiem dalekim od celu określonego w strategii powstrzymania gruźlicy, tj. 85%.

Współczynnik umieralności z powodu gruźlicy zmniejszyła się o 45% – z 9,0 przypadku na 100 000 mieszkańców w 2005 r. do 5,0 przypadku na 100 000 mieszkańców w 2007 r. Podobne proporcjonalne spadki zaobserwowano w państwach UE/EOG, jak również w krajach o wysokim priorytecie. Jednakże umieralność w krajach o wysokim priorytecie pozostaje niemal 15 razy wyższa niż w państwach UE/EOG.

Państwa Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego⁴

W odniesieniu do 2008 r. 26 krajów Unii Europejskiej (UE) (wszystkie z wyjątkiem Austrii) zgłosiło 82,611 przypadku gruźlicy, a dwa inne kraje Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) (Islandia i Norwegia) przedstawiły spadek o 615 przypadków w porównaniu z sytuacją w 2007 r. Ponad 80% przypadków wystąpiło w

² Brak danych z Monako, San Marino, Austrii i Liechtensteinu; w raporcie tym uwzględniono Liechtenstein, ale tylko jako kraj EOG, ponieważ nie jest on państwem członkowskim Europejskiego Regionu WHO.

³ Armenia, Azerbejdżan, Białoruś, Bułgaria, Estonia, Gruzja, Kazachstan, Kirgistan, Łotwa, Litwa, Mołdawia, Rumunia, Rosja, Tadżykistan, Turcja, Turkmenistan, Ukraina, Uzbekistan.

⁴ 27 państw członkowskich UE, Islandia, Liechtenstein i Norwegia.

ośmiu krajach, z których każdy zgłosił 3 000 lub więcej przypadków (Bułgaria, Francja, Niemcy, Włochy, Polska, Rumunia, Hiszpania i Wielka Brytania).

Ogólna zgłaszana zachorowalność w 2008 r. wynosiła 16,7 przypadku na 100 000 mieszkańców, przy czym wskaźniki niższe niż 20 przypadków na 100 000 mieszkańców zgłoszono w 21 krajach, a wyższe – w Rumunii (115,1), w państwach bałtyckich – na Litwie (66,8), Łotwie (47,1), w Estonii (33,1), w Bułgarii (41,2), Portugalii (28,2) i w Polsce (21,2). Ogólna zgłaszana zachorowalność była niższa o 1,2% w porównaniu z 2007 r. (w przypadku 28 krajów przekazujących dane), co odzwierciedla tendencję spadkową netto w 17 krajach.

Zaobserwowano jednak znaczny wzrost na Malcie (28,8%), w Islandii (19,8%) i na Cyprze (12,2%) oraz niewielki wzrost w Szwecji (4,9%) i Wielkiej Brytanii (2,8%), w większości u obcokrajowców. W 2008 r. 22,4% przypadków (przedział krajów: 0-88%) stwierdzono u osób obcego pochodzenia, z których ponad dwie trzecie pochodziło z Azji lub Afryki.

W latach 2006-2008 częstość występowania zakażeń wirusem HIV wśród chorych na gruźlicę wzrosła w Estonii (z 9,0% do 9,9%), na Łotwie (z 3,4% do 6,7%) i na Malcie (z 3,7% do 9,4%). W pozostałych krajach, które przedstawiły dane, częstość występowania zakażeń wirusem HIV wśród chorych na gruźlicę wyniosła maksymalnie 1% w sześciu krajach, 2-5% w trzech innych krajach i 5-8% w dwóch krajach i 14,6% w jednym kraju.

Oporność wielolekowa nadal występowała częściej w państwach bałtyckich (łącznie oporność wielolekowa: 15,6%-21,3%), a w dalszej kolejności w Rumunii, która zgłosiła wyniki po raz pierwszy (14,7%). Inne kraje zgłosiły niższe poziomy oporności wielolekowej (0%-5%), która zasadniczo była bardziej powszechna u osób obcego pochodzenia. Spośród 14 krajów zgłaszających skrajną oporność na leki (ang. extensive drug resistance, XDR) najwięcej przypadków wystąpiło w Rumunii (ogółem 54 przypadki), podczas gdy Łotwa i Estonia posiadają najwyższy odsetek przypadków XDR wśród przypadków oporności wielolekowej (odpowiednio 14,7% i 12,2%), przy czym Łotwa wykazuje gwałtowny wzrost liczby przypadków XDR w porównaniu z 2007 r. – z 6 do 19 (6,1% w stosunku do 14,7%).

W 2007 r. dwadzieścia dwa kraje przedstawiły dane dotyczące monitorowania wyników leczenia w odniesieniu do zdiagnozowanych przypadków gruźlicy płuc. W odniesieniu do wcześniej nieleczonych, potwierdzonych posiewem przypadków gruźlicy płuc u 79,5% chorych leczenie zakończyło się pozytywnie. Pozytywny wynik leczenia znacznie rzadziej występował wśród wcześniej leczonych przypadków gruźlicy (51,8%) i wśród potwierdzonych posiewem przypadków wielolekoopornej gruźlicy płuc w 24 miesiącu (30,9%).

6 Nadzór nad grypą w Europie w latach 2008-2009 – tydzień 40/2008 r. do tygodnia 39/2009 r.

(Opublikowano w maju 2010 r.)

Sezon grypy 2008-2009 r. w Europie rozpoczął się w 48 tygodniu 2008 r., trwał około 10 tygodni w każdym dotkniętym kraju i zakończył się w 16 tygodniu 2009 r. po przejściu szczytu zachorowań przez kontynent z zachodu na wschód. Tygodniowe odsetki (pod)typu próbek wskaźnikowych dających pozytywny wynik w odniesieniu do wirusa grypy pokazały dwa częściowo pokrywające się wartości szczytowe, przy czym początkowo dominujący wirus grypy A(H3N2) był zastępowany wirusem B, który był najczęściej występującym wirusem grypy po 8 tygodniu 2009 r. Krążące wirusy grypy A(H3N2) i A(H1N1) okazały się antygenowo blisko związane z odpowiednimi elementami uwzględnionymi w szczepionce na północnej półkuli w 2008-2009 r., podczas gdy większość wyizolowanych wirusów B posiadała linię genetyczną o rodowodzie Victoria i nie odpowiadała elementom szczepionki przeciwko wirusowi grypy B o linii genetycznej o rodowodzie Yamagata. Jednak jest mało prawdopodobne, aby miało to szczególne znaczenie dla zdrowia publicznego, biorąc pod uwagę zaobserwowaną w tym sezonie względnie niską częstość występowania wirusów typu B.

Przypadki grypy pandemicznej A(H1N1) w 2009 r. zaczęły pojawiać się w Europie w 16 tygodniu 2009 r. Do 39 tygodnia całkowita zgłoszona liczba potwierdzonych przypadków wyniosła 53 658 we wszystkich państwach członkowskich UE, Islandii, Lichtensteinie i Norwegii, i obejmowała 175 zgonów w 14 krajach. Dane oparte na przypadkach wskazują na to, że pacjenci byli w wieku od 0 do 90 lat (mediana: 19 lat), 78% miało mniej niż 30 lat, a dzieci w wieku szkolnym od 5 do 19 lat stanowiły 47% wszystkich przypadków. W przeważającej większości przypadków (96%) nie były znane jakichkolwiek inne choroby. Wśród tych innych chorób najczęściej zgłaszana była przewlekła choroba płuc, stanowiąca 30% tych przypadków. Zapalenie płuc było wymieniane jako powikłanie w 0,6% przypadku zakażeń grypą pandemiczną, ogólny współczynnik hospitalizacji wyniósł 13%, a w 0,03% przypadku zgłoszono zgon pacjenta.

Zintegrowana europejska sieć nadzoru klinicznego i wirusologicznego nad grypą (EISN) okazała się efektywna pod względem szybkiego wykrycia początku sezonu grypy w 2008-2009 r., w monitorowaniu jego przebiegu i charakteryzowaniu jego podstawowych cech wirusologicznych. W 2009 r. pierwsze wirusy grypy pandemicznej wykryte u pacjentów wskaźnikowych i niewskaźnikowych potwierdzono odpowiednio w ciągu jednego tygodnia i trzech tygodni, po pierwszych przypadkach tej choroby w Europie. Jednakże nadzór wskaźnikowy nad zachorowaniami grypopodobnymi i ostrymi zakażeniami układu oddechowego doprowadził do wykrycia wyraźnego wzrostu zachorowalności dopiero z dziesięcioletnim opóźnieniem. Nawet w 39 tygodniu 2009 r., gdy przypadki grypy pandemicznej zgłaszały wszystkie państwa członkowskie UE, Islandia, Lichtenstein i Norwegia, występowanie zachorowań grypopodobnych i ostrych zakażeń układu oddechowego przekraczające poziom podstawowy zaobserwowano zaledwie w 9 z 29 krajów przekazujących dane EISN.

Chociaż większa czułość wymagałaby większej liczby lekarzy obserwujących przypadki wskaźnikowe, to należy także zająć się innymi brakami systematycznymi. Sugerowane zmiany systemu nadzoru nad grypą w Europie obejmują:

- dalsze promowanie znormalizowanego zgłaszania nasilenia, rozprzestrzenia geograficznego i tendencji w odniesieniu do zachorowań grypopodobnych i ostrych zakażeń układu oddechowego;
- zwiększenie nadzoru nad zachorowaniami grypopodobnymi i ciężkimi ostrymi zakażeniami układu oddechowego (ang. severe acute respiratory infections, SARI);
- wprowadzenie znormalizowanych epidemicznych progów wskaźnikowych dla nadzoru nad zachorowaniami grypopodobnymi i ostrymi zakażeniami układu oddechowego;
- dalszy rozwój nadzoru nad śmiertelnością ogólną na poziomie Europy i regularne udostępnianie wyników społeczeństwu.

7 Nadzór nad inwazyjnymi chorobami bakteryjnymi w Europie w 2007 r.

(Opublikowano w październiku 2010 r.)

Sprawozdanie to zawiera opis epidemiologii inwazyjnych chorób bakteryjnych wywoływanych przez *Haemophilus influenzae* i *Neisseria meningitidis* w państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE) w 2007 r. Wyznaczone krajowe punkty kontaktowe poproszono o przedstawienie danych przy pomocy zmienionej wersji zestawu danych dla inwazyjnych zakażeń bakteryjnych opracowanego w 2008 r. w oparciu o dawną bazę danych EU-IBIS. Ten zestaw danych zawiera oparte na przypadkach informacje dotyczące zmiennych epidemiologicznych i laboratoryjnych. Dzieli się na podstawowy zestaw zmiennych, które można zastosować do wszystkich chorób wymagających zgłoszenia w UE oraz na rozszerzony zestaw danych zawierający zmienne dotyczące w szczególności inwazyjnej choroby spowodowanej przez *Haemophilus influenzae* oraz inwazyjnej choroby meningokokowej. Aby ułatwić przedkładanie danych, w czerwcu 2008 r. państwa członkowskie przeszły szkolenie internetowe, a uzupełniające filmy szkoleniowe i inne materiały udostępniono przed wezwaniem do przekazania danych.

Spśród 30 państw członkowskich UE/EOG 27 przekazało dane dotyczące inwazyjnej choroby wywołanej przez *Haemophilus influenzae*, a 29 przedłożyło dane dotyczące inwazyjnej choroby meningokokowej.

Inwazyjna choroba wywołana przez *Haemophilus influenzae*

- W 2007 r. zgłoszono ogółem 2 058 przypadków inwazyjnej choroby spowodowanej przez *Haemophilus influenzae*. Zgłaszana zachorowalność różniła się w zależności od państwa członkowskiego, przy czym wskaźniki w krajach skandynawskich były wyższe w porównaniu z resztą Europy, przy utrzymującej się tendencji wzrostowej. Jednakże większość krajów zgłosiła poniżej 1 przypadku na 100 000 mieszkańców. Najwyższą ogólną zachorowalność zgłoszono w odniesieniu do niemowląt w wieku poniżej jednego roku (3 przypadki na 100 000 mieszkańców, 118 przypadków). Podczas gdy tendencja w odniesieniu do serotypu b w wśród niemowląt w latach 1999-2007 r. była wyraźnie malejąca (spadek z 3 przypadków na 100 000 mieszkańców do 1 przypadku), to wzrosła dla szczepów nieotoczkowych – z 1,5 do 2,5 przypadku na 100 000 mieszkańców w tym samym okresie.
- Sześćdziesiąt siedem procent wszystkich przypadków inwazyjnej choroby wywołanej przez *H. influenzae* zgłoszonych w 2007 r. było spowodowane szczepami nieotoczkowymi. Wzrost liczby szczepów nieotoczkowych zgłaszanych przez lata może być częściowo spowodowany lepszym diagnozowaniem przypadków i poprawą czułości systemów nadzoru, co również udokumentowano w kilku państwach członkowskich. Jednakże w ciągu ostatnich lat w UE zaobserwowano również rzeczywisty wzrost liczby zgłoszonych serotypów nieobjętych szczepionką (szczepy niebędące szczepami typu b i szczepy nieotoczkowe). Wprowadzenie sprzężonej szczepionki przeciwko *H. influenzae* typu b (Hib) doprowadziło do wzrostu odsetka inwazyjnych zakażeń *H. influenzae* przypisywanych szczepom niebędącym serotypami b ze względu na zmniejszenie liczby przypadków choroby wywołanych Hib. Jednakże w przeciwieństwie do programu sprzężonej szczepionki przeciwko pneumokokom nie istnieją konsekwentne i wiarygodne dowody na to, że masowe szczepienie niemowląt przeciwko Hib prowadzi do zastąpienia serotypu w przypadku nosicielstwa lub choroby. W najnowszym stanowisku w sprawie sprzężonej szczepionki przeciwko Hib Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stwierdziła, że „jak dotąd zastąpienie szczepów bakteryjnych nie było istotną cechą szczepień przeciwko Hib na dużą skalę”.
- Pod względem zgłoszonych bezwzględnych wartości liczbowych wydaje się następować przesunięcie w stronę starszych grup wiekowych. Czterdzieści sześć procent wszystkich przypadków zgłoszonych w 2007 r. odnotowano wśród osób w wieku powyżej 65 lat; wynik ten jest zgodny z badaniami z USA, w których podkreśla się wzrost częstości występowania inwazyjnej choroby spowodowanej *H. influenzae* w latach 1996-2004. Charakterystyka epidemiologiczna *H. influenzae* również zmieniła się z choroby występującej przede wszystkim wśród dzieci i o dominującym serotypie b na chorobę występującą przede wszystkim u dorosłych i cechującą się dominacją szczepów nieoznaczalnych.
- W 2007 r. do 60% przypadków wystąpiło u osób zaszczepionych, co zazwyczaj obserwuje się w populacjach o wysokim stopniu objęcia ludności szczepieniami. Wśród tych w pełni zaszczepionych większość stanowiły dzieci w wieku 1-4 lat, podczas gdy dzieci w wieku poniżej jednego roku stanowiły 27% przypadków. Na podstawie dostępnych danych niemożliwe jest oszacowanie, czy zaobserwowane przypadki można sklasyfikować jako rzeczywisty brak odpowiedzi immunologicznej na szczepionkę. Do zbadania tych wyników konieczne są dodatkowe dane. Pewien dodatkowy kontekst dla tego zagadnienia zapewniło badanie przeprowadzone przez EU-IBIS, w którym przeanalizowano brak odpowiedzi immunologicznej na szczepionkę przeciwko Hib zidentyfikowany poprzez krajowy nadzór w latach 1996-2001 w Europie, Izraelu i Australii oraz opisano cechy kliniczne i laboratoryjne dużej i różnorodnej populacji o różnych schematach immunizacji.

Ponowne pojawienie się choroby wywołanej Hib wskutek braku odpowiedzi immunologicznej na szczepionkę było powszechnie zgłaszane także przez Wielką Brytanię.

Inwazyjna choroba meningokokowa

- W 2007 r. w krajach UE/EOG zgłoszono 5 583 przypadki inwazyjnej choroby bakteryjnej wywołanej *N. meningitidis*, przy czym ogólna zgłaszana zachorowalność wynosiła 1,12 przypadku na 100 000 mieszkańców. Zgłaszana zachorowalność różniła się w zależności od państwa członkowskiego i była wyższa w Irlandii i w Wielkiej Brytanii niż w innych państwach Europy, chociaż w obu tych krajach występuje stała tendencja spadkowa. Poza tymi dwoma krajami sześć innych państw członkowskich zgłosiło zachorowalność wyższą niż 1 przypadek na 100 000 mieszkańców (Belgia, Dania, Holandia, Hiszpania, Litwa i Malta). Nadal największa liczba przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej występuje wśród niemowląt i dzieci, przy czym 50% przypadków zgłoszono u dzieci w wieku poniżej 10 lat. Najwyższe wskaźniki zaobserwowane wśród niemowląt młodszych niż 1 rok zgłoszono w odniesieniu do Irlandii i Wielkiej Brytanii - odpowiednio 74,5/100 000 i 46,6/100 000.
- Podobnie jak w przypadku *H. influenzae* zróżnicowanie zgłaszania przypadków może być związane z kilkoma możliwymi przyczynami: z poprawą czułości systemów nadzoru; ze zróżnicowaniem rodzajów objawów klinicznych objętych nadzorem (tj. posocznica lub zapalenie opon mózgowych, lub oba te objawy) w każdym z państw członkowskich; z różnicami między stosowanymi definicjami przypadku; z różnicami w możliwościach laboratoriów; lub z różnicami w praktykach opieki zdrowotnej zapewniających wczesne badanie posiewu krwi. Na tym etapie Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) nie posiada jeszcze dobrego zarysu głównych przyczyn tych różnic, dlatego doradza ostrożność przy porównywaniu między krajami zgłaszanej zachorowalności według serogrupy i wieku.
- Odsetek przypadków, w odniesieniu do których nie ma informacji o serogrupie, pozostaje wysoki, szczególnie w krajach wschodnioeuropejskich. Jednakże w ciągu ostatnich lat identyfikacja serogrupy poprawiła się - liczba przypadków, w których serogrupa jest nieznaną, zmalała w trakcie ostatnich pięciu lat z 1 448 przypadków w 2003 r. do 559 w 2007 r. W 2007 r. serogrupa B była najczęściej zgłaszaną grupą wywołującą inwazyjną chorobę meningokokową w Europie – stanowiła około 90% wszystkich serogrup zgłoszonych u dzieci w wieku poniżej czterech lat. W krajach stosujących szczepionkę meningokokową przeciwko serogrupie C (MCC) istnieje duża przewaga przypadków serogrupy B we wszystkich grupach wiekowych oraz w szczególności wśród osób w wieku poniżej jednego roku i w wieku od jednego do czterech lat (odpowiednio 73% i 81% przypadków), które to grupy zazwyczaj są docelowymi grupami szczepienia przeciwko serogrupie C.
- W krajach, w których stosowane jest szczepienie MCC, odsetek przypadków wywołanych serogrupą C radykalnie zmniejszył się w ciągu kilku lat od wprowadzenia tej szczepionki do krajowego programu szczepień, szczególnie w docelowych grupach programów szczepień. Odsetek przypadków wywołanych serogrupą C wydaje się rosnąć wraz z wiekiem, co prawdopodobnie wynika z niskiego poziomu objęcia szczepieniami starszych grup wiekowych, jak również z malejącej skuteczności szczepionki po roku od schematu szczepienia podstawowego.
- Dzięki stosowaniu technologii molekularnych w coraz większej liczbie krajów wzrasta ilość informacji dotyczących określania serotypów i subtypów szczepów. Jednakże liczba próbek z oznaczonym serotypem i serosubtypem pozostaje niska, a interpretacji tych wyników trzeba dokonywać z rozwagą. Największą liczbę próbek z oznaczonym serosubtypem zgłoszono we Francji, Wielkiej Brytanii i w Belgii.

Główne wnioski

Ogólnie częstość występowania obu chorób nadal spada, szczególnie wśród małych dzieci, które stanowią grupę docelową kampanii szczepień. Jednakże na poziomie Europy rośnie liczba przypadków wywołanych serotypami i serogrupami nieobjętymi szczepieniami, dotykając również małe dzieci. Tendencję tę należy z uwagą monitorować.

Ponieważ stopień objęcia ludności oboma szczepionkami jest wysoki, przypadki występują również u osób zaszczepionych. Niestety nie zgromadzono danych wystarczających do przeprowadzenia dogłębnej analizy braku odpowiedzi immunologicznej na szczepionkę lub wyciągnięcia jakichkolwiek wniosków dotyczących odsetka przypadków wśród osób zaszczepionych w krajach objętych lub nieobjętych szczepieniem. Wynika to z bardzo wysokiego ogólnego odsetka brakujących danych dotyczących statusu szczepienia oraz niedostępności informacji o dacie urodzenia, liczbie otrzymanych dawek i dacie przyjęcia ostatniej dawki. Ponadto wszystkie informacje konieczne do stwierdzenia braku odpowiedzi immunologicznej na szczepionkę (takie jak data urodzenia oraz liczba i daty podanych dawek) nie są jeszcze uwzględnione w zestawie zmiennych.

W celu zwiększenia porównywalności danych pomiędzy uczestniczącymi krajami konieczne są bardziej ujednolicone laboratoryjne metody identyfikacji przypadków oraz przyjęcie na szczeblu lokalnym powszechnej definicji przypadku dla celów nadzoru. Metody genotypizacji będą stawały się coraz bardziej wykonalne w krajach Europy, a to poprawi zrozumienie danych z nadzoru. Wymaga to jednak ściślejszej współpracy pomiędzy laboratoriami i centrami epidemiologicznymi na szczeblu zarówno krajowym, jak i europejskim. Pod tym względem w 2008 r. konsorcjum europejskich instytucji koordynowane przez Uniwersytet w Würzburgu, w Niemczech wybrało w drodze zaproszenia do składania ofert pt. „Nadzór laboratoryjny i zewnętrzne zapewnianie jakości (EQA) w zakresie inwazyjnych chorób bakteryjnych w UE” projekt, który jest obecnie realizowany drugi rok. Projekt ten skupia się nie

tylko na zewnętrznym zapewnianiu jakości i szkoleniu, ale i w szczególności na wzmocnieniu i harmonizacji zdolności laboratoryjnej w państwach członkowskich i na poprawieniu współpracy pomiędzy laboratoriami i instytucjami zdrowia publicznego w UE. Jednym z kluczowych działań grupy jest promowanie stosowania w rutynowym nadzorze molekularnych metod oznaczania.

8 Roczny raport epidemiologiczny na temat chorób zaraźliwych w Europie w 2010 r.

(Opublikowano w listopadzie 2010 r.)

W tym raporcie przedstawiono analizę danych zgłoszonych w 2008 r. przez 27 państw członkowskich UE i trzy państwa EOG/EFTA: Islandię, Liechtenstein i Norwegię. Głównym celem raportu jest wskazanie, w oparciu o dostępne dane, gdzie obecnie w Unii Europejskiej występują największe problemy spowodowane chorobami zaraźliwymi. W obszarach tych konieczne są bardziej zdecydowane działania, aby zmniejszyć obecne i potencjalne przyszłe obciążenie społeczeństwa oraz systemów zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej, a także ograniczyć cierpienie ludzi. Dane te mają wpływ na zadanie ECDC polegające na zapewnieniu bazy dowodów w odniesieniu do działań, co ma na celu pomaganie w identyfikacji i wymianie praktyk oraz proponowanie metod kontroli działań interwencyjnych.

Pomimo osiągnięcia znacznych postępów pod względem jakości i porównywalności danych nadal przestrzega się przed dokonywaniem bezpośrednich porównań zgłaszanej zachorowalności pomiędzy krajami. Stosowane są bardzo odmienne systemy nadzoru, a w przypadku wielu chorób stosunek między zgłoszonym lub odnotowanym współczynnikiem zachorowalności a rzeczywistym współczynnikiem zachorowalności różni się w zależności od kraju.

Po raz pierwszy roczna analiza zagrożeń monitorowanych w UE jest zgłaszana oddzielnie⁵.

Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną

Najważniejsze zagrożenie chorobami w Europie nadal stanowią mikroorganizmy, które stały się odporne na środki przeciwdrobnoustrojowe. W 2008 r. 900 laboratoriów obsługujących ponad 1 500 szpitali zgłosiło dane na temat oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w odniesieniu do siedmiu głównych mikroorganizmów wskaźnikowych. Dane te wskazują na wzrost oporności w całej Europie na wszystkie klasy antybiotyków objęte nadzorem w odniesieniu do najczęściej występujących bakterii Gram-ujemnych odpowiedzialnych za bakterie i zakażenia układu moczowego, *Escherichia coli*. Niektóre kraje zgłosiły spadek odsetka opornego na metycylinę gronkowca złocistego (ang. methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA), chociaż odsetek MRSA nadal przekraczał 25% w jednej trzeciej krajów. Rosnące zagrożenie opornością wielolekową (opornością na różne powszechnie stosowane antybiotyki), którą coraz częściej obserwuje się w przypadku niektórych bakterii Gram-ujemnych, takich jak *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* i *Pseudomonas aeruginosa*, nadal budzi niepokój.

W tym samym roku zgłoszono dane z nadzoru dotyczące 306 621 interwencji chirurgicznych z 1 422 szpitali i dane z 654 szpitali dotyczące 9 129 przypadków nabycia zapalenia płuc na oddziałach intensywnej opieki medycznej, a także zgłoszono 4 077 przypadków zakażeń krwi nabytych na oddziałach intensywnej opieki medycznej. W 2008 r. potwierdzono wcześniej zaobserwowaną tendencję spadkową w zakresie występowania zakażeń miejsca operowanego po wszczepieniu protezy stawu biodrowego. Występowanie mikroorganizmów związanych z zakażeniami, do których dochodzi na oddziałach intensywnej opieki medycznej, wskazywało na wysoki odsetek bakterii Enterobacteriaceae opornych na cefalosporyny trzeciej generacji, szczególnie w przypadku *Klebsiella* spp. i *Enterobacter* spp.

Choroby środowiskowe i przenoszone przez wektory

W 2008 r. ponownie rozwinęły się ogniska gorączki Q zgłoszone w Holandii w okresie od marca do grudnia 2007 r. Do większości przypadków doszło w okresie letnim, a szczytowy poziom miał miejsce w 25-28 tygodniu (połowa czerwca do połowy lipca). Inne kraje europejskie takie jak Niemcy również zgłosiły zmieniające się tendencje w odniesieniu do gorączki Q oraz wzrost liczby przypadków w 2008 r., chociaż w mniejszym stopniu.

Spśród należących do tej grupy chorób zaraźliwych mających poważniejsze skutki, takie jak choroby posiadające potencjalne cechy krwotoczne, gorączka krwotoczna krymsko-kongijska (ang. Crimean–Congo haemorrhagic fever, CCHF) rozprzestrzeniła się poza tradycyjne obszary endemiczne w regionie Bałkanów. W czerwcu 2008 r. Grecja zgłosiła pierwszy przypadek wystąpienia CCHF u człowieka w północnej części kraju, położonej w pobliżu znanego obszaru endemicznego. Z drugiej strony nasilone działania w zakresie nadzoru wprowadzone we Włoszech po ubiegłorocznym pojawieniu się ogniska 217 laboratoryjnie potwierdzonych przypadków gorączki Chikungunya wykazały, że rodzima gorączka Chikungunya nie wystąpiła ponownie, ponieważ te kilka przypadków, które zgłoszono w krajach UE/EOG, pochodziło spoza tego obszaru.

⁵ ECDC. Roczny raport dotyczący zagrożeń 2009. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Sztokholm; 2010. Dostępny pod adresem: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

Choroby przenoszone drogą pokarmową i wodną oraz choroby odzwierzęce

Liczba przypadków wielu chorób przenoszonych drogą pokarmową pozostaje znacznie zaniżona wskutek różnicowania ciężkości wywołanego przez nie obrazu klinicznego. *Kampylobakterioza* była nadal najbardziej powszechną zgłaszaną przyczyną chorób żołądkowo-jelitowych w UE i EOG/EFTA, przy zachorowalności w 2008 r. (44,1 przypadku na 100 000 mieszkańców) mniej więcej podobnej do ubiegłorocznej. Jest to typowy przykład zbyt niskiej szacowanej choroby, ponieważ zakażenie to jest szczególnie znane z wywoływania choroby bezobjawowej lub łagodnej, prowadząc do zgłaszania znacznie zaniżonej liczby przypadków.

Ogólna zgłaszana zachorowalność na zakażenia *VTEC/STEC* również pozostaje względnie niezmienna w ciągu kilku ostatnich lat (0,66 przypadku na 100 000 mieszkańców). Jednakże liczba zgłoszonych przypadków, w których wystąpił zespół hemolityczno-mocznicowy, wzrosła w 2008 r. o 42% w porównaniu z rokiem poprzednim. Podobnie jak w przypadku *salmonellozy* i *czerwonki bakteryjnej*, najwyższa zgłaszana zachorowalność w odniesieniu do zakażeń *VTEC/STEC* dotyczyła dzieci w wieku poniżej pięciu lat (4,72 przypadku na 100 000 mieszkańców), najprawdopodobniej wskutek najpoważniejszych objawów klinicznych w tej grupie wiekowej i większego prawdopodobieństwa przyjęcia do szpitala w przypadku każdego zakażenia.

W ciągu ostatnich trzech lat następował stały spadek liczby przypadków *salmonellozy*, chociaż w 2008 r. *Salmonella* wciąż stanowiła przyczynę wielu ognisk choroby przenoszonej drogą pokarmową na poziomie międzynarodowym, krajowym i niższym niż krajowy. Ze względu na zmianę w zgłaszaniu danych w raporcie tym podano wyższe współczynniki zachorowalności na dur brzuszny niż w latach ubiegłych, ale jest to raczej skutek większej kompletności zgłaszania danych niż faktycznego wzrostu liczby przypadków. Przeważająca większość przypadków *dur brzuszny* jest nadal przywożona przez podróżników powracających z obszarów endemicznych.

W 2008 r. ogólna zgłaszana zachorowalność na wirusowe zapalenie wątroby typu A (3,34 przypadku na 100 000 mieszkańców) była nieznacznie wyższa niż w 2007 r. (2,75 przypadku na 100 000 mieszkańców). Zgłaszana zachorowalność wzrosła na Łotwie z 0,66 przypadku w 2007 r. do 123 przypadków na 100 000 mieszkańców, głównie wskutek ogniska choroby w całej społeczności, które zaczęło się wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji i wśród osób o niskim dochodzie żyjących w warunkach higienicznych poniżej normy, a później rozwinęło się na szerszą skalę. Podobnie ognisko wirusowego zapalenia wątroby typu A w Czechach początkowo dotyczyło osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji i następnie rozszerzyło się na ogół społeczeństwa.

HIV, zakażenia przenoszone drogą płciową oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

Zakażenia wirusem HIV pozostają jednym z głównych zagrożeń dla zdrowia publicznego wywołanych chorobami zaraźliwymi w Europie. Liczba zgłoszonych przypadków zakażenia wirusem HIV nadal rosła o 33% - z 4,2 przypadku na 100 000 mieszkańców w 2000 r. (13 265 przypadków) do 5,6 przypadku na 100 000 mieszkańców (18 019 przypadków) w 2008 r. Tendencja ta jest jeszcze bardziej niepokojąca, gdy wziąć pod uwagę znaczący odsetek osób w UE/EOG (szacowany na 30%), które nawet nie wiedzą, że są zakażone wirusem HIV. Dane wskazują na to, że najwyższy odsetek przypadków zakażenia wirusem HIV zdiagnozowano wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (40%), ale w kilku krajach Europy wzrósł odsetek przeniesienia HIV wskutek kontaktów heteroseksualnych (29%). Znaczny odsetek nowo zdiagnozowanych zakażeń wirusem HIV w UE wystąpił wśród imigrantów z krajów, w których panuje uogólniona epidemia HIV (głównie w Afryce subsaharyjskiej). Dla porównania, pomimo pewnych ograniczeń związanych z danymi, liczba zdiagnozowanych przypadków AIDS wydaje się maleć, z wyjątkiem państw bałtyckich.

Zakażenie *chlamydią* pozostaje najczęściej zgłaszanym zakażeniem przenoszonym drogą płciową w państwach UE/EOG - zgłoszono 335 329 potwierdzonych przypadków (150 przypadków na 100 000 mieszkańców). Rzeczywista częstość występowania *chlamydii* jest prawdopodobnie wyższa, jako że szczególnie często zgłaszana jest zbyt mała liczba przypadków tego zakażenia. Przez ostatnie 10 lat liczba przypadków zakażenia *chlamydią* wciąż rosła. Nadal jest to choroba występująca wśród młodych osób dorosłych, przy czym zgłaszana zachorowalność wśród osób w wieku od 15 do 24 lat wynosi 976 przypadków na 100 000 mieszkańców; młode kobiety są częściej dotknięte *chlamydią* niż młodzi mężczyźni.

Chociaż tendencja w zgłaszaniu wirusowego zapalenia wątroby typu C jest względnie stabilna, a zgłaszana zachorowalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B wydaje się maleć w porównaniu z ubiegłymi latami, to istnieją ciągle ograniczenia w odniesieniu do tych danych. Interpretację tych tendencji utrudniają dość duże różnice między systemami nadzoru, najnowsze zmiany w zakresie sprawozdawczości, znacząca liczba niezdiagnozowanych przypadków, możliwe różnice między stosowanymi definicjami przypadków (tj. różne stosowanie lub interpretacja parametrów dla wirusowego zapalenia wątroby typu B) i niepełna sprawozdawczość w niektórych krajach. Ponadto niektóre kraje nie dokonują rozróżnienia pomiędzy zgłaszanymi ostrymi i przewlekłymi przypadkami wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, a to, wraz z dużą liczbą przypadków bezobjawowych, prowadzi do mieszanki danych, których nie można łatwo porównać między krajami. ECDC pracuje nad usprawnieniem poszerzonego nadzoru nad

tymi zakażeniami wirusowymi, w tym nad poprawą harmonizacji nadzoru nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C na poziomie europejskim.

Zakażenia dróg oddechowych

Każdej zimy setki tysięcy ludzi w UE poważnie choruje i umiera wskutek grypy sezonowej. Sezon grypy 2008-2009 r. w Europie rozpoczął się w 48 tygodniu 2008 r., trwał około 10 tygodni w każdym dotkniętym kraju i zakończył się w 16 tygodniu 2009 r. po przejściu szczytu zachorowań przez kontynent z zachodu na wschód, a następnie na południowy wschód. Sezon 2008-2009 był najpierw zdominowany przez grypę A(H3N2), a następnie w mniejszym zakresie przez grypę typu B, przy czym A(H3N2) była ogólnie najczęściej wykrywaną grypą. Większość krążących wirusów grypy typu B nie odpowiadała składnikowi B uwzględnionemu w szczepionce przeciwko grypie dla sezonu 2008/2009 na północnej półkuli. Jednak jest mało prawdopodobne, aby miało to szczególne znaczenie dla zdrowia publicznego, biorąc pod uwagę zaobserwowaną w tym sezonie względnie niską częstość występowania wirusów typu B. W 19 tygodniu 2009 r., na koniec „normalnego sezonu”, wykryto w próbie wskaźnikowej pierwszego wirusa pandemicznej grypy A(H1N1). Później nastąpiła fala pandemii na przełomie wiosny i lata.

W 2008 r. ponownie wystąpiły ogniska wysoce zjadliwej grypy ptaków, a także nisko zjadliwej grypy ptaków, odnotowane u ptaków w UE, ale było ich mniej niż w 2007 r. Nie zgłoszono żadnych przypadków zachorowań ludzi związanych z tymi ogniskami.

Zgłaszana zachorowalność na chorobę legionistów (legionellozę) w krajach UE i EOG/EFTA pozostała na stabilnym poziomie 1,2 przypadku na 100 000 mieszkańców. Zaobserwowany w poprzednich latach szczytowy poziom zgłoszonych przypadków w lipcu trwał dłużej w 2008 r., obejmując okres od czerwca do sierpnia. Liczba zgłoszonych przypadków zakażeń legionellozą w czasie podróży była niższa niż w 2007 r., podobnie jak liczba skupisk zakażeń związanych z podróżą.

W ciągu ostatnich pięciu lat utrzymywał się stały średni spadek roczny liczby przypadków gruźlicy, chociaż w 2008 r. 28 krajów UE i EOG/EFTA zgłosiło 82 611 przypadków gruźlicy (zgłaszana zachorowalność wyniosła 16,7 przypadku na 100 000 mieszkańców). W UE gruźlica częściej występuje wśród migrantów, bezdomnych, osób ubogich mieszkających w podupadłych częściach śródmieścia, więźniów, nosicieli wirusa HIV i osób przyjmujących narkotyki, ale dane z 2008 r. potwierdzają zróżnicowany obraz, w którym występują trzy szerokie kategorie epidemiologiczne:

- kraje o niskim współczynniku zachorowalności, z przypadkami zachorowań w coraz większym stopniu skupiającymi się wśród ludności obcego pochodzenia i sporadycznym zgłaszaniem wzrostu liczby zgłoszeń;
- kraje o względnie umiarkowanej do wysokiej zgłaszanej zachorowalności, która ulega spadkowi, przy małej liczbie przypadków gruźlicy wielolekoopornej; oraz
- kraje ze stosunkowo dużą zgłaszaną zachorowalnością i dużym odsetkiem przypadków gruźlicy wielolekoopornej, ale o malejącej ogólnej zachorowalności na gruźlicę.

Ponadto odsetek przypadków gruźlicy wielolekoopornej wzrósł w latach 2007-2008 z 4% do 6%, głównie ze względu na niekompletne lub źle opracowane schematy leczenia. Współczynnik efektywności leczenia tych przypadków gruźlicy wielolekoopornej nadal jest wyjątkowo niski i wynosi 30,9% dla kohorty z 2006 r. Chociaż jakość, reprezentatywność i kompletność danych dotyczących oporności na leki drugiej linii nadal można poprawić, to dane liczbowe potwierdzają, że obecnie w granicach UE występuje skrajnie lekooporna gruźlica.

Choroby, którym zapobiega szczepienie

Obecnie na obszarze UE/EOG prawie wyeliminowano kilka chorób, którym zapobiega szczepienie, mających poważniejsze skutki (takie jak wirusowe zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego, błonica lub tężec). Innym sukcesem w niemal wszystkich państwach członkowskich UE jest wpływ szczepionki przeciwko Hib w ramach krajowych programów szczepień. W przypadku pozostałych chorób, którym zapobiega szczepienie, problemem pozostaje uzyskanie lepszego stopnia objęcia szczepieniami grup ludności, do których trudno dotrzeć. Ponadto nieuzasadnione wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa szczepionki spowodowały nawrót zachorowalności na niektóre z tych zakażeń, powodując powstanie lokalnych ognisk, którym można było całkowicie zapobiec.

Jedną z takich chorób jest odra. Całkowita liczba przypadków odry w krajach UE i EFTA była znacznie wyższa w 2008 r. niż w 2007 r. Było to skutkiem dużych ognisk choroby w kilku krajach, przy czym największą liczbę przypadków odnotowano w Szwajcarii, we Włoszech, w Austrii, Niemczech, we Francji i w Wielkiej Brytanii. Odwrócenie tej niepokojącej tendencji wymaga znacznego zaangażowania politycznego.

W latach 2007-2008 zmalała natomiast liczba zgłoszonych i laboratoryjnie potwierdzonych przypadków różyczki. Pomimo ogólnego radykalnego spadku liczby przypadków zakażeń różyczką wrodzoną po wprowadzeniu szczepień, w Europie nadal zdarzają się sporadyczne przypadki. Objęcie szczepionką przeciw odrze, śwince i różyczce na poziomie niższym od optymalnego może spowodować powstanie grup osób podatnych na te choroby, a następnie zwiększenie zachorowalności na nie, w tym wzrost liczby zakażeń różyczką wrodzoną.

Ogólna zgłaszana zachorowalność na inwazyjną chorobę pneumokokową wyniosła w 2008 r. 5,2 przypadku na 100 000 mieszkańców, co stanowi najwyższy współczynnik spośród wszystkich chorób, którym zapobiega

szczepienie. W UE istnieje szerokie zróżnicowanie systemów nadzoru nad inwazyjną chorobą pneumokokową, szczególnie w odniesieniu do rodzajów wprowadzonych systemów nadzoru, ich zasięgu i stosowanej definicji przypadku; jednocześnie w niektórych krajach nie istnieje żaden system nadzoru. Bardziej wzmożony nadzór, obejmujący również nadzór laboratoryjny, wprowadzany jest w UE przez ECDC, aby lepiej monitorować tendencje dotyczące serotypów, szczególnie tych, które nie są objęte szczepionką.

Wnioski

Zestawienie danych i tendencji dotyczących 2008 r. wskazuje na to, że priorytety w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i ich kontroli w UE nie uległy znacznej zmianie w ciągu ostatnich kilku lat. Dzięki wspólnym działaniom w zakresie profilaktyki i kontroli podjętym przez państwa członkowskie doszło do pewnego spadku częstości występowania i liczby przypadków określonych chorób (choć współczynniki mogą pozostawać wysokie w określonych warstwach ludności i grupach ryzyka). Wciąż pozostaje jednak kilka problemów związanych z chorobami zakaźnymi. Należy do nich:

- oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe;
- zakażenia związane z opieką zdrowotną;
- zakażenia przenoszone drogą płciową, szczególnie wywoływane przez wirus HIV i chłamydię;
- zakażenia dróg oddechowych wywoływane przez grypę (możliwa pandemia i roczne epidemie sezonowe), gruźlicę i zakażenia pneumokokami.

W przypadku niektórych z tych chorób dalsze wspólne działania (np. poprzez szczepienia i podobne środki kontroli) mogłyby doprowadzić do ogłoszenia UE, a w końcu i Europy, „wolną” od choroby, jak ma to miejsce w przypadku kilku chorób, którym zapobiega szczepienie. Jednakże państwa członkowskie UE nadal są dalekie od osiągnięcia celów już określonych w programach zwalczania chorób, szczególnie w odniesieniu do odry, w której przypadku odwróciła się tendencja spadkowa. Podobnie zwiększenie ukierunkowania i szczegółowości nadzoru nad różyczką jest nadrzędnym zadaniem, biorąc pod uwagę, że celem WHO jest wyeliminowanie tej choroby do 2010 r. W odniesieniu do zakażeń pneumokokami nadal zgłaszane są obawy, że po wprowadzeniu szczepionek serotypy, którym przeciwdziała sprzężona szczepionka przeciwko pneumokokom mogą zostać zastąpione przez serotypy, którym ona nie przeciwdziała, jak już zaobserwowano w Stanach Zjednoczonych.

Dane z 2008 r. nadal wskazują na to, że oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe stanowi coraz bardziej istotne zagrożenie dla zdrowia publicznego w Europie. Problem wymaga współpracy międzynarodowej, a także wspólnych wysiłków na szczeblu krajowym, w celu ograniczenia występowania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe i jej zapobiegania. Podobnie zakażenia związane z opieką zdrowotną stanowią narastający problem, który wymaga konsekwentnej polityki w zakresie zapobiegania i kontroli. Decydenci skorzystają na posiadaniu bardziej wiarygodnych danych, których uzyskania oczekuje się w wyniku starań na rzecz poprawy systemów nadzoru, opartych przede wszystkim na szpitalach lub placówkach opieki długoterwałej.

Chociaż ogólna tendencja w dziedzinie zachorowalności na gruźlicę jest spadkowa, to nadal rośnie liczba przypadków gruźlicy wielolekoopornej oraz jednoczesnego występowania zakażenia HIV i gruźlicy. Podobnie ogólna tendencja w dziedzinie zakażeń HIV jest rosnąca. W obu przypadkach te dwa zakażenia wymagają szczególnej uwagi w celu utrzymania rygorystycznych działań krajowych i międzynarodowych w zakresie zapobiegania i kontroli, w tym dalszego inwestowania w nadzór. Zgłaszanie współistnienia gruźlicy i zakażenia HIV nadal jest niepełne, chociaż istnieją nowe plany mające na celu poprawienie tej sytuacji.

Grypa nadal pokazuje, jak nieprzewidywalna może być sezonowa epidemia, przy stosunkowo poważnym sezonie zdominowanym przez wirusa A(H3N2), prowadzącym do pandemii A(H1N1) zapoczątkowanej w obu Amerykach.

Tabela A: Przegląd ogólnych ostatnich tendencji, zgłaszanej zachorowalności w UE oraz głównych grup wiekowych dotkniętych chorobami zakaźnymi zgłoszonymi na poziomie UE w 2008 r.

Choroba	Ogólna tendencja	Zgłaszana zachorowalność na 100 000 mieszkańców w UE (2008 r.)	Główne dotknięte grupy wiekowe (2008 r.)
Zakażenia dróg oddechowych			
Grypa	↔	Brak danych	0–14
Grypa ptaków	Niewystarczające dane	0	Niewystarczające dane
Choroba legionistów (legionelloza)	↑	1,2	≥ 65
Gruźlica	↓	16,7	25–44
HIV, zakażenia przenoszone drogą płciową oraz zakażenia wirusowe przenoszone przez krew			
Zakażenie chłamydią	↑	149,9	15–24

Choroba	Ogólna tendencja	Zgłaszana zachorowalność na 100 000 mieszkańców w UE (2008 r.)	Główne dotknięte grupy wiekowe (2008 r.)
Rzeżączka	↓	8,6	15–24, 25–44
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	↓	1,3	25–44
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	↑	9,0	25–44
HIV	↑	5,7	25–44
AIDS	↓	1,1	40–49
Kiła	↔	4,2	25–44
Choroby przenoszone drogą pokarmową i wodną oraz choroby odzwierzęce			
Wąglik	↓	< 0,01	Niewystarczające dane
Zatrucie jadem kielbasianym	↔	< 0,1	25–44
Bruceloza	↓	0,2	45–64, 25–44
Kampylobakterioza	↑	44,1	0–4
Cholera	↓	<0,01	Niewystarczające dane
Kryptosporidioza	↔	2,4	0–4
Bąblowica	↔	0,2	45–44, ≥ 65
Werotoksyczne i shigatoksyczne szczepy <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Lamblioza	↓	59,6	0–4
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	↓	3,3	5–14
Leptospiroza	↔	0,2	45–64
Listerioza	↔	0,3	≥ 65
Salmonelloza	↓	29,8	0–4
Czerwonka bakteryjna	↔	1,8	0–4
Toksoplazmoza	↓	0,8	15–24
Włośnica	↔	0,1	25–44
Tularemia	↔	0,2	45–64
Dur brzuszny/dur rzekomy	↔	0,3	0–4, 5–44
Wariant CJD	Niewystarczające dane	< 0,01	Niewystarczające dane
Jersinioza	↑	2,7	0–14
Nowe choroby i choroby przenoszone przez wektory			
Malaria	↔	1,2	25–44
Dżuma	Niewystarczające dane	0	Niewystarczające dane
Gorączka Q	↔	0,4	45–64
Zespół ostrej ciężkiej niewydolności oddechowej (SARS)	Niewystarczające dane	0	Niewystarczające dane
Ospa prawdziwa	Nie dotyczy	0	Niewystarczające dane
Gorączka Chikungunya	Niewystarczające dane	< 0,01	45–64
Denga	Niewystarczające dane	0,1	25–44
Zakażenie hantawirusem	Niewystarczające dane	1,4	25–44, 45–64
Gorączka Zachodniego Nilu	Niewystarczające dane	< 0,01	Niewystarczające dane

Choroba	Ogólna tendencja	Zgłaszana zachorowalność na 100 000 mieszkańców w UE (2008 r.)	Główne dotknięte grupy wiekowe (2008 r.)
Żółta febra	Niewystarczające dane	0	Brak przypadków
Choroby, którym zapobiega szczepienie			
Błonica	↓	<0,01	5–14, 45–64
Inwazyjne zakażenie <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Inwazyjna choroba meningokokowa	↓	0,9	0–4
Inwazyjne zakażenie pneumokokowe	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Odra	↔	0,9	0–4
Świnka	↓	2,8	5–14
Krztusiec	↔	5,3	5–14
Wirusowe zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego	Niewystarczające dane	0	Niewystarczające dane
Wścieklizna	↓	< 0,01	Niewystarczające dane
Różyczka	↓	0,6	0–4
Tęžec	↓	< 0,1	≥ 65
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną			
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe	↑	Nie dotyczy	Niewystarczające dane
Zakażenia związane z opieką zdrowotną	↑	Nie dotyczy	Niewystarczające dane

9 Nadzorowanie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w Europie w 2009 r.

(Opublikowano w listopadzie 2010 r.)

Jest to pierwszy roczny raport europejskiego systemu nadzorowania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net) po przeniesieniu EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System – poprzednia nazwa systemu) do Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), które nastąpiło w dniu 1 stycznia 2010 r. Raport ten stanowi kontynuację serii wysoko cenionych rocznych raportów EARSS publikowanych przez ten system od 2001 r.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe stale przemieszczała się na coraz bardziej znaczącą pozycję wśród zagadnień zdrowia publicznego w Europie. Nadzorowanie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, prowadzone poprzednio przez EARSS, a obecnie przez EARS-Net, odgrywa ważną rolę pod względem zapewniania dokumentacji dotyczącej występowania i rozprzestrzeniania się tej oporności, a także w poszerzaniu wiedzy na temat tego problemu na szczeblu politycznym, wśród urzędników ds. zdrowia publicznego oraz w środowisku naukowym.

Z danych dotyczących oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, jakie 28 krajów przekazało EARS-Net w 2009 r., oraz z rezultatów analiz tendencji obejmujących dane EARSS z poprzednich lat wynika, że sytuacja w Europie w zakresie oporności jest znacznie zróżnicowana w zależności od rodzaju patogenu, substancji przeciwdrobnoustrojowej i regionu geograficznego.

W 2009 r. najbardziej niepokojące wyniki dotyczące oporności były skutkiem szybko malejącej wrażliwości inwazyjnej *Escherichia coli* na właściwie wszystkie środki przeciwdrobnoustrojowe objęte nadzorem EARS-Net z wyjątkiem karbapenemów oraz wysoką częstością występowania oporności *Klebsiella pneumoniae* na cefalosporyny trzeciej generacji, fluorochinolony i aminoglikozydy. W połowie krajów, które przekazały dane, odsetek wieloopornych izolatów *K. pneumoniae* (opornych jednocześnie na cefalosporyny trzeciej generacji, fluorochinolony i aminoglikozydy) przekracza 10%, a obecnie kilka krajów zgłasza także wysoką częstość występowania oporności na karbapenemy. W wielu krajach antybiotyki te były powszechnie stosowane z powodu rosnącego tempa produkcji bakterii *Enterobacteriaceae* przez beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum działania (ang. extended-spectrum beta-lactamase, ESBL), co w rezultacie miało wpływ na pojawienie się wytwarzania karbapenemaz (VIM, KPC i NDM-1), zwłaszcza w przypadku *K. pneumoniae*.

Najwyższy odsetek oporności *E. coli* zgłoszono w odniesieniu do aminopenicylin – do 66%. Bez względu na wysoki poziom oporności odsetek ten rośnie nawet w krajach, w których poziom oporności znacznie przekracza już 50%. W ciągu ostatnich czterech lat w ponad połowie krajów, które przekazały dane, znacząco wzrosła również oporność *E. coli* na cefalosporyny trzeciej generacji. Oporność ta jest bezpośrednio związana z wysokim odsetkiem (85–100%) szczepów ESBL-pozytywnych wśród opornych izolatów w krajach, które w 2009 r. przekazały dane na temat ESBL.

Inne tendencje w występowaniu oporności, na temat których EARS-Net otrzymał dane, dają nadzieję, że krajowe wysiłki w zakresie kontroli zakażeń i starania ukierunkowane na powstrzymanie rozpowszechniania się oporności mogą w pewnych przypadkach spowodować wstrzymanie rozwoju oporności lub nawet odwrócić niepożądane tendencje w dziedzinie oporności, których przykładem jest rozwój opornego na metycylinę gronkowca złocistego (ang. methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA). Mimo że odsetek MRSA wśród *Staphylococcus aureus* nadal przekracza 25% w 10 z 28 państw, w pewnych krajach występowanie MRSA stabilizuje się lub zmniejsza się, a w Austrii, Francji, Irlandii, na Łotwie i w Wielkiej Brytanii zaobserwowano trwały spadek.

Ponadto w Wielkiej Brytanii wykazano stałe zmniejszenie się opornego odsetka *K. pneumoniae* w odniesieniu do wszystkich klas antybiotyków objętych nadzorem, a w kilku krajach (Grecja, Niemcy, Włochy i Francja) próby kontrolowania oporności *Enterococcus faecium* na glikopeptydy wydają się być udane i powodują ciągłą redukcję odsetka izolatów opornych. Tymczasem wysoka oporność *Enterococcus faecalis* na aminoglikozydy wydaje się stabilizować na stosunkowo wysokim poziomie. Większość krajów zgłosiła odsetek opornych izolatów wynoszący od 30 do 50%.

W przypadku *Streptococcus pneumoniae* niewrażliwość na penicylinę ma na ogół stabilny poziom w Europie, a w sześciu krajach zmniejszyła się niewrażliwość na makrolidy, przy czym żaden kraj nie zgłosił tendencji wzrostowej. Jeżeli chodzi o *Pseudomonas aeruginosa*, wiele krajów, szczególnie w południowej i wschodniej Europie, zgłosiło wysoki odsetek oporności na fluorochinolony, karbapenemy i wielooporności.

W przypadku kilku kombinacji środków przeciwdrobnoustrojowych i patogenów, np. oporności *E. coli*, *K. pneumoniae* i *P. aeruginosa* na fluorochinolony oraz MRSA, w Europie widoczna jest tendencja wzrostowa z północy na południe. Na ogół niższy odsetek oporności zgłaszany jest na północy, a wyższy na południu Europy, co prawdopodobnie odzwierciedla różnice w praktykach kontroli zakażeń, istnienie lub brak przepisów dotyczących przepisywania środków przeciwdrobnoustrojowych oraz inne czynniki, co do których wiadomo, że mają wpływ na występowanie oporności.

Jednakże w przypadku *K. pneumoniae* wzrostowe tendencje pod względem oporności na określone klasy antybiotyków i pod względem wielooporności zaobserwowano także w krajach północnoeuropejskich, takich jak Dania i Norwegia, gdzie tradycyjnie panuje ostrożnościowe podejście do stosowania antybiotyków.

Oprócz zwykłej analizy tendencji i ogólnego zarysu sytuacji ten raport EARS-Net za 2009 r. zawiera nowy rozdział tematyczny poświęcony dogłębnej analizie w odniesieniu do *E. coli* i MRSA. Analizy te oparte są wyłącznie na danych z laboratoriów przekazujących informacje systematycznie przez kilka lat. Dogłębna analiza potwierdza stały wzrost oporności wielolekowej i wskazuje na stały i znaczący spadek wrażliwości *E. coli* na środki przeciwdrobnoustrojowe na przestrzeni kilku lat. W przypadku MRSA zaobserwowany spadek prawdopodobnie odzwierciedla efektywność środków kontroli zakażeń na poziomie szpitali i może nawet dawać pewną nadzieję na powodzenie strategii powstrzymywania rozpowszechniania się oporności w innych dziedzinach.

Reasumując, dane za 2009 r. przekazane EARS-Net przez kraje uczestniczące zapewniają wiedzę bazową na temat występowania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w Europie oraz dokumentują niefortunne i stale zmniejszające się możliwości leczenia ważnych patogenów bakteryjnych środkami przeciwdrobnoustrojowymi.

10 Nadzór nad HIV/AIDS w Europie w 2009 r.

(Opublikowano w listopadzie 2010 r.)

Najważniejsze punkty

Zakażenia wirusem HIV pozostają istotnym problemem zdrowia publicznego w Europie, przy czym występują dowody na stałe przenoszenie zakażenia tym wirusem w Europie. Ogólnie rzecz biorąc, pomimo niepełnej sprawozdawczości nic jasno nie wskazuje na spadek liczby przypadków diagnozowanych w ciągu każdego roku. Od 2004 r. współczynnik nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia wirusem HIV odnotowanych na 100 000 mieszkańców wzrósł o blisko 30% – z 6,6 na 100 000 mieszkańców w 2004 r. do 8,5 na 100 000 mieszkańców w 2009 r. Liczba zdiagnozowanych przypadków AIDS nadal malała w Europejskim Regionie WHO, z wyjątkiem części wschodniej, gdzie zwiększyła się liczba przypadków AIDS. W 48 krajach stale przedstawiających dane na temat AIDS w latach 2004-2009 liczba zgłoszonych zdiagnozowanych przypadków AIDS zmniejszyła się z 2,0 przypadku na 100 000 mieszkańców do 1,0 przypadku na 100 000 mieszkańców.

- W 2009 r. 49 z 53 krajów Europejskiego Regionu WHO zdiagnozowało i zgłosiło 53 427 przypadków zakażenia wirusem HIV (brak dostępnych danych z Austrii, Monako, Rosji i Turcji). Największą liczbę zakażeń odnotowano w Estonii, Mołdawii, na Ukrainie i w Uzbekistanie.
- Czterdzieści osiem krajów zgłosiło 6 568 przypadków AIDS (brak dostępnych danych z Austrii, Szwecji, Monako, Rosji i Turcji).
- W 2009 r. kraje Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG) zgłosiły 25 917 nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia wirusem HIV (brak dostępnych danych z Austrii). W UE/EOG największą liczbę zakażeń odnotowano w Estonii, na Łotwie, w Portugalii i w Wielkiej Brytanii.
- W UE/EOG głównym sposobem przenoszenia zakażenia wirusem HIV jest stosunek płciowy między mężczyznami, a następnie kontakty heteroseksualne. Około 38% przypadków zgłaszanych jako zakażenia wskutek kontaktów heteroseksualnych dotyczyło osób pochodzących z krajów, w których występuje uogólniona epidemia HIV.
- Na trzech obszarach geograficznych/epidemiologicznych główny sposób przenoszenia zakażenia zależy od obszaru, co pokazuje duże zróżnicowanie w epidemiologii HIV w Europie. Chociaż przekazane dane sugerują, że we wschodniej części Europy głównym sposobem przenoszenia zakażenia stały się kontakty heteroseksualne, uwzględnienie przypadków z Rosji, dla której dane nie są dostępne w tym raporcie, znacząco zwiększyłoby względny odsetek zakażeń wskutek przyjmowania narkotyków drogą iniekcji. Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji byłoby wówczas przyczyną większej liczby zakażeń w całym regionie Europy, a zwłaszcza w jej wschodniej części. W środkowej Europie głównym sposobem przenoszenia zakażenia wirusem HIV jest stosunek płciowy między mężczyznami, a następnie kontakty heteroseksualne. Podobnie na Zachodzie głównym sposobem przenoszenia zakażenia są kontakty seksualne pomiędzy mężczyznami, a następnie kontakty heteroseksualne, z wyłączeniem przypadków osób pochodzących z krajów, gdzie panuje uogólniona epidemia HIV/AIDS.
- Przedstawione dane mają pewne ograniczenia wynikające z niepełnej sprawozdawczości, braku danych z szeregu państw oraz z nieprzedstawiania danych w terminie. Ogranicza to możliwość wyciągania wniosków na temat wielkości i zakresu epidemii HIV i AIDS w Europie. Gdyby skorygować dane pod kątem takich ograniczeń, ogólna liczba zakażeń wirusem HIV za 2009 r. prawdopodobnie zwiększyłaby się ponad dwukrotnie.

Zalecenia dotyczące nadzoru nad HIV/AIDS

Dane z nadzoru nad HIV/AIDS są niezbędne do monitorowania aktualnego stanu i tendencji w epidemii HIV oraz dla ukierunkowania reakcji podmiotów zdrowia publicznego. W związku z powyższym wszystkie kraje Europy powinny:

- wdrożyć krajowe systemy zgłaszania przypadków HIV i AIDS oraz zapewnić kompletność i terminowość przekazywania danych, oraz
- poprawić jakość przedstawianych danych, w szczególności w odniesieniu do prawdopodobnych dróg przenoszenia zakażenia i liczby komórek CD4.

Zalecenia dotyczące działań w obszarze zdrowia publicznego

Działania interwencyjne prowadzone w celu opanowania epidemii powinny być oparte na dowodach i dostosowane do danego kraju i jego sytuacji epidemiologicznej. Na podstawie dostępnych danych z nadzoru można sformułować następujące zalecenia:

- Dla krajów wschodnioeuropejskich: interwencje zmierzające do kontroli zakażeń wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, w tym programy redukcji szkód, powinny być podstawą strategii zapobiegania zakażeniom wirusem HIV. Należy także wzmocnić środki zapobiegające przenoszeniu

zakażenia poprzez stosunki heteroseksualne i ukierunkowane na osoby posiadające partnerów należących do grup wysokiego ryzyka.

- Dla krajów środkowoeuropejskich: w celu utrzymania obecnego niskiego poziomu epidemii działania zapobiegawcze powinny być dostosowane do warunków każdego kraju. Niemniej jednak, z uwagi na wzrost liczby zakażeń wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, w pierwszej kolejności należy wzmocnić interwencje, których celem jest kontrolowanie zakażeń wirusem HIV w tej grupie.
- Dla krajów zachodnioeuropejskich: interwencje zmierzające do kontrolowania zakażeń wirusem HIV wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami powinny być podstawą strategii zapobiegania HIV, obejmujących innowacyjne programy przeznaczone dla tej grupy. Interwencje dotyczące zapobiegania, leczenia i opieki muszą być tak dostosowane, aby docierały do populacji migrantów.
- Ogólnie należy promować poradnictwo w zakresie HIV i badania na obecność wirusa HIV w celu zapewnienia wczesnej diagnozy i dostępu do leczenia i poradnictwa, co ma pomóc w zapobieganiu dalszemu przenoszeniu się zakażenia lub w jego ograniczeniu, aby zmniejszyć liczbę osób, u których zakażenie zostaje późno zdiagnozowane, a także poprawić długoterminowe wyniki leczenia osób zakażonych. Należy zapewnić równy dostęp do leczenia i opieki w zakresie HIV wszystkim potrzebującym grupom populacji, aby kraje osiągnęły globalny cel dotyczący powszechnego dostępu do profilaktyki, leczenia i opieki oraz aby osiągnąć cele określone w komunikacie Komisji UE i planie działania „Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich w latach 2009-2013”.

Raporty specjalne

11 Wdrażanie Deklaracji dublińskiej w sprawie partnerstwa na rzecz walki z HIV/AIDS w Europie i Azji Środkowej: sprawozdanie z postępu prac za 2010 r.

(Opublikowano we wrześniu 2010 r.)

W lutym 2004 r. przedstawiciele krajów Europy i Azji Środkowej spotkali się w Dublinie i wydali deklarację koncentrującą się na przyspieszeniu wdrażania deklaracji o zaangażowaniu złożonej przez te państwa w 2001 r. podczas specjalnej sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych dotyczącej HIV/AIDS.

Jakie więc osiągnięto postępy? Jest to główny temat tego sprawozdania. Ma ono na celu udokumentowanie osiągnięć w oparciu o sprawozdania krajowe oraz w kontekście wybranych wskaźników istotnych dla krajów tego regionu. W sprawozdaniu tym wykorzystane są istniejące dane, jeśli jest to możliwe, i jest ono oparte ogólnie na poprzednich pracach, a w szczególności na sprawozdaniu wydanym w 2008 r. przez Biuro Regionalne WHO dla Europy i UNAIDS. Odpowiednio dostosowane kwestionariusze przesłano 55 krajom; odpowiedzi otrzymano od 49.

Przywódstwo i partnerstwo polityczne

Prawie wszystkie kraje zgłosiły, że posiadają strategiczne ramy reagowania na problem HIV (92%) i organ ds. zarządzania/koordynacji (84%). Osiem krajów zgłosiło opracowanie ram strategicznych w ciągu ostatnich pięciu lat, tj. od czasu deklaracji dublińskiej. Nie jest jednak jasne, czy te ogólne środki stanowią odpowiednie pełnomocnictwa w zakresie przywództwa politycznego w danym regionie w odniesieniu do HIV. Bardziej odpowiednimi środkami mogą być:

- stopień, w jakim zasoby finansowe przeznaczone na profilaktykę zakażeń wirusem HIV są właściwie kierowane do kluczowych grup ludności, takich jak: osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji, mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami i osoby świadczące usługi seksualne;
- stopień, w jakim kraje realizują najważniejsze działania interwencyjne, takie jak programy redukcji szkód adresowane do osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji i programy profilaktyki kierowane do mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, na wystarczającą skalę; oraz
- stopień, w jakim kraje zajmują się trudnymi, ale istotnymi kwestiami politycznymi związanymi ze zmarginalizowanymi i najbardziej zagrożonymi grupami ludności, takimi jak zapewnienie programów redukcji szkód adresowanych do osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w warunkach zakładów karnych oraz dostępność usług dla migrantów z krajów, gdzie panuje uogólniona epidemia HIV.

Ogólnie rzecz biorąc, istnieją poważne dowody na to, że w całym regionie społeczeństwo obywatelskie jest powszechnie uznawane za kluczowy podmiot w reagowaniu na problem HIV i że jest bardzo zaangażowane w tę reakcję. Na przykład prawie wszystkie kraje (98%) zgłosiły, że społeczeństwo obywatelskie jest w pewnym stopniu zaangażowane w opracowywanie ich ram strategicznych. Zgodnie z wnioskami z pierwszego sprawozdania z postępu prac w odniesieniu do deklaracji dublińskiej zarówno władze, jak i społeczeństwo obywatelskie zgłosiły konkretne korzyści płynące z włączenia społeczeństwa obywatelskiego w reagowanie na zagrożenie HIV. Społeczeństwo obywatelskie zauważyło, że w okresie od 2005 do 2007 r. poprawił się kontekst jego udziału w tym reagowaniu. Formalny udział sektora prywatnego w reagowaniu na zagrożenie HIV wydaje się być znacznie bardziej ograniczony.

Epidemia HIV w Europie i Azji Środkowej jest w dużym stopniu skoncentrowana wśród określonych grup ludności. Istnieją dowody na to, że pewne kraje tego regionu skutecznie skupiają finansowanie działań profilaktycznych na najbardziej zagrożonych grupach ludności. Takie podejście nie tylko zapewnia lepszą opłacalność, ale też daje nadzieję na uzyskanie ogólnie bardziej efektywnej reakcji. Chociaż środki finansowe na krajową reakcję na zagrożenie HIV w regionie pochodzą w coraz większym stopniu ze źródeł krajowych, istnieje pilna potrzeba zapewnienia ciągłego wsparcia finansowego w odniesieniu do reakcji na zagrożenie HIV w krajach o niskim i średnim poziomie dochodów w tym regionie. Ustanowienie stałych mechanizmów zapewniających to wsparcie finansowe powinno być priorytetem wszystkich krajów tego regionu.

Od czasu deklaracji dublińskiej nastąpiło radykalne zwiększenie środków finansowych dostępnych na globalną reakcję na zagrożenie HIV. Przed tą deklaracją, w 2002 r., zasoby dostępne na globalną reakcję na problem HIV wynosiły 1,2 mld USD. W 2008 r. środki te zwiększyły się ponad sześciokrotnie – do 7,7 mld USD. Do wzrostu tego przyczyniły się Stany Zjednoczone i niektóre państwa europejskie, zarówno poprzez inicjatywy dwustronne, jak i wielostronne. W 2008 r. 40% wszystkich nakładów państw donatorów na międzynarodową pomoc w zakresie AIDS pochodziło od państw członkowskich Unii Europejskiej (UE), państw należących do Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA) oraz od Komisji Europejskiej. Biorąc pod uwagę obecny światowy kryzys finansowy i konkurujące priorytety finansowe, ważne jest, aby kraje tego regionu sprostały wyzwaniu, jakim jest utrzymanie i

dalsze zwiększenie tego poziomu finansowania oraz zapewnienie najbardziej efektywnego wykorzystania tych środków finansowych.

Profilaktyka

Istnieją poważne dowody na to, że w Europie i Azji Środkowej problem HIV dotyczy w szczególności określonych ważnych grup ludności. Zapewnienie tym grupom wystarczającego dostępu do niezbędnych usług w zakresie profilaktyki HIV stanowi ustawiczne wyzwanie. W pierwszym sprawozdaniu z postępu prac dotyczącym deklaracji dublińskiej zwrócono uwagę na znaczenie nasilenia i poszerzenia ukierunkowanych działań w zakresie HIV mających na celu zmniejszenie nierówności. Kwestia ta nadal jest istotna w tym regionie.

Powszechnie wiadomo, że osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji są szczególnie zagrożone zakażeniem wirusem HIV i z pewnością problem ten dotyczy całego regionu. Oczywiście jest również, że można opanować przenoszenie się zakażenia wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, jeżeli efektywne usługi świadczone są na skalę wystarczającą do spowodowania różnicy. Do najważniejszych wskaźników skali należy liczba igieł/strzykawek rozprowadzonych rocznie na osobę przyjmującą narkotyki drogą iniekcji oraz odsetek osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji objętych substytucją opiatową. Konieczne jest, aby wszystkie kraje dążyły do zwiększenia zasięgu swoich programów, co pewnym krajom udało się już osiągnąć.

Powszechnie wiadomo również, że w niektórych krajach i regionach, w tym w pewnych częściach Europy, mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami są szczególnie dotknięci problemem HIV. Zagrożenie HIV dotyczy tych mężczyzn nie tylko w zachodniej części regionu, ale istnieją także dowody, że są oni w większym stopniu dotknięci HIV, niż wcześniej stwierdzono w innych częściach regionu. Dowody te potwierdzają wnioski z pierwszego sprawozdania z postępu prac, w których stwierdzono, że wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami panuje ukryta epidemia HIV. W pewnych krajach liczba zakażeń w tej grupie nadal rośnie. Przyczyny tej sytuacji są jednak niejasne i mogą różnić się w zależności od danego kraju. Potrzebne są dalsze dowody dotyczące tych przyczyn. Powinno dostarczyć ich trwające europejskie badanie internetowe skierowane do mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (ang. European MSM Internet Study, EMIS). Chociaż sposób dokładnego zmierzenia zasięgu programów adresowanych do tej grupy nie jest jasny, można zauważyć, że w wielu krajach zasięg ten pozostaje niski i że wskaźnik uprawiania seksu analnego bez zabezpieczenia nadal jest zbyt wysoki. Istnieją również dowody na to, że w pewnych krajach mniejsze jest prawdopodobieństwo dotarcia programów dotyczących HIV do tych konkretnych grup mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami – młodych, mieszkających poza dużymi miastami, gorzej wykształconych i deklarujących się jako biseksualiści.

Chociaż na całym świecie uważa się osoby świadczące usługi seksualne za szczególnie narażone na zakażenie HIV, istnieje mniej dowodów na to, że jest tak w przypadku tego regionu. Na przykład częstość występowania HIV wśród osób świadczących usługi seksualne jest stosunkowo niska w wielu krajach tego regionu. Nie odnosi się to jednak do wszystkich osób świadczących usługi seksualne. Większa częstość występowania zakażenia wirusem HIV istnieje wśród pewnych kategorii osób świadczących usługi seksualne, w tym osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji, mężczyzn i osób transpłciowych świadczących usługi seksualne, osób pochodzących z krajów, w których panuje uogólniona epidemia HIV/AIDS, oraz osób świadczących usługi seksualne na ulicy. W całej grupie osób świadczących usługi seksualne zgłoszony wskaźnik stosowania prezerwatyw podczas płatnego seksu jest stosunkowo wysoki i prawdopodobnie bardziej istotny niż ogólne wskaźniki dotyczące poziomu wiedzy tych osób.

Problem HIV dotyka w szczególności migrantów z krajów, w których panuje uogólniona epidemia HIV. Chociaż niektóre kraje niepokoją się innymi grupami migrantów, istnieje niewiele przekonujących dowodów na to, że grupy te są w nieproporcjonalnie dużym stopniu dotknięte HIV, niezależnie od innych ryzykownych zachowań takich jak przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji. Kwestie dotyczące migrantów związane są nie tylko z zapobieganiem zakażeniom wirusem HIV, ale także z zapewnieniem leczenia i opieki. W wielu krajach istnieją szczególne problemy związane z dostępem nielegalnych migrantów do niezbędnych usług takich jak terapia antyretrowirusowa (ART).

Więźniowie, szczególnie przyjmujący narkotyki drogą iniekcji, również są wysoce zagrożeni zakażeniem wirusem HIV w tym regionie. Chociaż dostrzega się konieczność, aby zakłady karne i społeczeństwo udostępniały takie same usługi w zakresie HIV, w wielu krajach tego regionu sytuacja jest odmienna. Państwa UE/EFTA wykazują znaczną przewagę pod względem zapewnienia substytucji opiatowej w zakładach karnych, ale w wielu innych krajach tego regionu podejście to nie jest stosowane. Przywództwo to nie było tak konsekwentne w odniesieniu do zapewnienia jałowego sprzętu do iniekcji w zakładach karnych.

Stopień, w jakim młodzież jest szczególnie zagrożona zakażeniem wirusem HIV w krajach tego regionu, okazał się być w tym przeglądzie kwestią kontrowersyjną. Najwyraźniej młodzieży nie można uważać za homogeniczną grupę pod względem zagrożenia zakażeniem wirusem HIV. Niemniej jednak w przypadku pewnych osób, np. młodych osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji i młodych mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami, ryzyko zakażenia jest znaczne. Istnieją pewne dowody na to, że działania w ramach programów mogą w mniejszym stopniu docierać do tych grup niż do starszych grup wiekowych. Chociaż ponad trzy czwarte krajów zgłosiło, że edukacja w zakresie HIV stanowi część programu nauczania w szkołach ponadpodstawowych, zaniepokojenie budzi fakt, że edukacja w dziedzinie zdrowia seksualnego nie jest dostępna dla całej młodzieży w tym regionie, w szczególności w przypadku osób najmłodszych, np. w szkołach podstawowych.

Życie z HIV

Od czasu przyjęcia deklaracji dublińskiej wszystkie kraje, które posiadają dostępne dane na temat tendencji, zgłosiły wzrost liczby osób objętych leczeniem antyretrowirusowym. Istnieją jednak obawy, że wiele z tych krajów zaczynało od bardzo niskiego poziomu świadczenia tego rodzaju leczenia, a także co do tego, czy wszystkie osoby potrzebujące leczenia bezzwłocznie je otrzymują. Główny problem dotyczący natychmiastowego zapewnienia leczenia osobom potrzebującym nie jest związany z zapewnieniem leczenia osobom, co do których wiadomo, że go potrzebują, np. osobom z liczbą komórek CD4 < 350 komórek/mm³. Problem ten dotyczy raczej stopnia, w jakim osoby zakażone wirusem HIV w tym regionie i potrzebujące leczenia nie wiedzą o tym zakażeniu, tj. zakażenie to nie zostało u nich zdiagnozowane. Dane ECDC za 2008 r. wskazują na to, że w 21 krajach, które przekazały dane dotyczące liczby komórek CD4 obecnej w momencie zdiagnozowania, u ponad połowy osób, u których odnotowano liczbę komórek CD4, liczba ta w momencie zdiagnozowania wynosiła mniej niż 350/mm³. Te dane liczbowe budzą ogromny niepokój, ponieważ sygnalizują, że w tym regionie znaczna liczba osób rozpoczyna leczenie antyretrowirusowe później, niż jest to zalecane.

Prawie wszystkie kraje (84%) zgłaszają, że problemy stygmatyzacji i dyskryminacji są uwzględnione w krajowych strategiach lub ramach działania w odniesieniu do HIV i AIDS, ale nie jest to konsekwentnie odzwierciedlone w polityce i programach. Istnieją również poważne dowody na to, że w krajach tego regionu istnieją głęboko zakorzenione postawy stygmatyzujące i dyskryminacyjne, a zakres korzystania z dostępnych mechanizmów mających na celu zwalczanie stygmatyzacji i dyskryminacji jest niejasny. Od czasu pierwszego sprawozdania z postępu prac dotyczącego deklaracji dublińskiej sytuacja ta nie uległa znaczącej poprawie.

Monitorowanie deklaracji dublińskiej

Jedno z zobowiązań w ramach deklaracji dublińskiej dotyczyło monitorowania jej wdrożenia. Komisja Europejska powierzyła ten obowiązek ECDC. Sprawozdanie to jest wynikiem procesu zainicjowanego przez ECDC w celu wykonania tego zadania. Oparte jest ono na informacjach przekazanych przez wiele różnych osób i organizacji. Wkład w dane zawarte w sprawozdaniu wniosło w szczególności 49 krajów uczestniczących w tym przeglądzie.

Dwie z zasad stosowanych w trakcie tego przeglądu zakładały stosowanie istniejących danych i wskaźników tam, gdzie jest to możliwe, oraz zagwarantowanie, że śledzone wskaźniki są istotne dla kontekstu krajów europejskich i środkowoazjatyckich. Chwilami występowały napięcia między tymi zasadami, w szczególności co do stopnia, w jakim wskaźniki i dane UNGASS mogą być wykorzystane na potrzeby przeglądu. Tam, gdzie było to możliwe, stosowano wskaźniki UNGASS. W przypadku gdy kraje wcześniej przekazywały dane UNGASS, wykorzystywano te dane. Otrzymano dane z 12 krajów, które w 2008 r. nie przedłożyły sprawozdań UNGASS. Przegląd ten w szczególności umożliwił krajom przekazanie dostępnych danych dotyczących określonych zagadnień, nawet jeśli dane te nie odpowiadały ściśle wskaźnikom UNGASS. Ponadto zebrano informacje na temat pewnych grup ludności, dla których nie ma konkretnych wskaźników UNGASS, np. więźniów i migrantów z krajów, w których panuje uogólniona epidemia. Przegląd ten zawiera wniosek, że można byłoby osiągnąć większą liczbę odpowiedzi w ramach sprawozdawczości krajów na rzecz UNGASS, gdyby:

- wskaźniki były bardziej istotne dla danego regionu;
- korzyści płynące z międzynarodowej sprawozdawczości były jaśniej przedstawione;
- obciążenie sprawozdawcze krajów było ograniczone do jednego skoordynowanego procesu sprawozdawczości międzynarodowej.

Szybkie zajęcie się tymi kwestiami okazało się pilną sprawą dla państw regionu, które uczestniczyły w przeglądzie. ECDC jest zobowiązane do odgrywania głównej roli w tym procesie regionalnym.

12 Pandemia A(H1N1) w Europie w 2009 r. - przegląd doświadczeń

(Opublikowano w listopadzie 2010 r.)

Celem tego poszerzonego raportu jest zapewnienie szerszego przeglądu epidemiologii i wirusologii pandemii z 2009 r. w krajach Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG) (27 państwach członkowskich oraz w Norwegii i Islandii). Raport ten zawiera ważne informacje podstawowe na temat epidemii i pandemii grypy, szczególnie jej zmienności i nieprzewidywalności. Podstawowe tendencje i informacje pochodzą z analizy i interpretacji danych epidemiologicznych i wirusologicznych oraz z innych analiz przekazanych do Europejskiego Systemu Nadzoru (TESSy) Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) za pośrednictwem Europejskiej Sieci Nadzoru nad Grypą (EISN).

Te dane i analizy wskazują na to, że po pojawieniu się w Ameryce Północnej wirus pandemiczny zaczął przenosić się w Europie około 16 tygodnia 2009 r. Wirus ten spełniał wcześniej określone kryteria pandemii w Europie, jak i na innych obszarach. Dzięki pomocy ze strony Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i krajów spoza Europy już dotkniętych tym wirusem ECDC i państwa członkowskie UE/EOG szybko opracowały i przyjęły nadzór dostosowany do tej pandemii. Opiera się on na wcześniej istniejących systemy, ale uwzględnia nowe elementy mające na celu monitorowanie sytuacji wśród osób poważnie dotkniętych wirusem pandemicznym. Ponadto wykorzystano metody wywiadu epidemiologicznego i ukierunkowanej obserwacji naukowej, aby możliwie wcześniej określić ważne parametry potrzebne do przemyślanej oceny ryzyka, dostosowania prognoz i przemyślanych środków zaradczych.

W ramach Europejskiej Sieci Nadzoru nad Grypą zgłoszono wstępną falę przenoszenia choroby na przełomie wiosny i lata, która pojawiła się w większości krajów, ale miała poważny charakter zaledwie w kilku państwach, szczególnie w Wielkiej Brytanii. Współczynnik przenoszenia przez pewien czas malał wraz z upływem okresu letniego, lecz później ponownie wzrósł na początku jesieni, zaraz po ponownych otwarciu szkół. Tym razem choroba dotknęła wszystkich krajów – zaobserwowano przemieszczanie się fali jesienno-zimowej z zachodu na wschód przez cały kontynent. Światowa Organizacja Zdrowia oficjalnie ogłosiła pandemię w 32 tygodniu 2010 r.

W większości krajów jesienno-zimowa fala zakażeń miała ostry kształt, utrzymywała się około 14 tygodni i towarzyszyła jej podobna fala hospitalizacji i zgonów. Istniało jednakże różnicowanie pod względem dotkliwości choroby, ponieważ różniło się ono w zależności od miejsca, a nawet w obrębie krajów. Ogółem kraje UE/EOG zgłosiły 2 900 oficjalnych zgonów w ciągu pierwszych 12 miesięcy, kiedy to państwa członkowskie czyniły szczególne wysiłki w zakresie gromadzenia tych danych. Uznaje się jednak, że jest to tylko część faktycznej liczby zgonów spowodowanych pandemią. Wykryto nadmiar zgonów dzieci w wieku szkolnym spowodowanych dowolnymi przyczynami. Chociaż był to wirus grypy nigdy wcześniej niewidziany, wcześniejsze narażenie na przypuszczalnie podobny antygenowo wirus grypy krążący przed połową lat 50. XX w. zapewniło wielu starszym osobom w Europie wcześniejszą odporność. Fakt ten, nie wyjątkowy dla pandemii z 2009 r., wyjaśnia dwie spośród wartych odnotowania różnic w stosunku do grypy międzypanemicznej, tj. sezonowej: ogólną niższą umieralność oraz wyższe od oczekiwanych względne obciążenie chorobą i współczynnik śmiertelności wśród młodzieży. Chociaż wiele starszych osób wydawało się być chronionych, wśród starszych osób, które nie były odporne, wystąpiły najwyższe współczynniki śmiertelności spośród wszystkich grup wiekowych.

Wirus pandemiczny zastąpił wcześniej dominujące wirusy międzypanemicznej grypy A, chociaż wirusy grypy B nadal pojawiły się pod koniec sezonu w małej liczbie przypadków. Jedynie niewielka liczba wirusów pandemicznych okazała się być odporna na oseltamiwir, a spośród nich bardzo niewielka część wydawała się zdolna do przenoszenia się z jednej osoby na inną. Chociaż wirusy pandemiczne nie są identyczne, to do tej pory istnieje niewiele dowodów na znaczącą zmianę lub pojawienie się nowych dominujących wariantów. Sugeruje się, że jeden z wariantów – A(H1N1)-D222G – związany był poważniejszą chorobą, chociaż nie ustalono związku przyczynowego.

Chociaż niepotwierdzone dowody wskazują na to, że istniały łagodniejsze i bezobjawowe przypadki w porównaniu z grypą międzypanemiczną, to istniało wystarczająco dużo przypadków zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ang. acute respiratory distress syndrome, ARDS) – schorzenia bardzo rzadko występującego przy grypie międzypanemicznej – aby w wielu miejscach położyć nacisk na usługi intensywnej opieki medycznej. Najwyższe współczynniki zachorowalności dotyczyły małych dzieci, a raporty krajów wykazują, że najwyższa liczba zakażeń wystąpiła wśród dzieci w wieku szkolnym. Te wysokie współczynniki zachorowalności wywołały szczególne obciążenie usług podstawowej opieki zdrowotnej, szpitalnych usług pediatrycznych, a szczególnie oddziałów intensywnej opieki medycznej w niektórych lokalizacjach.

Pewne ograniczone dane pochodzące z badań serologicznych są obecnie udostępniane i potwierdzają dane z nadzoru wskazujące na wyższe współczynniki przenoszenia choroby, niż oczekiwano w oparciu o oznaki kliniczne. Jednak nie są one jeszcze wystarczające do dokonania wiarygodnej prognozy tego, co stanie się następną zimą (2010/2011). Pod tym względem najważniejsze były doświadczenia krajów strefy umiarkowanej południowej półkuli w czasie europejskiego lata w 2010 r.

Na wczesnym etapie pandemia była znacznie mniej poważna, niż się obawiano. Podkreślono to we wczesnej ocenie ryzyka ECDC⁶, raportach WHO i w informacjach przekazanych przez ECDC na spotkaniach z organami krajowymi i europejskimi. Przy niskim poziomie nieobecności doszło do niewielkiego wpływu na usługi poza sektorem opieki zdrowotnej. Ta i inne cechy oznaczają, że zapewne była to najłagodniejsza pandemia, jakiej Europa mogła sobie życzyć.

Jako że pandemia z 2009 r. była mniejszym zagrożeniem niż to, na które wiele krajów się przygotowało, zbadano przy tej okazji elastyczność istniejących planów. Elastyczność tę zademonstrowano poprzez szybkie udostępnienie badań diagnostycznych, podobnie jak farmaceutycznych środków profilaktycznych takich jak leki przeciwwirusowe – wirus był mało oporny na inhibitory neuraminidazy, ale niemal całkowicie oporny na starsze adamantany – a odpowiednie szczepionki zostały opracowane szybciej niż kiedykolwiek wcześniej. Każde z tych osiągnięć wywołało jednak własne problemy i pojawiły się nowe wyzwania i niespodzianki. Jak już wspomniano, liczba przypadków zespołu ostrej niewydolności oddechowej była wyższa od oczekiwanej, gdy wiele oddziałów intensywnej opieki medycznej było już obciążonych, a inne oddziały szpitalnie nie pracowały aż tak intensywnie. Miło widzianą niespodzianką stanowił fakt, że pospiesznie przygotowane szczepionki przeciwko wirusowi pandemicznemu wykazały tak dobrą reakcję immunologiczną, że w przypadku wielu postaci użytkowych dorośli potrzebowali tylko jednej dawki. Okazały się one również skuteczne i bezpieczne w dopuszczalnym zakresie, chociaż nadal należy utrzymywać nadzór po wprowadzeniu do obrotu, aby ustalić, na ile faktycznie są one bezpieczne. Po udostępnieniu szczepionek zostały one przyjęte przez pracowników służby zdrowia z różnym entuzjazmem. Wiarygodne dane dotyczące objęcia ludności tymi szczepionkami na poziomie UE nie są jeszcze dostępne, ale wrażenie jest takie, że zasięg ten będzie w Europie bardzo zmienny, a tylko niektóre kraje osiągną wysoki poziom objęcia szczepionkami całej ludności lub docelowych grup ryzyka.

Brak powszechnej akceptacji tej szczepionki wynika po części z trudności przekazania złożonego komunikatu o ryzyku, który zasadniczo polegał na informowaniu ludzi, że jeżeli nie należą do grupy ryzyka (małe dzieci, osoby z przewlekłymi problemami zdrowotnymi i kobiety w ciąży), to ryzyko poważnej choroby w następstwie zakażenia jest bardzo niskie. Ponieważ jednak 25-30% oficjalnych zgonów nastąpiło w przypadku osób wcześniej zdrowych, w wieku poniżej 65 lat, drugi komunikat był taki, że istnieje małe, ale realne ryzyko wystąpienia poważnej choroby i zgonu wskutek pandemii u wszystkich zdrowych dorosłych i dzieci. Wyzwania związane z powiadamianiem o ryzyku były zatem znaczące.

Z drugiej strony prawdopodobnie słuszne będzie stwierdzenie, że kraje UE/EOG dość dobrze zarządziły reakcją na pandemię. Żaden kraj nie zareagował nadmiernie, a systemy opracowane przez Komisję, WHO i ECDC na potrzeby dyskusji oraz wymiany informacji i analiz okazały się prężne i przydatne. Sprawowany przez EISN nadzór wirusologiczny i oparty na przypadkach w podstawowej opiece zdrowotnej funkcjonował dobrze i służył poszerzaniu danych pochodzących ze wywiadu epidemiologicznego ECDC i źródeł ukierunkowanej obserwacji naukowej. Mniej udana była wymiana analiz z krajami w pierwszej kolejności dotkniętymi pandemią. Na szczęście dane i analizy były szybko dostępne z Ameryki Północnej i półkuli południowej. Pomimo wielu już rozpoczętych przeglądów i działań w zakresie nabytych doświadczeń istnieje kilka ogólnych zagadnień, które powinny stać się oczywiste natychmiast:

- uzgodnione definicje dotkliwości pandemii są konieczne do zwiększenia elastyczności planów gotowości;
- rutynowe systemy nadzoru ustanowione przed pandemią systemy zagwarantują, że mniejsza będzie potrzeba dokonywania zmian w czasie kryzysu, a nawet pandemii;
- powinien istnieć lepszy rutynowy nadzór nad poważnymi przypadkami choroby u osób w szpitalach i nad zgonami;
- w przyszłości wymiana analiz pochodzących z pierwszych krajów dotkniętych pandemią musi funkcjonować lepiej;
- wiele prac, w tym w zakresie badań i rozwoju, należy wykonać w celu udostępnienia seroepidemiologii w czasie rzeczywistym; oraz
- modelowanie w trakcie pandemii powinno być ściślej związane z polityką i operacjami w całej Europie, a nie tylko w jednym kraju lub w dwóch.

Planowanie pandemiczne będzie obecnie wymagało ponownej analizy, ponieważ występowanie tej pandemii nie wyklucza możliwości pojawienia się kolejnej w niedalekiej przyszłości, na przykład epidemii H5 lub H7. Następną generacją planów musi obejmować bardziej elastyczne reagowanie na różne stopnie dotkliwości i różne połączenia określonych przez ECDC „znanych niewiadomych” dotyczących pandemii. Byłoby to bardziej wykonalne, gdyby w Europie osiągnięto porozumienie co do oceny dotkliwości oraz dopasowania poziomów reakcji do różnych skal i charakterystyk. Te kolejne plany muszą również zapewniać konsolidację i stabilność systemów nadzoru nad gripą wprowadzonych w celu zaspokojenia potrzeb związanych z pandemią, szczególnie w odniesieniu do ostrych zakażeń układu oddechowego, przypisywanej umieralności i w końcu do nadzoru seroepidemiologicznego. Te prace w zakresie nadzoru muszą być traktowane priorytetowo. Należy przyznać na ten cel odpowiednie zasoby oraz

⁶ Dostępna pod adresem:

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

umożliwić rozwój i badanie tego nadzoru w czasie okresu międzypandemicznego, tak aby był on bardziej prężny i skuteczny w chwili pojawienia się kolejnego poważnego kryzysu.

13 Dążenie do wyeliminowania zachorowań na gruźlicę – działania następcze dotyczące ramowego planu działania na rzecz zwalczania gruźlicy w Unii Europejskiej

(Opublikowano w listopadzie 2010 r.)

Wprowadzenie

W 2008 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) rozpoczęło realizację ramowego planu działania na rzecz zwalczania gruźlicy w Unii Europejskiej. Na podstawie wniosku komisarza UE ds. zdrowia o opracowanie ram monitorowania wspierających ten plan ECDC obecnie przygotowało działania następcze dotyczące ramowego planu działania. Celem działań następczych dotyczących ramowego planu działania jest: zapewnienie przeglądu aktualnego środowiska strategicznego w odniesieniu do kontroli gruźlicy w UE oraz przedstawienie powiązania tego środowiska z sytuacją globalną, a także opisanie epidemiologicznych i strategicznych ram monitorowania, które umożliwiłyby ocenienie postępów w zakresie eliminowania gruźlicy w UE.

Środowisko strategiczne na szczeblu europejskim i światowym

Aktualny poziom epidemii gruźlicy w UE wymaga określonych ram monitorowania bezpośrednio istotnych dla europejskiego kontekstu epidemiologicznego i łatwych do stosowania przez państwa członkowskie. Z tego względu opracowanie ram monitorowania wymaga dokładnego zrozumienia środowiska epidemiologicznego i strategicznego, które ma być monitorowane. Dlatego też w sprawozdaniu uzupełniającym przedstawiono przegląd aktualnego środowiska w UE i na świecie, dostrzegając potrzebę opracowania szeroko zakrojonej strategii kontrolowania gruźlicy z uwagi na zglobalizowany kontekst epidemii tej choroby.

Monitorowanie ramowego planu działania

W sprawozdaniu tym zaproponowano podstawowe wskaźniki oraz cele epidemiologiczne i operacyjne, które miałyby stanowić integralną część ram monitorowania. Te wskaźniki i cele są zgodne z tymi już monitorowanymi w ramach istniejącej współpracy globalnej i regionalnej. Na ogół można je otrzymać na podstawie informacji już zebranych i zgłoszonych przez kraje. Wszystkie podstawowe wskaźniki dotyczące działań następczych mają ścisły związek z ośmioma obszarami strategicznymi ramowego planu działania, co umożliwia ocenienie postępów osiągniętych w każdym z tych obszarów.

Wskaźniki epidemiologiczne

- 1 Tendencje w zgłaszanej zachorowalności na gruźlicę
- 2 Tendencje w zgłaszanej zachorowalności na gruźlicę wielolekooporną
- 3 Tendencje w stosunku zgłaszanej zachorowalności wśród dzieci do zachorowalności wśród dorosłych
- 4 Tendencje w średnim wieku chorych na gruźlicę

Wskaźniki operacyjne

- 1 Dostępność krajowego planu kontroli gruźlicy
- 2 Dostępność wytycznych w zakresie wdrażania krajowego planu kontroli gruźlicy
- 3 Odsetek krajowych laboratoriów referencyjnych w dziedzinie gruźlicy (spełniających normy europejskiej sieci laboratoriów referencyjnych w dziedzinie gruźlicy - ERLN-TB) osiągających wystarczające wyniki w zewnętrznym systemie zapewniania jakości
- 4 Dostępność strategii wprowadzania i wdrażania nowych narzędzi na potrzeby kontroli gruźlicy
- 5 Odsetek nowych przypadków gruźlicy płuc potwierdzonych w posiewie i odsetek przypadków zbadanych pod kątem oznaczania wrażliwości na leki pierwszej linii
- 6 Odsetek państw członkowskich zgłaszających wskaźnik efektywności leczenia
- 7 Wskaźnik efektywności leczenia
- 8 Odsetek pacjentów z gruźlicą, w przypadku których ustalono, czy są nosicielami HIV

Załącznik: Publikacje ECDC w 2010 r.

Raporty techniczne

Maj

Risk assessment on Q fever

Czerwiec

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

Wrzesień

Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies

Październik

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

Listopad

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Grudzień

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

Zalecenia ECDC

Październik

Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Also 'In brief']

Grudzień

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA). Part 2: Operational guidelines. Second edition

Raporty z nadzoru

Marzec

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Maj

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Październik

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

Listopad

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Raporty specjalne

Lipiec

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report: Summary

Wrzesień

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report

Listopad

The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience

Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union

Raporty ze spotkań

Styczeń

First annual meeting of the invasive bacterial infections surveillance network in Europe

Luty

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Marzec

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Kwiecień

Second annual meeting of the European Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses Network

Maj

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Czerwiec

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Lipiec

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Grudzień

Developing health communication research: a focus on communicable diseases—challenges and opportunities

Raporty z misji

Luty

Public consultation and the advancement of the health system in the Former Yugoslav Republic of Macedonia

Październik

West Nile virus infection outbreak in humans in Central Macedonia, Greece – July–August 2010

Dokumenty techniczne

Marzec

Climate change and communicable diseases in the EU Member States: Handbook for national vulnerability, impact and adaptation assessments

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

Wrzesień

Conducting health communication activities on MMR vaccination

⁷ Opublikowane przez WHO.

Publikacje zbiorowe

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Publikacje regularne

Weekly/bi-weekly influenza surveillance overview (42 issues in 2010)

Influenza virus characterisation, summary Europe (9 issues in 2010)