



ECDC **CORPORATE**

Súhrn kľúčových publikácií 2009

ECDC **CORPORATE**

Súhrn klíčových publikací 2009



Štokholm, január 2010.

© Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb, 2010.

Reprodukcia je povolená pod podmienkou uvedenia zdroja.

Obsah

Úvod.....	1
Technické správy.....	2
1. Usmernenia pre hodnotenie rizík infekčných chorôb prenášaných v lietadlách	2
2. Surveillance a štúdie týkajúce sa pandémie v Európe	3
3. Usmernenia k opatreniam verejného zdravotníctva na zníženie vplyvu pandémie chrípky v Európe: „Menu ECDC “	4
4. Edícia Zdravie migrantov: Prístup k prevencii HIV, liečbe a starostlivosti o migrujúce populácie v krajinách EÚ/EHP	11
5. Edícia Zdravie migrantov: Epidemiológia HIV a AIDS v komunitách migrantov a etnických menšín v krajinách EÚ/EHP	13
6. Mapovanie surveillance správania v súvislosti s HIV/STI v Európe	16
7. Bakteriálna výzva: čas konať (spoločná technická správa ECDC/EMEA).....	18
8. Efektívnosť behaviorálnych a psychosociálnych preventívnych intervencií v oblasti HIV/STI v prípade MSM v Európe	22
Usmernenia.....	23
9. Kontrola chlamýdií v Európe.....	23
10. Používanie antivirových liečiv proti chrípke počas pandémie chrípky vo verejnom zdravotníctve	25
11. Použitie špecifických vakcín proti pandemickej chrípke počas pandémie chrípky typu H1N1 v roku 2009	28
Správy o surveillance	30
12. Surveillance tuberkulózy v Európe v roku 2007.....	30
13. Výročná epidemiologická správa o prenosných chorobách v Európe 2009	32
14. Surveillance HIV/AIDS v Európe za rok 2008	40
Príloha: Publikácie ECDC v roku 2009.....	42

Úvod

Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) uverejnilo v roku 2009 celkovo 43 vedeckých dokumentov. Hlavné body sa týkajú publikácií:

- *Výročná epidemiologická správa o prenosných chorobách v Európe 2009*, tretie vydanie výročnej publikácie centra ECDC obsahujúce komplexný súhrn údajov zo surveillance z roku 2007 a hrozieb monitorovaných v roku 2008,
- *Surveillance tuberkulózy v Európe 2007* a *Surveillance HIV/AIDS v Európe 2008*, obe správy boli pripravené spolu s Regionálnym úradom Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu (WHO EURO) a zaoberajú sa situáciou v Európskej únii (EÚ) a krajinách Európskeho hospodárskeho priestoru (EHP), ako aj v ďalších 23 krajinách regiónu WHO EURO,
- *Edícia Zdravie migrantov*, zbierka publikácií zameraných na otázky súvisiace s chorobami, v ktorých sa uvádza analýza údajov, zhrnutie dôkazov, výklad intervencií v oblasti migrácie a vybraných infekčných chorôb a usmernenia k nim. Prvé dva dokumenty uverejnené v roku 2009 boli zamerané na HIV/AIDS,
- *Bakteriálna výzva: čas konať*, technická správa o sklze pri probléme v súvislosti s infekciami v dôsledku vzniku baktérií rezistentných na viaceré lieky a vývojom nových antibiotík na riešenie tohto problému, publikácia pripravená spoločne s Európskou agentúrou pre lieky a
- *Mapovanie surveillance správania v súvislosti s HIV/STI v Európe*, podrobná analýza súčasnej situácie týkajúcej sa programov týkajúcich sa surveillance správania v súvislosti s HIV a sexuálne prenosnými infekciami (STI) v EÚ a krajinách Európskeho združenia voľného obchodu (EZVO).

Súhrny vybraných dokumentov ECDC, ako dokumenty uvedené vyššie, boli na účely sprístupnenia tvorcom politik vyhotovené vo všetkých jazykoch EÚ plus v islandčine a nórcine. Odzrkadľujú obsah pôvodných publikácií, avšak v procese prípravy súhrnu sa mohli niektoré dôležité jemné rozdiely stratiť. Čitatelia, ktorí potrebujú podrobnejšie informácie, môžu nájsť plné znenie dokumentov online na stránke: www.ecdc.europa.eu.

V prílohe je uvedený zoznam všetkých publikácií ECDC v roku 2009. Všetky sú dostupné v elektronickej forme na uvedenom odkaze s krátkym opisom príslušného obsahu. Vybrané správy sú dostupné aj v tlačenej forme. Ak máte záujem o tlačенú verziu ktoréhokoľvek vyššie uvedeného dokumentu, môžete o jeho zaslanie požiadať na e-mailovej adrese publications@ecdc.europa.eu.

Technické správy

1. Usmernenia pre hodnotenie rizík infekčných chorôb prenášaných v lietadlách

(uverejnené v júni 2009)

Počet cestujúcich vo vnútroštátnej a medzinárodnej komerčnej leteckej doprave v posledných rokoch neustále rastie. Medzinárodné letiská každý deň vítajú milióny cestujúcich a umožňujú im za niekoľko hodín absolvovať cestu po zemeguli. Meniace sa cestovné zvyklosti môžu zároveň prispievať k vzniku nových hrozieb: v uzavretom prostredí kabín moderných lietadiel cestujúci môžu byť vystavení rôznym infekčným chorobám, ktorými sú postihnutí ich spolucestujúci.

Výskyt závažného akútneho respiračného syndrómu (SARS) v roku 2003 ukázal, aký môže byť potenciál novej choroby, ktorá sa náhle objaví a rozšíri leteckou dopravou po celom svete. Včasná detekcia infekčných chorôb na palube lietadla spolu s rýchlym hodnotením rizík je rozhodujúca pri iniciovaní reakcie verejného zdravotníctva. Po detekcii rizika pre verejné zdravie je nutné vyhľadať cestujúcich, ktorí boli počas letu vystavení chorobe, čo je základným krokom na potlačenie ďalšieho šírenia a hlavnou výzvou pre odborníkov v oblasti verejného zdravotníctva na celom svete.

V rámci projektu RAGIDA („usmernenia pre hodnotenie rizík infekčných chorôb prenášaných v lietadlách“) sa kombinujú dôkazy získané z vedeckej literatúry s odbornými poznatkami s cieľom zabezpečiť prístupné možnosti pre rozhodovacie subjekty. Projekt RAGIDA môže poskytnúť cennú pomoc pri určovaní spúšťacích mechanizmov a pri rozhodovaní, či treba vyhľadať leteckých cestujúcich a posádku, ktorí boli vystavení infekčným chorobám počas letu.

Odborníci z Inštitútu Roberta Kocha a ECDC sa dohodli na 12 chorobách pre projekt RAGIDA: tuberkulóza (TBC), chrípka, SARS, meningokoková infekcia, osýpky, rubeola, diftéria, hemoragická horúčka Ebola, hemoragická horúčka Marburg, horúčka Lassa, kiahne a antrax. Systematicky sa preskúmalo viac ako 3 700 vedeckých článkov a zdrojov šedej literatúry s cieľom posúdiť presné okolnosti, ktoré vedú k prenosu týchto infekčných chorôb na palube lietadla. Okrem toho sa uskutočnilo systematické vyhľadávanie usmernení k hodnoteniu rizík a riadeniu rizík týchto infekčných chorôb od medzinárodných komisií pre letectvo a vnútroštátnych a medzinárodných zdravotníckych orgánov. Ďalšie informácie sa získali od 73 odborníkov z 38 krajín, ktorí boli kontaktovaní, aby poskytli odporúčania.

Z výsledkov systematickej rešerše literatúry vyplýva, že na palube lietadla sa pomerne často prenášajú TBC, chrípka, SARS, meningokoková infekcia a osýpky. Počet článkov, v ktorých sa uvádzal potvrdený prenos niekto z týchto chorôb v lietadle, bol prekvapujúco nízky, najmä s prihliadnutím na veľký počet potenciálnych kontaktov. Vzhľadom na tieto výsledky celkový počet prípadov prenosu v lietadle je pomerne nízky. Aj keď sa ťažko vyvodzujú závery o počte infekcií vznikajúcich v dôsledku prenosu v lietadlách, ukazuje sa, že potenciál šírenia infekčných chorôb na palubách lietadiel nie je vyšší ako na zemi.

Celkove sme naďalej presvedčení, že hodnotenie rizík a rozhodnutie vyhľadať cestujúcich by sa malo uskutočňovať na základe jednotlivých prípadov a mali by sa zohľadniť také faktory, ako potenciál šírenia epidémie, infekčnosť a patogenita indexových pacientov, funkčnosť palubných systémov vetrania, intenzita kontaktov a informácie o miestach na sedenie – ako sa navrhuje v tejto technickej správe.

2. Surveillance a štúdie týkajúce sa pandémie v Európe

(uverejnené v júni 2009)

Surveillance a štúdie týkajúce sa pandémie sú zložitou témou, ktorá zahŕňa, ako sa uvádza v tejto správe, štyri rôzne zložky:

- 1) včasná detekcia a skúmanie;
- 2) komplexné včasné posúdenie;
- 3) monitorovanie a
- 4) rýchle zistenie účinnosti a vplyvu protipatrení (vrátane bezpečnosti farmaceutických protipatrení) pre dosiahnutie zmiernenia pandémie.

V Európe je pravdepodobnosť vzniku pandémie malá, a preto sa včasná detekcia a skúmanie pravdepodobne uskutoční inde, v Európe však budú potrebné ďalšie tri postupy. Laboratórna (mikrobiologická) surveillance bude základom všetkých zložiek, ale obvykle bude zahrnutá do epidemiologickej a klinickej surveillance. Včasné posúdenie (zložka 2) je zásadné, pretože určité dôležité parametre budúcej pandémie nemožno predpovedať. Včasné posúdenie sa nemusí uskutočniť v každej krajine. Najvhodnejšie bude, keď sa uskutoční v prvých zasiahnutých európskych krajinách s podporou Európskeho centra pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) a Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a obmedzí sa na stanovenie „strategických parametrov“. Podľa hodnôt týchto parametrov sa určí, ktoré opatrenia verejného zdravotníctva a klinické opatrenia sú najvhodnejšie na dosiahnutie úspechu. Výsledky z nových krajín by sa potom mohli ihneď oznámiť všetkým ostatným krajinám.

Súčasťou včasného posúdenia bude odhad závažnosti pandémie. Bude to zložité, ale nevyhnutné, pretože v niektorých vnútroštátnych európskych plánoch sa predpokladá spustenie dôraznejších intervencií v prípade závažnej pandémie. Predpokladá sa, že sa WHO ujme vedenia pri tomto posudzovaní. Bude však potrebné aj európske stanovisko v súvislosti s hodnotením rizík, pretože zložitosť pojmu závažnosť sťažuje obmedzenie na jediné opatrenie. Bude potrebné, aby všetky európske krajiny uskutočnili monitorovanie (zložka 3) na účely správneho riadenia svojich systémov zdravotnej starostlivosti a iných služieb. Ústredné orgány by mohli chcieť množstvo informácií na účely monitorovania, mali by sa však obmedziť len na to, čo je potrebné pre prijímanie rozhodnutí a dôležité oznámenia. Uskutočniteľnosť monitorovania by sa mala testovať v chrípkových sezónach, bude však tiež potrebné posúdiť, ako sa bežné systémy surveillance zmenia počas pandémie alebo prestanú fungovať. Medzinárodné monitorovanie (predkladanie správ WHO a európskym orgánom) by sa malo uskutočňovať jednoducho, pretože pre mnohé krajiny bude zložité poskytovať rutinné informácie medzinárodným orgánom, ako aj vykonávať interné postupy. Okrem toho každá krajina nebude schopná poskytovať také podrobné informácie, aké by európske orgány potrebovali.

Skúmanie vplyvu opatrení verejného zdravotníctva (a bezpečnosti farmaceutických protipatrení) (zložka 4) je ďalší postup, ktorý je potrebné uskutočniť len v niektorých krajinách. Je dosť nepravdepodobné, že sa účinnosť opatrení (a ktorých) verejného zdravotníctva preukáže počas samotnej pandémie.

WHO a ECDC spolupracujú s členskými štátmi EÚ na vypracovávaní postupov a „modelových protokolov“ pre zložku 2, postup včasného posúdenia, a naplánovalo sa, že počas chrípkovej sezóny v období rokov 2009 – 2010 sa ich vhodnosť odskúša na úlohách a v teréne. Objavenie sa novej chrípky A(H1N1) znamená, že tieto postupy a protokoly sa budú testovať v podmienkach skutočného pandemického kmeňa. Metódy na stanovenie účinnosti vakcíny proti chrípke (časť zložky 4) sa v Európe práve testujú. Na vnútroštátnej úrovni je dôležité, aby orgány naplánovali, ako budú vykonávať zložky 2 až 4 vrátane spolupráce s akademickými orgánmi a pracovníkmi a aby im podľa potreby poskytovali zdroje počas samotnej pandémie.

3. Usmernenia k opatreniam verejného zdravotníctva na zníženie vplyvu pandémie chrípky v Európe: „Menu ECDC“

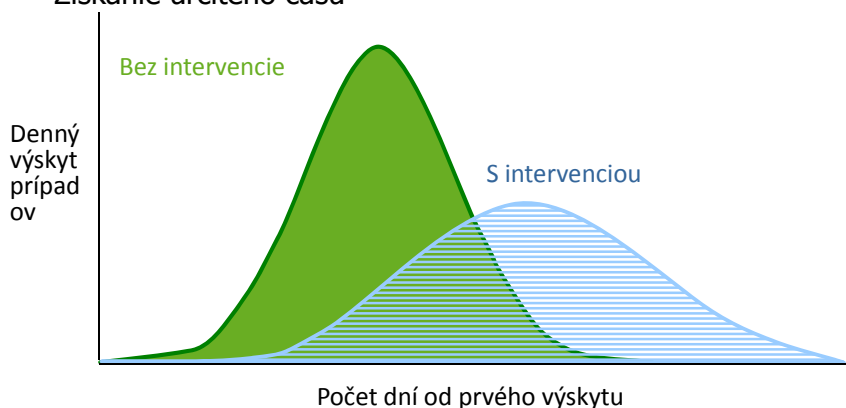
(uverejnené v júni 2009, aktualizované v októbri 2009)

Uplatňovaním opatrení verejného zdravotníctva (pozri súhrnné tabuľky na strane 6) sa do určitej miery prispeje k zníženiu počtu infikovaných osôb, potreby lekárskej starostlivosti a úmrtí počas pandémie chrípky. Tieto opatrenia pravdepodobne prispievajú aj k zníženiu počtu osôb postihnutých závažnou epidémiou sezónnej chrípky. Znížením a prípadne oneskorením vrcholu pandemickej krivky (obrázok 3.1) by opatrenia mohli zmierniť aj sekundárne dôsledky pandémie, ktoré vznikajú vtedy, keď naraz ochorie veľa ľudí, t. j. vplyv hromadnej práceneschopnosti na základné funkcie, ako napríklad poskytovanie zdravotnej starostlivosti a udržanie zásob potravín, distribúcia palív a verejnoprospešné služby a pod. Opatrenia verejného zdravotníctva môžu dokonca prispieť k oneskoreniu vrcholu epidemickej krivky pandémie bližšie k času, keď bude dostupná pandemická vakcína a tým prípadne znížiť celkový počet postihnutých. Okrem toho môžu teoreticky prispieť k oneskoreniu vrcholu až do prirodzeného poklesu prenosu chrípky v letných mesiacoch.

Obrázok 3.1 Ciele uplatňovania opatrení verejného zdravotníctva počas pandémie

Ciele zníženia prenosu chrípky v spoločnosti

- Oneskorenie a zníženie vrcholu epidemickej krivky
- Zníženie záťaže v dôsledku vrcholu na systém zdravotnej starostlivosti a hrozby
- Príspevok k určitému zníženiu celkového počtu prípadov
- Získanie určitého času



Navrhnutý bol celý rad opatrení (pozri súhrnné tabuľky) vrátane osobných opatrení, ako umývanie rúk a nosenie rúška a farmaceutických intervencií ako antivirotiká, vakcíny proti vtáčej chrípke u ľudí (nazývané aj prepandemické vakcíny) a neskôr počas pandémie špecifické vakcíny, ako aj opatrenia na obmedzenie zhromažďovania ľudí). Panuje názor, že viaceré takéto kombinácie opatrení budú ešte účinnejšie ako samostatné opatrenia, tzv. „dôrazná obrana“ alebo „vrstvené intervencie“. Obe dva modely fungujú a logicky vyplýva, že včasné intervencie budú efektívnejšie než čakanie, kým sa pandémia rozšíri.

Ťažko si predstaviť, že by také opatrenia ako obmedzenie zhromažďovania ľudí neprinesli určitý pozitívny vplyv obmedzením prenosu humánných respiračných infekcií, ktoré sa šíria medzi ľuďmi kvapôčkami a nepriamym kontaktom. Dôkazová základňa na podporu každého jednotlivého opatrenia býva však často nedostatočná. Tiež nie je jasné, ako mnohé z nich vzájomne pôsobia. Konkrétne, bude vplyv opatrení na obmedzenie zhromažďovania ľudí kumulatívny? V niektorých prípadoch sú tieto nejasnosti dôsledkom nedostatočného výskumu. Častejšie je to preto, lebo opatrenia sa dajú ťažko hodnotiť na základe experimentálneho prístupu a keď sa opatrenia zaviedli v reálnych situáciách a používali v kombinácii. Absolútny pozitívny vplyv a relatívne silné stránky jednotlivých opatrení sa veľmi ťažko posudzujú. Silné stránky vplyvu by sa mohli dosť logicky meniť podľa charakteristík

pandémie. Napríklad intervencie zamerané na deti mohli byť pomerne účinné počas pandémie v roku 1957, keď bol prenos v mladších vekových skupinách podľa všetkého obzvlášť významný, boli však menej účinné počas pandémie v rokoch 1918 – 1919 a v roku 1968. Teda sa nebudú môcť pripraviť fixné plány vhodné pre každú pandémiu. Okrem toho účinnosť, uskutočniteľnosť a náklady obmedzenia zhromažďovania sa budú pravdepodobne v rámci európskych krajín alebo dokonca v samotných krajinách líšiť (napríklad husto obývané mestské oblasti v porovnaní s vidieckymi oblasťami).

Zo skúseností s predchádzajúcimi pandémiami a súvisiacimi prípadmi, ako napríklad SARS, vyplýva, že opatrenia verejného zdravotníctva sa uplatňujú do určitej miery podľa miestnych zvyklostí a praxe. V USA sa takéto opatrenia počas pandémie v rokoch 1918 – 1919 zavádzali a často proaktívne, zatiaľ čo v Európe počas pandémie a počas SARS boli častejšie reaktívne.

Tieto argumenty podporujú existenciu štandardných plánov (plánov testovaných počas cvičení na zavedenie v prípade, keď budú chýbať iné informácie). Usmernenia WHO na tieto účely skutočne existujú a mnohé európske krajiny si vypracovávajú plány. Vzhľadom na uvedené by však tieto plány mali byť značne flexibilné a mali by mať takú štruktúru inštrukcií a kontrol, ktorá umožní rýchle zmeny podľa nových informácií a skúseností.

Všetky opatrenia verejného zdravotníctva majú svoje náklady a mnohé majú aj sekundárne účinky. Tieto sekundárne účinky väčšiny opatrení môžu byť značné a mnohé si budú vyžadovať starostlivé posúdenie. Navrhované radikálnejšie spoločenské opatrenia (napr. proaktívne zatváranie škôl a cestovné obmedzenia) sú značne nákladné a ich účinky sa budú meniť podľa toho, ako sa budú organizovať. Tieto opatrenia sa aj ťažšie odôvodňujú. V prípade sezónnej chrípky alebo miernej pandémie by preto mohlo byť ich uplatňovanie a hlavne ich skoré uplatňovanie viac na škodu, než ponechanie voľného priebehu infekcii a liečenie závažnejších prípadov.

Niektoré opatrenia sa pomerne jednoducho realizujú a odporúčajú sa dokonca už v prípade miernej sezónnej chrípky (napr. pravidelné umývanie rúk a včasná samoizolácia pri rozvoji horúčkového ochorenia). Ich výhodou je aj to, že poskytnú ľuďom podporu a užitočné rady v ťažkom a znepokojivom období. Iné sa budú ťažko realizovať alebo budú príliš nákladné (napr. včasné hromadné užívanie antivirových liečiv chorými) a vplyvom ďalších dochádza k potenciálnym rušivým vplyvom na fungovanie spoločnosti a ťažko sa odôvodňujú (napr. uzatvorenie hraníc, interné dopravné obmedzenia). Z tohto dôvodu si všetky opatrenia vyžadujú plánovanie, prípravu a prax.

Otázka nákladných a rušivých opatrení je zásadná. Počas pandémie menej závažnej choroby a s menším počtom osôb, ktoré ochorejú, ako napríklad pandémie v rokoch 1957 a 1968, niektoré eventuálne opatrenia v spoločnosti (proaktívne uzatvorenie škôl, práca doma a pod.), i keď môžu prispieť k zníženiu prenosu, môžu byť nákladnejšie a rušivejšie než účinky samotnej pandémie. Takéto opatrenia môžu teda prinášať čistú výhodu len vtedy, keď sa realizujú počas závažnej pandémie, napríklad keď miera hospitalizácie alebo úmrtnosti je porovnateľne vysoká ako pri „španielskej chrípke“ v rokoch 1918 – 1919.

Preto bude dôležité, aby sa včas posúdila klinická závažnosť pandémie z celosvetového o európskeho hľadiska. Aj keď včasné zavádzanie opatrení je logické, príliš skoré uplatňovanie rušivejších intervencií bude nákladné a budú sa dať ťažko znášať.

Mnohé európske krajiny v súčasnosti zvažujú možnosti svojich politik na zavedenie týchto opatrení. Vzhľadom na značnú rozmanitosť v Európe nebude jediná kombinácia opatrení vhodná pre každú európsku krajinu: univerzálne riešenie neexistuje. Spoločné diskusie o opatreniach budú užitočné a prispedia k účinnejšiemu rozhodovaniu. Okrem toho v niektorých krajinách sa už vykonal značný objem vedeckej práce, z určitej časti sa vychádzalo aj v tomto dokumente a mohli by z nej čerpať všetky európske krajiny spolu s návrhmi z ostatných krajín.

Účel

Vzhľadom na uvedené aspekty a na to, že úloha ECDC spočíva skôr v poskytovaní vedeckého poradenstva, než predpisovaní opatrení, účelom tohto dokumentu je predstaviť zoznam možných opatrení, poskytnúť informácie z oblasti verejného zdravotníctva a vedecké informácie o tom, čo je známe alebo je možné konštatovať o ich prípadnej účinnosti, nákladoch (priamych a nepriamych), prijateľnosti, očakávaniach verejnosti a o ďalších praktickejších aspektoch. Európskym členským štátom a inštitúciám EÚ, jednotlivcovi alebo kolektívne, má slúžiť ako pomôcka, pri rozhodovaní, ktoré opatrenia uplatniť. To znamená, že existujú určité opatrenia, ktoré sú buď také samozrejme alebo také neúčinné, že k politickým rozhodnutiam by sa malo dospieť jednoducho na základe predložených dôkazov.

Cieľová skupina

Primárnou cieľovou skupinou je skupina pripravujúca politiku a subjekty prijímajúce rozhodnutia, aj keď sekundárnymi cieľovými skupinami sú všetci tí, ktorí prichádzajú do styku s chrípkou, verejnosť a médiá. Pre úspešné uplatňovanie opatrení počas pandémie bude dôležité, aby médiá týmto opatreniam a ich obmedzeniam rozumeli.

Rozsah pôsobnosti

Tento dokument sa uplatňuje pri rozšírení pandémie v Európe vo fázach 5 alebo 6 podľa WHO a aj v prípade epidémie sezónnej chrípky. Nie je zameraný na rôzne okolnosti fázy 4, jedinečné potreby v prípade prvého výskytu možného pandemického kmeňa (rýchla stratégia obmedzenia WHO), ani na komplexné otázky plánovania a politiky, ktoré vznikajú v súvislosti s tým, ako udržať dôležité služby počas pandémie (tzv. plánovanie kontinuity činnosti v prípade pandémie). Posledne menované je však mimo pôsobnosti ECDC.

Dokument by sa mal čítať spolu s predchádzajúcim usmernením o osobných ochranných opatreniach, ktoré už ECDC uverejnilo. Tieto opatrenia sú zhrnuté v texte a tabuľkách. Príslušné vedecké usmernenie týkajúce sa vakcín vtácej chrípky u ľudí (prepandémia) H5N1 boli uverejnené a v texte sa na ne uvádza odkaz. Usmernenie by sa malo čítať spolu s usmernením WHO z roku 2005 a novým usmernením WHO o protiopatreniach (uverejnené v roku 2009).

Upozorňujeme, že toto sú predbežné usmernenia, pretože sa očakávajú ďalšie vedecké zistenia a je možné, že sa objavia nové protiopatrenia. V dôsledku toho sa tento zoznam bude naďalej v určitých intervaloch aktualizovať.

Súhrnné tabuľky Charakteristiky možných intervencií na obmedzenie prenosu počas fázy 6 pandémie/závažnej epidémie sezónnej chrípky

Medzinárodná doprava (uzatvorenie hraníc, zákazy vstupu, cestovné rady)

Intervencia	Kvalita dôkazov ¹	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká ²	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty a ďalšie otázky
1. Cestovné rady	B	Minimálne	Nízke	Značné	Dobrá	Medzinárodná doprava sa pravdepodobne značne obmedzí
2. Vstupný skríning	B, Bm	Minimálne	Vysoké	Vysoké	Možno očakávať u domácej populácie	Medzinárodná doprava sa v každom prípade pravdepodobne obmedzí
3. Uzatvorenie hraníc alebo závažné cestovné obmedzenia	B, Bm	Minimálne, pokiaľ nebude takmer úplné	Značné	Značné	Premenlivá, ale možno očakávať v určitej miere u domácej populácie	Medzinárodná doprava sa v každom prípade pravdepodobne obmedzí

Osobné ochranné opatrenia

Intervencia	Kvalita dôkazov	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty a ďalšie otázky
4. Pravidelné umývanie rúk	B	Pravdepodobne obmedzuje prenos	Nízke	Nulové	Dobrá, ale dodržiavanie je neznáme	Stredné ³

¹ Dôkazy o účinnosti: A, B a C predstavujú odporúčania založené podľa poradia na dôkazoch, primeranosti a málo zdokumentované.

Trieda A: Systematické analýzy s rozmanitými primárnymi štúdiami, z ktorých možno čerpať (nie primárne modelovanie), dobre zostavené epidemiologické štúdie alebo osobitné experimentálne štúdie (randomizované kontrolované štúdie).

Trieda B: Predstavuje dôkazy založené na dobre navrhnutých epidemiologických štúdiách, dôkladných pozorovaniach alebo experimentálnych štúdiách s 5 až 50 subjektmi alebo experimentálne štúdie s inými obmedzeniami (napríklad ktoré nemajú chrípku ako konečný bod). Kód Bm označuje modelovanie s dôrazom na štúdie bez dostupných kvalitných primárnych údajov. Kvalita teda môže byť Bm aj C.

Trieda C: Predstavuje dôkazy založené na prípadových štúdiách, malých málo kontrolovaných pozorovaniach, málo podložených väčších štúdiách, uplatňovaní poznatkov o spôsobe prenosu, dobe infekčnosti a pod. Cm označuje modeling s niekoľkými primárnymi údajmi alebo primárnymi údajmi nízkej kvality.

² Niekedy nazývané účinky druhého a tretieho rádu – napr. uzatvorenie hraníc, ktoré spôsobí narušenie obchodu a pohybu nevyhnutných zásob a pracovníkov.

³ Potreba väčšieho sprístupnenia umývania rúk v každodenných situáciách, napr. na verejných miestach, predajniach rýchleho občerstvenia a pod.

Intervencia	Kvalita dôkazov	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty a ďalšie otázky
5. Dobrá respiračná hygiena (používanie a likvidácia vreckoviek)	B	Neznáma, ale predpokladaná	Nízke	Nízke	Dobrá, ale dodržiavanie je neznáme	Nízke
6. Bežné nosenie masky vonku	C, Cm	Neznáma	Značné	Nízke	Neznáma, ale vo väčšine krajín je kultúra nosenia masiek na nízkej úrovni	Značné – ťažkosti s výchovou, dodávkami a typmi masiek, likvidáciou a odpadom. Možné nepriaznivé účinky pri zneužívaní a opätovnom používaní.
7. Nosenie masky v zdravotníckom prostredí⁴	C	Neznáma	Stredné	Nízke	Bežne používané v praxi v rozsiahlej miere	Stredné – ťažkosti s výchovou, definovaním vysokorizikových situácií, dodávkami a typmi masiek, najmä respirátormi
8. Nosenie masky v iných vysokorizikových situáciách⁵	C	Neznáma	Stredné	Nízke	Neznáme, ale má zmysel	Stredné – ťažkosti s výchovou, definovaním vysokorizikových situácií, dodávkami a typmi masiek
9. Nosenie masky osobami s respiračnými infekciami	C	Neznáma, ale predpokladaná	Stredné	Môže umožňovať pohyb chorým a infikovaným osobám a infikovať ďalších	Neznáme, ale má zmysel. Rozširuje aktuálne nemocničné rady do domáceho a verejného prostredia.	Ťažkosti pri určení osôb, ktoré by mohli vyhovovať a so zásobovaním maskami. Aj so súhlasom osôb s obmedzeným dýchaním v dôsledku respiračnej infekcie
10. Včasná samoizolácia chorých osôb⁶	C	Neznáma, ale predpokladaná	Stredné	Nie príliš vysoké ⁷ . Zvýšené riziko pre ošetrovateľov a ich práceneschopnosť	V mnohých krajinách už štandardná rada	Potreba vyškoliť a vybaviť domácich ošetrovateľov, ktorí budú ohrození. Problém náhrady za ušlé mzdy a súhlas zamestnávateľov.
11. Karanténa⁸	C	Neznáma	Značné	Značné v dôsledku straty produktivity	Nejasná	Veľmi ťažké zabezpečiť spravodlivosť a problém náhrady za ušlé mzdy

Opatrenia na obmedzenia zhromažďovania

Intervencia	Kvalita dôkazov	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty
12. Interné cestovné obmedzenia	Cm, C	Predpokladá sa menší oneskorený účinok	Vysoké	Značné vrátane sociálneho narušenia ⁹	Neznáma	Hlavné funkcie ohrozené. Otázka zodpovednosť a právneho základu ¹⁰

⁴ Osoby, ktoré majú osobný kontakt s mnohými ľuďmi.

⁵ Osoby, ktoré majú osobný kontakt s mnohými ľuďmi, v preplnených dopravných prostriedkoch.

⁶ Obvykle doma u osoby, ktorá sa začína cítiť zle a má horúčku.

⁷ Je potrebná starostlivosť o osobu doma a tieto osoby a ich ošetrovatelia sú práceneschopní.

⁸ Niekoľkodňová izolácia doma zdanlivo zdravých ľudí, o ktorých sa predpokladá, že boli vystavení infekcii.

⁹ Výhodou tejto a niektorých ďalších intervencií je, že sa plánuje uskutočniť to, čo sa pravdepodobne časom aj tak stane.

Intervencia	Kvalita dôkazov	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty
13. Reaktívne uzatvorenie škôl	Bm, C	Môže mať väčší vplyv než iné obmedzenie zhromažďovania	Stredné	Značné, pretože deti potrebujú starostlivosť doma ¹¹	Neznáma, často k tomu v Európe nedochádza	Deti mimo školy, je potrebné izolovať od ostatných detí. Otázka zodpovednosti a právneho základu ^{10,12} Ťažkosti s načasovaním, udržateľnosťou a opätovným otvorením
14. Proaktívne uzatvorenie škôl	Bm, C	Môže mať väčší vplyv než iné obmedzenie zhromažďovania a byť lepšie ako reaktívne	Stredné	Ako už bolo uvedené ¹¹	Ako už bolo uvedené	Ako už bolo uvedené, ale dokonca ešte viac ťažkosti s načasovaním (môžu byť priskoro uzatvorené), odôvodnenosťou a opätovným otvorením ^{10,12}
15. Reaktívne uzatvorenie pracovísk	Cm	Neznáme ⁹	Vysoké	Vysoké	Neznáma, zásadná je otázka náhrady ¹⁰	Otázka zodpovednosti, náhrady a právneho základu, aj odôvodnenosti a opätovného otvorenia. Nemožné pre dôležité funkcie ¹³
16. Práca doma a obmedzenie stretnutí	Cm, C	Neznáma	Stredné	Nie príliš vysoké	Pravdepodobne akceptovateľné	Menej možné pre dôležité funkcie ¹³
17. Zrušenie verejných zhromaždení, medzinárodných podujatí a pod.	C	Neznáma	Značné ¹⁰	Značné ¹⁰	Pravdepodobne závisí od otázky náhrady a či sa uplatňuje poistenie ⁹ . Verejnosť môže očakávať	Otázka zodpovednosti a právneho základu. Ťažko sa dá definovať, čo je verejné zhromaždenie alebo medzinárodné stretnutie a kedy odvolať zákazy.

Použitie antivirov: včasná liečba

Intervencia	Kvalita dôkazov	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty
18. Všetky osoby so symptómami	A (len prenos a trvanie choroby), Bm	Očakávajú sa mierne, ale je o tom málo dôkazov ¹⁴	Značné	Stredné	Vo väčšine krajín verejnosť očakáva	Značné logistické náklady a problémy pri rozhodovaní, kto má chrípku, dodanie všetkým osobám, ktorým môže včas pomôcť (menej ako 24 alebo 48 hodín) a spravodlivé spravovanie zásob ¹⁵
19. Zdravotná a sociálna starostlivosť alebo vystavení dôležití pracovníci	A	Nízka ¹⁵	Vysoké	Nízke	Považuje sa za súčasť ochrany zamestnancov a že, je dôležitá pre to, aby zamestnanci zostali v práci	Ťažkosti pri definovaní, kto sú zdravotnícki pracovníci alebo vystavení dôležití pracovníci ¹⁵

Použitie antivirov: profylaxia na základe prípadu

¹⁰ Otázka toho, kto poskytne náhradu v prípade hospodárskych strát v dôsledku verejných (vládných) opatrení.

¹¹ Je potrebná starostlivosť o dieťa doma a ošetrovatelia sú práceneschopní.

¹² Pri intervenciách zameraných na deti sa často predpokladá, že zohrávajú významnú úlohu v prenose a nemusi tomu tak byť v prípade každej pandémie.

¹³ Proces rozlíšenia, čo sú a nie sú *základné funkcie*, ktorý je dôležitý, je však nad rámec rozsahu tohto dokumentu.

¹⁴ Dôkazy z pokusov potvrdzujú, že pri sezónnej chrípke včasná liečba znižuje trvanie choroby o jeden alebo dva dni a znižuje aj prenos. Odhady pozitívneho vplyvu na hospitalizáciu a mortalitu sú založené na pozorovaní, sú obmedzené a oveľa nespoľahlivejšie.

¹⁵ Vyskytuje sa rad dôležitých praktických problémov pri rozhodovaní, kto má chrípku, ako poskytovať antivirovú liečbu a pod.

Intervencia	Kvalita dôkazov	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty
20. Rodina	B, Bm	Stredná	Značné	Stredné	Pravdepodobne akceptovateľné	Problémy s vyhľadávaním prípadov, určovaním rodín, rýchlosťou dodávok, bezpečnosťou a manipuláciou so zásobami ¹⁶
21. Rodinné a spoločenské styky	B, Bm	Stredná	Značné+	Stredné	Neznáme, ale problém s ľuďmi zjavne odmietajúcimi liečbu	Ako už uvedené, s problémami pri definovaní hraníc skupín
22. Rodinné a spoločenské styky	B, Bm	Stredná	Značné+	Stredné	Neznáme, ale problém s ľuďmi zjavne odmietajúcimi liečbu	Ako už uvedené, s ešte väčšími problémami pri definovaní hraníc skupín

Použitie antivirov: kontinuálna profylaxia

Intervencia	Kvalita dôkazov	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty
23. Zdravotná a sociálna starostlivosť alebo dôležití pracovníci	C	Stredné	Značné	Stredné	Nejasné – zdravotnícki pracovníci ich nemusia vôbec užívať alebo pokračovať v užívaní	Ťažkosti pri definovaní, kto sú zdravotnícki pracovníci alebo dôležití pracovníci. Otázka toho, ako dlho môže trvať poskytovanie antivirov.

Vakcíny: vakcína proti vtácej chrípke¹⁶

¹⁶ Je potrebné posúdiť, ako skoro a efektívne sa preskúmajú včasné správy o možných vedľajších účinkoch.

Intervencia	Kvalita dôkazov	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty
24. Celá populácia	B, Bm	Nejasné, závisí od typu antigénu vyvolávajúceho pandémie ¹⁷	Značné	Vysoké ^{16,18}	Neznáma ¹⁹	Otázky týkajúce sa toho, ktoré skupiny by sa mali uprednostniť
25. Pracovníci v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti alebo dôležití pracovníci	B, Bm	Ako už bolo uvedené	Značné	Ako už bolo uvedené	Ako už bolo uvedené plus nejasná akceptácia týmito skupinami	Ťažkosti pri definovaní, kto sú zdravotnícki pracovníci alebo dôležití pracovníci
26. Najskôr očkovanie detí	B, Bm	Ako už bolo uvedené	Značné	Ako už bolo uvedené	Nejasná akceptácia rodičmi, najmä ak je choroba u detí miernejšia a je to výhodnejšie pre iných. Nie je dobre stanovený bezpečnostný profil ²⁰ .	Plánovanie potrieb

Vakcíny: špecifická pandemická vakcína

Intervencia	Kvalita dôkazov	Účinnosť (výhody)	Priame náklady	Nepriame náklady a riziká	Akceptovateľnosť v Európe	Praktické aspekty
27. Pandemická vakcína	B, Bm	Minimálne v prvej vlne	Značné a sú potrebné investície vopred	Nízke	Pravdepodobne veľmi dobre akceptovateľná ²⁰	Ťažkosti pri rozhodovaní o počiatočných prioritných skupinách ¹⁶

¹⁷ Za predpokladu, že ďalšia pandémia sa zakladá na H5 antigéne. Výhody možno vyvodzovať z experimentálnych sérologických reakcií, avšak údaje z pozorovaní nie je možné získať a pokusy s pandemickým kmeňom nie je možné uskutočniť pred začiatkom prenosu a fázou 3. Pokusy by sa mohli pokladať za neetické.

¹⁸ Finančné riziko, že pandémiu spôsobil antigénny kmeň, ktorý je iný ako súčasná vysoko patogénna vtáčia chrípka (A/H5).

¹⁹ Žiadna krajina sa nikdy nepokúsila ponúknuť očkovanie vakcínou s takou nízkou očakávanou účinnosťou svojim obyvateľom, preto je to veľká výzva v oblasti komunikácie.

²⁰ Je potrebné posúdiť, ako skoro a efektívne sa preskúmajú včasné správy o možných vedľajších účinkoch.

4. Edícia Zdravie migrantov: Prístup k prevencii HIV, liečbe a starostlivosti o migrujúce populácie v krajinách EÚ/EHP

(uverejnené v júli 2009)

V tejto správe sú zhrnuté zistenia prieskumu prístupu k prevencii HIV, liečbe a starostlivosti o migrujúce populácie v Európskej únii (EÚ), ktorý sa uskutočnil od mája do septembra 2008. Vykonanie prieskumu objednalo Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) ako súčasť rozsiahlejšej edície správ o migrácii a infekčných chorobách v EÚ.

Vychádzajúc z informácií zhromaždených na základe prieskumu, na ktorom sa zúčastnili respondenti v 27 členských štátoch EÚ a troch krajín Európskeho hospodárskeho priestoru (EHP), a na základe literárnych rešerší je cieľom tejto správy poskytnúť prehľad súčasnej situácie a materiál pre budúcu politiku, výskum a služby zamerané na zlepšenie prístupu migrujúcich populácií k službám v oblasti HIV. Približne dve tretiny respondentov predstavovali mimovládne organizácie (MVO) a ďalšiu tretinu predstavitelia vládnych organizácií. Zistenia a navrhované opatrenia preto nepredstavujú stanoviská vlád štátov EÚ.

V oddiele 1 sú stručne opísané východiská prieskumu a metodika. V oddiele 2 sa poukazuje na hlavné zistenia o migrantoch a HIV so zameraním na faktory, ktoré zvyšujú ich zraniteľnosť voči HIV, a na faktory, ktoré im zabráňujú v prístupe k prevencii, liečbe a zdravotníckym službám a na to, ako EÚ a členské štáty reagujú na potreby migrantov v súvislosti s HIV. V oddiele 3 sa posudzujú ďalšie postupy, sumarizujú výzvy a opatrenia navrhované respondentmi na zlepšenie prístupu k službám v oblasti HIV pre migrantov v EÚ. V ďalšom texte sú zhrnuté hlavné zistenia, výzvy a navrhované opatrenia.

Hlavné zistenia

- EÚ prijala dôležité kroky na všeobecné riešenie migrácie a zdravotníctva a konkrétne na riešenie migrácie a HIV. *Dublinskou deklaráciou o partnerstve pre boj proti HIV/AIDS v Európe a strednej Ázii* z roku 2004 a ďalšími deklaráciami sa otázka HIV dostala v európskej agende na vyššiu úroveň. Lisabonská konferencia a následné stretnutia a správy v roku 2007 upozornili na problém migrácie, zdravotníctva a HIV. Obe ovplyvnili politický záväzok EÚ, ktorý sa odzrkadľuje v politike a právnych nástrojoch zameraných na zabezpečenie, aby migranti mali prístup k zdravotnej starostlivosti vrátane prevencie HIV, liečbe a zdravotníckym službám. Členské štáty EÚ sú však značne nejednotné, pokiaľ ide o politiku a právne rámce a prevenciu HIV, liečbu a zdravotnícke služby pre migrantov.
- Pokiaľ ide o HIV, najcitlivejšie sú populácie migrantov pochádzajúce zo subsaharskej Afriky, východnej Európy a Ázie a niektorých konkrétnych európskych krajín, Latinskej Ameriky a Karibiku. K významným subpopuláciám patria žiadatelia o azyl a utečenci, neregistrovaní migranti, sexuálni pracovníci a muži, ktorí majú pohlavný styk s mužmi. Medzi najčastejšie faktory prispievajúce k zraniteľnosti migrantov voči HIV patria jazykové bariéry, marginalizácia a sociálne vylúčenie a právne prekážky. Uvádzajú sa aj kultúrne postoje, náboženstvo, strach z diskriminácie a malá informovanosť o HIV v komunitách migrantov.
- Faktory, ktoré bránia migrantom v prístupe k službám, sa týkajú politik a právnych predpisov, poskytovania služieb, samotných komunit a širšej spoločnosti. Podľa informácií politiky na rozdelenie migrantov v rámci krajín obmedzujú prístup k prevencii a liečbe. Respondenti v nových členských štátoch EÚ konkrétne najčastejšie uvádzali, že prekážkou k liečbe HIV je právne postavenie – chýbajúce povolenie na pobyt a zdravotné poistenie. Nedostatok informácií o kultúre v príslušných jazykoch, príslušne vyškolených profesionálov a služieb prispôbených špecifickým potrebám migrantov predstavoval prekážku vo všetkých troch oblastiach služieb. V prípade migrujúcich komunit bráni k prístupu k službám kultúra, náboženstvo, strach z diskriminácie a obmedzené znalosti o dostupných službách. V prípade širšej spoločnosti bráni k prístupu k prevencii a zdravotníckym službám najmä stigmatizácia migrantov a diskriminácia. Ako osobitná prekážka k prístupu k liečbe sa uvádzala sociálna situácia.
- Takmer všetky krajiny uvádzajú intervencie v oblasti HIV zamerané na migrujúce komunity a subpopulácie. Niektoré krajiny, najmä tie s dlhšou históriou migrácie, poskytujú celý rad služieb prostredníctvom vládnych agentúr, MVO a občianskych organizácií. Iné poskytujú len niektoré služby, prípadne žiadne. Komunity migrantov vo väčšine krajín sú zainteresované do uskutočňovania intervencií, ale okrem niekoľkých zaznamenaných výnimiek sa len v obmedzenej miere zapájajú do politiky. Podľa respondentov sa však otázka migrácie a HIV vo veľkej časti 30 zúčastnených krajín prikladala nízka priorita. Vyššia priorita sa prikladala v krajinách s pomerne vysokou prevenciou HIV u migrujúcich populácií.

Hlavné výzvy

- Politické a právne rámce sú výzvou pre poskytovanie služieb migrantom v oblasti HIV. Nejednotnosť medzi zdravotníckymi a imigračnými politikami môže pôsobiť kontraproduktívne na verejné zdravie. Prístup k liečbe HIV pre neregistrovaných a nepoistených migrantov je hlavnou oblasťou záujmu. S tým súvisí nedostatok jasného a konzistentného právneho rámca pre práva migrantov, pokiaľ ide o zdravotnú starostlivosť.
- Výzvou sú aj nedostatočné informácie. Nedostatočná štandardizácia v zbere údajov v jednotlivých krajinách sťažuje porovnávanie situácie migrantov v rámci EÚ. Napriek značnej miere vykonávaného výskumu, chýbajú informácie napríklad o migrácii a HIV v nových členských štátoch EÚ, o rizikovom správaní pri HIV, zdravotníckych potrebách a potrebách v súvislosti s HIV u migrantov a vplyve kultúry a náboženstva na otázky a postoje týkajúce sa zdravia a starostlivosti o vlastné zdravie v rámci komunit migrantov.
- Na úrovni poskytovania služieb je v niektorých krajinách ešte stále potrebné riešiť právne, správne a kultúrne prekážky k prístupu. Výzvou je tiež zabezpečiť, aby sa poskytovalo primerané a stále financovanie na intervencie vládnych agentúr a MVO v rámci komunity v oblasti prevencie a zdravotnej starostlivosti.
- Komplexné opatrenia na boj proti negatívnym sociálnym postojom voči migrantom, ktoré prehľbujú neužitočné mediálne správy a iniciatívy na splnenie širších sociálnych, ekonomických a právnych potrieb migrantov, sú výzvou, pretože si vyžadujú spoločné úsilie tvorcov politik, pracovníkov v oblasti zdravotníctva a sociálnej starostlivosti a občianskej spoločnosti.

Hlavné navrhované opatrenia

- Na zhromažďovanie presných a porovnateľných údajov zo surveillance a prípravu konzistentných a primeraných politik a intervencií je potrebné v rámci celej EÚ spoločné vymedzenie pojmu „migrant“. Respondenti navrhli aj konkrétne opatrenia na európskej i vnútroštátnej úrovni v oblastiach politiky, financovania, výskumu, vytvárania sietí a služieb.
- Ako priorita na európskej i vnútroštátnej úrovni sa navrhli jasné politické a právne rámce na ochranu práv migrantov, predovšetkým neregistrovaných a nepoistených migrantov, na starostlivosť v oblasti HIV. K ďalším navrhovaným opatreniam patrilo riešenie politických nejednotností, zvyšovanie vnímateľnosti tvorcov politik o otázkach týkajúcich sa HIV a migrácie a zvyšovanie angažovanosti komunity migrantov na politických procesoch. Ako prioritné opatrenie sa zdôrazňovalo aj financovanie európskych sietí a projektov v oblasti migrácie a otázok týkajúcich sa HIV a v prípade MVO poskytovanie služieb v oblasti HIV pre migrujúce populácie.
- Navrhli sa viaceré oblasti výskumu. Na európskej úrovni sa okrem iných opatrení navrhli štúdie na zlepšenie porozumenia o spôsoboch migrácie, vplyve európskych právnych predpisov a politik na prístup k liečeniu a hodnoteniu nákladov a výhod univerzálneho prístupu k liečbe a o vplyve intervencií. Na vnútroštátnej úrovni sa navrhlo zlepšenie epidemiologických informácií, lepšie porozumenie migrujúcich komunit – vrátane poznatkov, postojov a správania týkajúcich sa HIV a úlohy kultúry a náboženstva – a analýza vplyvu právnych predpisov a efektívnosti intervencií v prípade migrujúcich populácií.
- Navrhované prioritné opatrenia na vytváranie sietí zahŕňali podporu EÚ pre celoeurópsku sieť organizácií pracujúcich v oblasti migrácie a HIV a iné mechanizmy na výmenu zdrojov, skúseností a osvedčených postupov a pevnejších väzieb a spolupráce medzi združeniami pracovníkov v oblasti zdravotníctva a sociálnej starostlivosti, organizáciami migrantov a ľudských práv na úrovni EÚ a vnútroštátnej úrovni.
- Pokiaľ ide o poskytovanie služieb, väčšina respondentov zdôraznila potrebu kultúrne primeraných materiálov a intervencií, príslušné vzdelávanie pre pracovníkov v oblasti zdravotníctva a komunity a väčšiu angažovanosť komunit migrantov pri poskytovaní služieb. Na zlepšenie referencií a lepšie porozumenie v súvislosti so službami sa navrhli prístupy komunity k testovaniu HIV, ako napríklad informovanosť a komplexné prístupy k liečbe a starostlivosti spolu so zvýšeným úsilím na informovanie komunity migrantov o dostupných službách.

5. Edícia Zdravie migrantov: Epidemiológia HIV a AIDS v komunitách migrantov a etnických menšín v krajinách EÚ/EHP

(uverejnené v júli 2009)

Základné informácie, odôvodnenie a cieľ

Celosvetová pandémia HIV/AIDS odzrkadľuje celkové sociálno-ekonomické a zdravotné nerovnosti medzi industrializovanými a neindustrializovanými krajinami. Organizácia UNAIDS odhaduje, že v roku 2007 bolo 33 miliónov osôb postihnutých HIV/AIDS (PLWHA). V krajinách s nízkym a stredným príjmom sa vyskytuje viac než 96 % nových HIV infekcií. Z osôb PLWHA 22,5 milióna žije v subsaharskej Afrike (SSA), kde prevalencia HIV u dospelých je 5 %, čo je podstatne viac než 0,8 %, čo je celosvetový odhad. Karibská oblasť s 1 % prevalenciou je druhou najviac postihnutou oblasťou a východná Európa s 0,9 % prevalenciou, je na treťom mieste.

Podľa Medzinárodnej organizácie pre migráciu (IOM) približne 192 milióna ľudí (3 % svetovej populácie) v roku 2006 boli medzinárodní migranti, z nich bolo 95 miliónov žien. OSN vymedzuje ako medzinárodného migranta každého, kto zmení svoju krajinu obvyklého pobytu. Najbežnejším dôvodom migrácie je zlepšenie ekonomickej situácie, preto väčšina migrantov cestuje z rozvojových krajín do rozvinutých. Ku krajinám, odkiaľ v roku 2006 pochádzal najväčší počet migrantov, patrila Čína, India a Filipíny, pričom USA, Rusko, Nemecko, Ukrajina a Francúzsko patrili k piatim krajinám s najväčším počtom prijatých migrantov. EÚ, ktorá patrí k najbohatším oblastiam na svete, prijala 64 miliónov (8,8 %) migrantov s pomerne nerovnomerným rozdelením medzi krajinami. EÚ je hrdá aj na to, že patrí k regiónom sveta s najdlhšou tradíciou v dodržiavaní ľudských práv. Avšak tak, ako mnohé regióny sveta, aj migranti žijúci v EÚ čelia vážnym problémom s integráciou. Migrácia a sociálne vylúčenie spôsobujú, že migranti sú veľmi zraniteľní voči HIV/AIDS a súvisiacim komplikáciám.

Epidémia HIV je závažným problémom verejného zdravotníctva v EÚ. Počet infekcií HIV neprestal rásť od doby zavedenia mechanizmu hlásenia prípadov HIV okolo roku 1999. Prevládajúca cesta prenosu je heterosexuálnym stykom (53 % nových hlásení prípadov HIV v roku 2006), potom nasleduje pohlavný styk mužov s mužmi (MSM) (37 %) a injekční užívatelia drog (IDU) (9 %). Je potrebné zdôrazniť, že v roku 2006 bolo hlásených 204 prípadov infekcie HIV prenosom z matky na dieťa (MTCT). Zdravotné nerovnosti vrátane osôb s postavením migranta by sa mali monitorovať, aby sa mohli pripraviť primerané reakcie. Bývalé EuroHIV zbiera od roku 2000 informácie o geografickom pôvode hlásených prípadov. Značný a narastajúci podiel hlásených prípadov infekcií AIDS a HIV nadobudnutých heterosexuálnym pohlavným stykom tvoria osoby odlišného geografického pôvodu, ako je krajina, ktorá podáva hlásenie, väčšinou zo SSA. Iné skupiny migrantov tiež môžu byť vo veľkej miere postihnuté HIV/AIDS, aj keď údaje o týchto skupinách chýbajú. Absolútny a relatívny príspevok migrantov k vnútroštátnej epidémii HIV je v rámci EÚ nerovnorodý a závisí od migračných modelov, koloniálnej histórie, epidemiologickej situácie HIV v krajine pôvodu a cieľovej krajine a od zdravotnej a sociálnej situácie. Už od prvých dní epidémie bolo jasné, že zabezpečenie práv osôb PLWHA patrí k hlavným problémom. Je nesporné, že dôležitými prvkami sú veda, ľudské práva a prístup k verejnému zdravotníctvu.

V roku 2007 si portugalské predsedníctvo EÚ zvolilo za svoju hlavnú tému otázku migrácie a zdravia. V záveroch Rady prijatých v decembri 2007 sa ECDC vyzvalo, aby predložilo správu o migrácii a infekčných chorobách. V reakcii na túto výzvu ECDC začalo vydávať rad správ, z ktorých sa zostaví správa ECDC o migrácii a infekčných chorobách v EÚ. Zámerom aktuálnej správy Epidemiológia HIV a AIDS v komunitách migrantov a v etnických menšinách bolo určiť, ako je migrujúca populácia zaťažená infekciou HIV, a príspevok k epidemiológii HIV v období rokov 1999 – 2006.

Metodika

Použili sa údaje z ECDC/bývalého EuroHIV globálne a pre každú krajinu a preskúmali sa absolútne počty a percentuálne podiely prípadov AIDS a HIV podľa geografického pôvodu a roka (1999 – 2006) rozdelené podľa pohlavia a kategórií prenosu. Keď v ECDC neboli informácie k dispozícii, kontaktovali sa priamo hlavní poskytovatelia informácií. Údaje o počte migrantov registrovaných podľa pohlavia a roka sa získali z verejných európskych databáz, Eurostatu a národných štatistických úradov v každej zo zúčastnených krajín, prípadne z webových stránok alebo písaním priamo na tieto stránky.

Výsledky

V roku 2006 bolo hlásených 6 746 prípadov AIDS v 27 krajinách EÚ plus Nórsko a Island. Najväčší počet migrantov sa zistil medzi prípadmi heterosexuálneho prenosu, z nich so známym geografickým pôvodom bolo 1 373 (50 %) z inej krajiny ako krajina, ktorá hlásila prípad a 77 % bolo zo SSA. Z 57 prípadov AIDS v dôsledku prenosu z matky na dieťa so známym geografickým pôvodom, 23 % bolo zo SSA. Aj takmer 20 % prípadov AIDS v skupine MSM boli migranti, najčastejšie s pôvodom v Latinskej Amerike (LA) (106) a iných západoeurópskych (ZE) krajín (52). Spomedzi 1 545 prípadov u injekčných užívateľov (IDU) 7 % boli migranti, zväčša zo ZE a Severnej Afriky a Blízkeho Východu. Počet prípadov AIDS u domácej populácie a migrantov zo ZE v regióne klesol od roku 1999 do 2006 o 42 %. Nárast počtu prípadov AIDS v rokoch 1999 – 2006 sa zaznamenal u migrantov z východnej Európy (VE) (o 200 %), SSA (o 89 %) a LA (o 50 %). Prípady AIDS sú v EÚ oveľa častejšie u mužov než u žien, aj keď pomer muži/ženy sa znižuje. Preto, aj keď medzi prípadmi AIDS hlásenými v roku 2006 bol absolútny počet mužov zo SSA 602 a žien zo SSA 623, ich percentuálne podiely boli u mužov 12 % a u žien 33 %.

V roku 2006 bolo hlásených v EÚ27 plus Nórsko a Island 26 712 infekcií HIV, z čoho v 29 % nebol zaznamenaný geografický pôvod. Najväčší počet migrantov v absolútnom aj relatívnom vyjadrení bol zaznamenaný medzi prípadmi heterosexuálneho prenosu. V prípade osôb so známym geografickým pôvodom 65 % z 8 354 infekcií HIV bolo z inej krajiny ako krajina, ktorá hlásila prípad, z čoho prevažná väčšina (5 046) osôb bola zo SSA. Zo 169 prípadov HIV v dôsledku prenosu z matky na dieťa so známym geografickým pôvodom bolo 41 % zo SSA. Aj 18 % z 5 048 infekcií HIV so známym geografickým pôvodom v dôsledku prenosu z matky na dieťa boli migranti a k najčastejšie vyskytujúcim regiónom patrila LA (215) a ZE (247). Spomedzi 1 590 infekcií HIV v skupine IDU so známym geografickým pôvodom 86 % tvorila domáca populácia a 14 % migranti, zväčša zo ZE (63) a VE (64). Počet infekcií HIV hlásených v Európe sa v rokoch 1999 – 2006 značne zvýšil tak u domácej populácie, ako aj u migrantov. Toto zvýšenie je potrebné interpretovať v súvislosti so zavedením oznamovania prípadov HIV v EÚ, ktoré ešte nie je ukončené.

Infekcie HIV v EÚ sú celkovo omnoho častejšie u mužov než u žien, aj keď pomer muži/ženy sa znižuje. Absolútny počet hlásených prípadov infekcie HIV zo SSA v roku 2006 bol u mužov 1 764 a u žien 2 989. Vzhľadom na to, že celkový počet infekcií HIV u domácich mužov bol 7 891 a domácich žien 2 028, pomer medzi mužmi zo SSA a domácimi mužmi bol 0,1 a pomer medzi ženami zo SSA a domácimi ženami 1,5. Počet hlásených prípadov HIV u žien zo SSA je vyšší takmer o 1 000 infekcií ako počet prípadov u domácich žien, aj keď 2 910 infekcií HIV u žien je neznámeho geografického pôvodu. Počet žien zo SSA je o 1 000 vyšší ako počet mužov zo SSA. Po SSA tvoria muži zo ZE najväčšiu skupinu (539), po nich nasleduje LA (456). Najčastejšie krajiny pôvodu infekcií HIV u migrantiek okrem SSA sa odlišujú od krajín pôvodu u mužov, keďže u žien z juhovýchodnej Ázie to bolo 179 prípadov a z Karibiku 161 prípadov, zatiaľ čo u žien zo ZE a VE a LA to bolo 85 a po 111 prípadov.

Medzi krajinami panuje veľká rôznorodosť, pokiaľ ide o podiel migrantov spomedzi prípadov s HIV infekciou. Medzi krajinami s výskytom HIV pod 20 prípadov na milión, zväčša stredoeurópskych, je príspevok migrantov k epidémii nízky. V prípade krajín s výskytom HIV od 21 – 49 prípadov na milión okrem Litvy percentuálny podiel migrantov medzi prípadmi HIV hlásenými od roku 2006 dosahoval viac ako 40 %. Vzhľadom na rôznu veľkosť populácií sú počty odlišné, od 24 prípadov infekcie HIV diagnostikovanej u migrantov na Cypre po 258 prípadov vo Švédsku. V prípade krajín s výskytom HIV 50 – 99 prípadov na milión okrem Grécka tvorí podiel migrantov medzi hlásenými prípadmi HIV 40 % v Holandsku a Nemecku, takmer 60 % v Nórsku, okolo 65 % v Írsku a Francúzsku a 70 % v Belgicku. V krajinách s výskytom HIV 100 – 199 prípadov na milión je percentuálny podiel migrantov medzi hlásenými prípadmi HIV okolo 30 % v Rakúsku, 71 % v Spojenom kráľovstve a až 80 % v Luxembursku. V Portugalsku, v krajine s najvyšším výskytom HIV v EÚ, je percentuálny podiel migrantov medzi hlásenými prípadmi HIV asi 20 %.

V období rokov 1999 – 2006 bolo hlásených 16 222 prípadov tuberkulózy (TBC) s počiatočnou diagnózou AIDS (ADC), z čoho 8 028 bolo diagnostikovaných u migrantov, 3 883 zo SSA a 2 684 bolo neznámeho pôvodu. Rozdelenie prípadov je veľmi rôznorodé, pokiaľ ide o percentuálny podiel TBC s počiatočnou AIDS podľa geografického pôvodu. Nižšie percentuálne podiely boli u osôb zo Severnej Ameriky (8 %) a domácej populácie (16 %) a najvyšší u osôb zo SSA (40 %), VE (40 %), juhovýchodnej Ázie (32 %) a LA (30 %).

Z približne 495 miliónov osôb registrovaných na národných populačných úradoch 27 krajín EÚ plus Nórsko, Island a Lichtenštajnsko okolo 32,5 milióna (6,5 %) osôb je registrovaných ako cudzí štátni príslušníci. Informácie o štátnej príslušnosti týchto osôb sú dostupné pre 30 krajín tejto štúdie okrem Bulharska, Estónska, Francúzska a Luxemburska. Z týchto 32,5 milióna registrovaných migrantov polovica je z Európy (6,5 milióna zo ZE, 7,4 zo strednej Európy, 2,3 milióna z VE), potom nasleduje LA (2,31 milióna) a Karibik (261 000), južná a juhovýchodná Ázia (2,25 milióna), severná Afrika a Blízky východ (2,19 milióna) a SSA (1,32 milióna).

Diskusia a obmedzenia

Migrujúce populácie, zväčša ľudia zo SSA, predstavujú významný a narastajúci podiel prípadov infekcie AIDS aj HIV hlásených v krajinách EÚ 27 plus Nórsko a Island v rokoch 1999 – 2006. Aj keď podiel migrantov zo SSA medzi hlásenými prípadmi heterosexuálneho prenosu a prenosu z matky na dieťa je veľmi vysoký, významný percentuálny podiel diagnóz v skupine MSM sa tiež týkal migrantov, zväčša zo ZE a LA a Karibiku, čo poukazuje na potrebu uznať sexuálnu diverzitu migrantov žijúcich s HIV/AIDS. Príspevok migrujúcich populácií k epidémii AIDS a HIV je značne vyšší v prípade hlásení týkajúcich sa žien, čo poukazuje na feminizáciu epidémie HIV/AIDS u migrantov v EÚ. Dôvody zraniteľnosti žien k HIV infekcii vychádzajú zo sociálnych a biologických základov. Tieto počty vyzývajú k opatreniam rozdeleným podľa pohlavia v politikách prevencie a liečby HIV na vnútroštátnej úrovni. S vysokým výskytom infekcií HIV u žien zo SSA úzko súvisí veľký podiel migrantov zo SSA medzi hlásenými prípadmi prenosu HIV z matky na dieťa v EÚ. Zatiaľ čo pokles perinatálnych infekcií HIV v EÚ predstavuje dôležitý úspech verejného zdravotníctva, závažné výzvy pretrvávajú, najmä medzi migrujúcimi matkami.

Podiel migrantov s infekciou HIV sa v jednotlivých krajinách výrazne odlišuje. V prípade krajín VE a niektorých krajín strednej Európy je tento podiel pod 10 %, zatiaľ čo v prípade väčšiny severských krajín je nad 40 %. V prípade väčšiny krajín západnej Európy je podiel migrantov medzi osobami infikovanými HIV od 20 % do 40 %. Toto rozloženie sa zhoduje s migračnými trendmi, pretože krajiny, kde je podiel migrantov medzi prípadmi HIV vyšší, sú aj krajinami, kde je vyšší podiel migrantov v celej populácii zväčša v dôsledku bývalej koloniálnej histórie a nedávnej sociálno-ekonomickej a demografickej nevyváženosti. Podiel prípadov, ktorých geografický pôvod je neznámy, najmä v Spojenom kráľovstve, Francúzsku, Belgicku a Nemecku, je tiež značný a znepokojujúci.

Z aktuálnych údajov sa nedajú rozlíšiť infekcie HIV získané v EÚ alebo v zahraničí. Z iných správ z porovnania priemernej dĺžky pobytu v Európe s počtom buniek CD4 pri diagnóze HIV vyplýva, že väčšina osôb zo SSA nadobudla infekciu HIV pravdepodobne v krajine pôvodu. Sú však aj dôkazy, že osoby pochádzajúce zo SSA sa infikujú HIV v krajinách EÚ. Čo sa týka iných geografických pôvodov, je k dispozícii málo údajov o tom, kde došlo k infekcii, aj keď v prípade migrantov, ktorí sú injekčnými užívateľmi drog, z dôkazov vyplýva, že HIV získali v Európe. Keďže diskusia o krajine, kde mohlo dôjsť k infekcii, sú mimoriadne chýlostivé, pretože vyvolávajú, žiaľ, otvorené rasistické reakcie – porozumenie, kde došlo k infekcii HIV a rozvoju AIDS, má významné dôsledky z hľadiska verejného zdravotníctva: môže predstavovať zlyhanie primárnej prevencie HIV, sekundárnej prevencie HIV alebo obe.

Neskoré stanovenie diagnózy HIV je v EÚ a USA veľkým problémom a z údajov vyplýva, že tento problém je dokonca ešte väčší v prípade HIV pozitívnej migrujúcej populácie nepochádzajúcej zo západu. Počet prípadov AIDS hlásených vo väčšine krajín EÚ významne klesá od polovice 1990. rokov doteraz, čo sa poväčšine pripisuje tomu, aký vplyv má zahrnutie prístupu k vysoko aktívnej antiretrovirálnej liečbe (HAART) na populáciu. V prípade väčšiny migrantov sa však tento pokles nepozoruje, čo odráža neskoré diagnostikovanie infekcie HIV a horší prístup k liečbe HAART a jej využívaniu a môže mať negatívny vplyv na mortalitu HIV pozitívnych migrantov v EÚ. Okrem toho primeraná liečba HIV je tiež stratégiou na zabránenie prenosu HIV vzhľadom na to, že osoby podstupujúce liečbu HAART sú menej infekčné. Prístup k liečbe a prevencii sa týka aj TBC, pretože včasné stanovenie HIV by určite znížilo výskyt TBC súvisiacej s HIV. Ako sa preukázalo, liečba TBC je rovnocenná prevencii prenosu TBC, a teda sekundárnym prípadom.

Interpretovanie príspevku migrantov k epidemiológii HIV v regióne má obmedzenia vzhľadom na rôznorodosť pri zavádzaní systémov hlásenia prípadov HIV a neúplnosť pri premennej „geografický pôvod“ v členských štátoch EÚ. Veľmi vysoký podiel chýbajúcich hodnôt v tejto kategórii je skutočne rizikový pri interpretácii čísel a vyžaduje si posilniť surveillance HIV v EÚ na zaručenie požadovaných štandardov kvality.

Na záver čísla uvedené v tejto správe nie sú prekvapujúce pre tých, ktorí pracujú v tejto oblasti, najmä keď pri skúmaní globálnej epidemiológie HIV a globálnych migračných trendov, obidvoje je zväčša vyvolané nerovnosťou vo svete. Kontrola epidémie HIV/AIDS by mala prelomiť bariéry k prevencii HIV a liečbe migrantov v EÚ. Údaje uvedené a analyzované v tejto správe potvrdzujú, že zlyháva primárna aj sekundárna prevencia HIV a že sú potrebné rozhodné opatrenia.

6. Mapovanie surveillance správania v súvislosti s HIV/STI v Európe

(uverejnené v septembri 2009)

Základné informácie

Epidémia vyvolaná vírusom ľudskej imunodeficiencie (HIV) a iných pohlavne prenosných infekcií (STI) je stále závažným problémom verejného zdravotníctva v Európe. Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) bolo zriadené v roku 2005 s cieľom posilniť kapacity Európskej únie (EÚ) pri prevencii a kontrole infekčných chorôb, pričom HIV a iné STI patria k chorobám, ktorým sa prikladá priorita. Surveillance je v tomto ohľade dôležitou úlohou a ECDC má silný mandát na udržiavanie a koordináciu databáz pre celoeurópsku surveillance prenosných chorôb. Surveillance druhej generácie (SGS) sa vzťahuje na surveillance, pri ktorej sa kombinuje monitorovanie biologických (nových prípadov HIV/AIDS a STI) a behaviorálnych ukazovateľov (napr. sexuálne správanie, používanie ochrany). Tento prístup je dôležitý pri informovaní o príprave politiky a hodnotení výsledku.

V roku 2008 ECDC poverilo medzinárodný tím odborníkov, aby pripravil podrobnú analýzu súčasného stavu poznania týkajúceho sa programov surveillance správania vo vzťahu k HIV a STI v európskych krajinách a aby pripravil návrh rámca na zavedenie hlavného súboru behaviourálnych ukazovateľov týkajúcich sa HIV a STI v Európe. V tejto správe sa predkladá mapovanie systémov surveillance správania v súvislosti s HIV a STI v členských štátoch EÚ a v krajinách Európskeho združenia voľného obchodu (EZVO). Surveillance sa skúmala v týchto skupinách populácie: celá populácia, mládež, injekční užívatelia drog (IDU), muži, ktorí majú pohlavný styk s mužmi (MSM), osoby žijúce s HIV/AIDS (PLWHA), sexuálni pracovníci, klinickí klienti s infekciami STI, migranti a etnické menšiny.

Metódy

Dotazník bol poslaný do všetkých krajín EÚ a EZVO. Pozostával z deviatich samostatných dotazníkov: jeden sa týkal národného systému a systému surveillance správania druhej generácie ako celku a jedného dotazníka pre každú konkrétnu skupinu populácie. V dotazníku týkajúcom sa systému surveillance ako celku sa požadovali informácie o existencii a definícii:

- národného alebo regionálneho surveillance správania,
- fungovania systému druhej generácie na vnútroštátnej alebo regionálnej úrovni a
- potenciálnych prekážkach alebo skúsenostiach s prekážkami zavedeniu udržateľných systémov surveillance druhej generácie.

V dotazníkoch týkajúcich sa konkrétnych populácií sa najskôr kládla otázka, či systém surveillance bol zavedený pre túto populáciu a potom sa požadovali informácie, či boli vykonané prieskumy správania (alebo iné druhy zberu údajov) v konkrétnych jednotlivých populáciách od roku 1985 týkajúce sa:

- metodiky použitej v každom prieskume alebo systéme zberu údajov,
- hlavných ukazovateľov, ktoré sa v súčasnosti sledujú a
- súvisiacich publikácií.

Dotazník bol poslaný e-mailom do kontaktných miest v každej krajine pre surveillance HIV. Tieto osoby mali možnosť zariadiť, aby príslušní špecialisti v danej krajine vyplnili dotazník zameraný na každú skupinu populácie. Zodpovedné osoby potom dotazníky zhromaždili a poslali ich späť, aby tím expertov uskutočnil analýzu. O návrhu správy sa diskutovalo na stretnutí expertov v oblasti surveillance správania v Montreux (Švajčiarsko) vo februári 2009 a bol tiež odoslaný na validáciu kontaktným miestam v každej krajine pre surveillance HIV, ktoré spočiatku zhromažďovali dotazníky pre svoju krajinu.

Výsledky

Z 31 krajín, kde sa uskutočnil prieskum, 28 vyplnilo a vrátilo súbor dotazníkov (neodpovedali: Bulharsko, Rumunsko a Portugalsko). Mapovanie aktivít v oblasti v krajinách EÚ/EZVO dokazuje, že v jednotlivých krajinách panuje značná rozmanitosť, pokiaľ ide o stav rozvoja surveillance správania: 15 krajín oznámilo, že zaviedli surveillance správania v súvislosti s HIV/STI (Belgicko, Cyprus, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Litva, Lotyšsko, Nemecko, Poľsko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo, Španielsko, Švajčiarsko, Švédsko) a ďalšia krajina

(Holandsko) oznámila, že zaviedla surveillance v niektorých špecifických populáciách, ale nie formálny vnútroštátny systém surveillance správania.

Úroveň formalizácie surveillance správania na „systém“ je v jednotlivých krajinách veľmi nevyrovnaný. Spomedzi 16 krajín, ktoré oznámili surveillance správania, len osem deklarovalo existenciu dokumentu, v ktorom je tento systém opísaný alebo formalizovanie jeho existencie. V mnohých krajinách, ktoré oznámili systém surveillance správania, sa tento systém tvoril postupne a pridávali sa nové skupiny populácie, v ktorých sa časom uskutočnil prieskum, niekedy bez jasného cieľa surveillance. Okrem toho v mnohých krajinách dokonca v krajinách s formalizovanou surveillance správania často nebýva zavedená pravidelnosť alebo poriadok v načasovaní surveillance správania v rozličných skupinách populácie. Organizácia surveillance správania je tiež rozmanitá: v krajinách s formalizovanou surveillance správania riadi organizáciu a koordináciu ministerstvo zdravotníctva, vnútroštátne zdravotnícke orgány alebo univerzita. V krajinách s menej formalizovanými systémami dochádza k neformálnej koordinácii prostredníctvom siete inštitúcií: vládnych agentúr, univerzít, mimovládnych organizácií (MVO) a pod. Čo sa týka primeranosti systému (t. j. typu skupiny populácie zahrnutej do prieskumu) v mnohých prípadoch nebola spravená alebo nie je úplná identifikácia a surveillance rizikových skupín populácie. K najviac skúmaným skupinám populácie patria celková populácia a mládež, MSM a IDU. Surveillance správania sexuálnych pracovníkov a ich klientov, migrantov a etnických menšín, PLWHA a klinických klientov s infekciami STI sa vykonáva len v niektorých krajinách.

Pokiaľ ide o systémy surveillance druhej generácie spomedzi 16 krajín, ktoré oznámili surveillance správania, 13 hlási aj existenciu SGS, dve ďalšie SGS iba v jednej skupine populácie. Formálna organizácia tohto systému s radiacim alebo koordinačným orgánom je prítomná v šiestich krajinách.

Pokiaľ ide o každú posudzovanú populáciu, je menej krajín, ktoré poskytli informácie o svojich prioritných ukazovateľoch, než krajín, ktoré uviedli, že zhromažďujú informácie o zodpovedajúcich témach. Je to pravdepodobne preto, že iba krajiny pracujúce v rámci modelu surveillance uskutočnili špeciálny výber ukazovateľov, ktoré sa majú pravidelne zhromažďovať a vedia ich jasne vymedziť. Pokiaľ ide o všeobecne monitorované témy, úroveň dohody o prioritných témach je pomerne vysoká v jednotlivých skupinách populácie, čo môže viesť k výberu ukazovateľov spoločných pre krajiny a skúmané skupiny populácie. Keďže stále prevláda veľká rozmanitosť, proces harmonizácie ukazovateľov špecifických pre každú skupinu populácie by mal pokračovať na európskej úrovni. V skupinách populácie, kde sa vykonáva surveillance správania alebo by sa mohla vykonávať za použitia výberu vzoriek podľa služieb alebo skupín, by sa mali uskutočniť predbežné rozhovory so zainteresovanými stranami v súvislosti so zavedením surveillance správania v takomto prostredí.

Kde už existuje európsky konsenzus, mali by sa navrhnúť už dohodnuté ukazovatele a vybrané ukazovatele by sa mali „dať preložiť“ do medzinárodne dohodnutých ukazovateľov. Na základe celkovej analýzy sa navrhujú hlavné ukazovatele, spoločné pre všetky skupiny populácie. Tieto ukazovatele sa vzťahujú na počet sexuálnych partnerov, používania kondómu pri poslednom pohlavnom styku, absolvovania HIV testu, platenia za sex a poznatkov o HIV. Hlavné ukazovatele by mali byť systematicky zamerané na úroveň vzdelania, národnosť/etnický pôvod a sexuálnu orientáciu.

7. Bakteriálna výzva: čas konať (spoločná technická správa ECDC/EMA)

(uverejnené v septembri 2009)

Hlavné zistenia

Medzi problémom súvisiacim s infekciami v dôsledku vzniku baktérií rezistentných na viaceré lieky a vývojom nových antibiotík na riešenie tohto problému je sklz.

- Rezistencia na antibiotiká je vysoká v prípade grampozitívnych i gramnegatívnych baktérií, ktoré spôsobujú u ľudí závažné infekcie a v niektorých členských štátoch EÚ dosahuje v percentuálnom vyjadrení 25 % a viac.
- V EÚ sa rezistencia zvyšuje v prípade gramnegatívnych baktérií, ako sa nedávno zistilo pri *Escherichia coli*.
- Každý rok v EÚ umiera okolo 25 000 pacientov na infekcie spôsobené selektívnymi baktériami rezistentnými na viaceré lieky.
- Infekcie spôsobené týmito selektívnymi baktériami rezistentnými na viaceré lieky v EÚ znamenajú každý rok dodatočné náklady na zdravotnú starostlivosť a stratu produktivity vo výške 1,5 mld. EUR.
- Zistilo sa, že sa prebieha vývoj 15 systémovo užívaných antibakteriálnych látok s novým mechanizmom pôsobenia alebo orientovaných proti novému bakteriálnemu cieľu, ktoré by mohli riešiť problém rezistencie na viaceré lieky. Väčšina z nich je v ranej fáze vývoja a namierené sú v prvom rade proti baktériám, pre ktoré sú už dostupné možnosti liečby.
- Chýbajú hlavne nové látky s novými cieľmi alebo mechanizmami pôsobenia proti gramnegatívnym baktériám rezistentným na viaceré lieky. Zistilo sa, že v ranných fázach vývoja sú dve takéto látky, ktoré pôsobia proti novým alebo možným novým cieľom.
- Na riešenie tohto sklzu je naliehavo potrebná európska aj celosvetová stratégia.

V roku 2007 Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC), Európska agentúra pre lieky (EMA) a medzinárodná sieť Action on Antibiotic Resistance (ReAct) začala diskusie o potrebe zdokumentovať sklz medzi výskytom infekcií baktériami rezistentnými na viaceré druhy liekov v EÚ a vývojom nových antibiotík. Na základe toho bola v roku 2008 zriadená spoločná pracovná skupina ECDC/EMA, aby podala správu o skutočnostiach a číslach, ktoré by umožnili primerane predpovedať rozsahu tohto sklzu v nadchádzajúcich rokoch.

Vybrané boli tieto baktérie rezistentné na antibiotiká, pretože sú často zodpovedné za krvné infekcie a pre ich vlastnosť antibiotickej rezistencie, vo väčšine prípadov markera viacnásobnej rezistencie na antibiotiká:

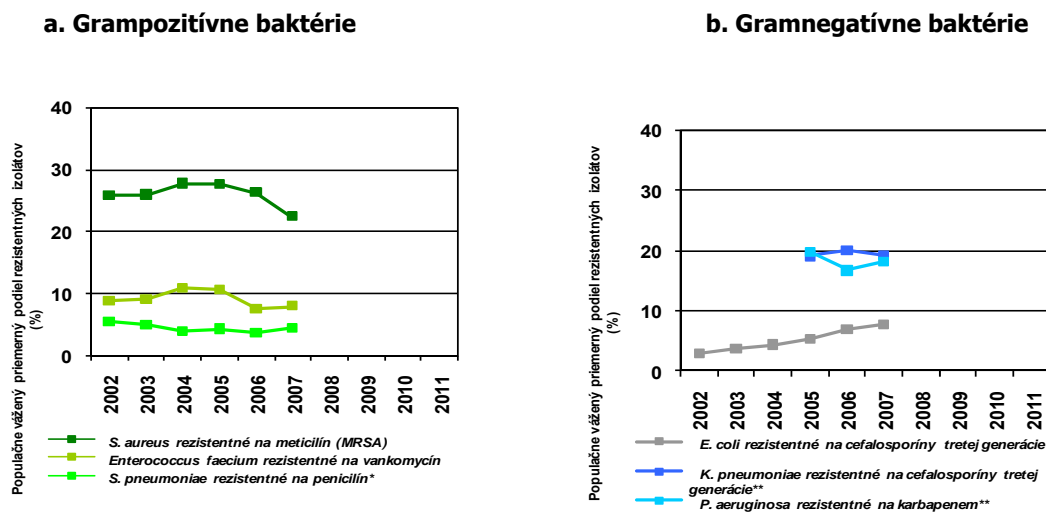
- *Staphylococcus aureus*, rezistencia na meticilín (MRSA),
- *S. aureus*, stredná rezistencia na vankomycín a rezistencia na vankomycín (VISA/VRSA),
- *Enterococcus* spp. (napr. *Enterococcus faecium*), rezistencia na vankomycín (VRE),
- *Streptococcus pneumoniae*, rezistencia na penicilín (PRSP),
- Enterobacteriaceae (napr. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), rezistencia na cefalosporín tretej generácie,
- Enterobacteriaceae (napr. *K. pneumoniae*), rezistencia na karbapenem a
- nefermentujúce gramnegatívne baktérie (napr. *Pseudomonas aeruginosa*), rezistencia na karbapenem.

Trendy a problematika infekcií v dôsledku baktérií rezistentných na viaceré lieky v EÚ

Údaje o týchto selektívnych baktériách rezistentných na antibiotiká pri invazívnych infekciách (hlavne krvné infekcie) pochádzali z Európskeho systému surveillance antibiotickej rezistencie (EARSS) pre členské štáty EÚ, Island a Nórsko za každý rok v období rokov 2002 – 2007.

Vývoj podielov izolátov rezistentných na antibiotiká v krvných izolátoch selektívnych baktérií, ktoré často spôsobujú krvné infekcie v Európe, je znázornený na obrázku 7.1.

Obrázok 7.1 Populačne vážený priemerný podiel rezistentných izolátov v krvných izolátoch baktérií často spôsobujúcich krvné infekcie, členské štáty EÚ, Island a Nórsko, 2002 – 2007.



**S. pneumoniae*: okrem Grécka, ktoré neoznámilo údaje o tejto baktérii systému EARSS.

***K. pneumoniae* a *P. aeruginosa*: okrem Belgicka a Slovenska, ktoré neoznámili údaje o týchto baktériách systému EARSS.

V roku 2007 priemerný podiel krvných izolátov *Staphylococcus aureus* vykazujúcich rezistenciu na metilicín (% MRSA) tvoril najvyšší podiel izolátov rezistentných na antibiotiká spomedzi vybraných baktérií často spôsobujúcich krvné infekcie v Európskej únii. Tento podiel však v posledných rokoch klesá (obrázok 7.1). Je to v dôsledku klesajúcich trendov MRSA v niektorých členských štátoch pravdepodobne vďaka akčným plánom na vnútroštátnej úrovni, ako sa zaznamenalo vo Francúzsku, Slovinsku a Spojenom kráľovstve. Priemerný podiel MRSA dosiahol úroveň približujúcu úroveň vybraných gramnegatívnych baktérií rezistentných na antibiotiká.

Podiel krvných izolátov *S. aureus*, ktoré vykazovali rezistenciu na vankomycín (VISA), bol veľmi nízky (menej ako 0,1 %) v členských štátoch EÚ, na Islande a Nórsku. V roku 2007 neboli oznámené systému EARSS žiadne izoláty *S. aureus* rezistentné na vankomycín (údaje nie sú uvedené v obrázku 7.1).

Naopak priemerný podiel krvných izolátov *Escherichia coli*, najbežnejšej gramnegatívnej baktérie spôsobujúcej infekcie u ľudí, vykazuje stabilný nárast rezistencie na cefalosporíny tretej generácie.

Zároveň nie sú žiadne známky poklesu rezistencie na cefalosporíny tretej generácie pri *Klebsiella pneumoniae* alebo na karbapenemy pri *Pseudomonas aeruginosa* (obrázok 7.1).

V roku 2007 podiel krvných izolátov *K. pneumoniae* z členských štátov EÚ, Islandu a Nórska, ktoré vykazujú rezistenciu na karbapenemy, bol vo všeobecnosti veľmi nízky (medián = 0 %) okrem Grécka, kde dosiahol 42 % (údaje nie sú uvedené v obrázku 7.1).

Problémy, ktoré spôsobuje týchto päť baktérií rezistentných na antibiotiká ľuďom, a aká je ich ekonomická záťaž by sa dali len odhadnúť: MRSA, *Enterococcus faecium* rezistentný na vankomycín, *E. coli* rezistentná na cefalosporín tretej generácie a *K. pneumoniae* a *P. aeruginosa* rezistentné na karbapenem.

Štúdiá potvrdila, že MRSA bola najbežnejšia jediná baktéria rezistentná na viaceré lieky v Európskej únii. Suma prípadov bežných grampozitívnych baktérií rezistentných na antibiotiká (väčšinou MRSA a *Enterococcus faecium* rezistentné na vankomycín) bola porovnateľná so sumou bežných grampozitívnych baktérií (*E. coli* rezistentná na cefalosporín tretej generácie a *K. pneumoniae* a *P. aeruginosa* rezistentné na karbapenem).

Podľa celkového odhadu v roku 2007 zomrelo 25 000 pacientov na infekciu spôsobenú niektorou z vybraných piatich baktérií rezistentných na antibiotiká v Európskej únii, Islande a Nórsku. Okrem toho dôsledkom infekcií spôsobených niektorou z vybraných baktérií rezistentných na antibiotiká bolo približne 2,5 milióna dodatočných nemocničných dní a dodatočných interných nemocničných nákladov vo výške viac ako 900 mil. EUR.

Následne sa uskutočnil aj odhad straty produktivity v dôsledku týchto infekcií. Vychádzajúc z údajov roku 2007 sa náklady na ambulantnú liečbu odhadli na približne 10 miliónov EUR a straty produktivity v dôsledku pracovnej neschopnosti infikovaných pacientov sa odhadli na viac ako 150 miliónov EUR každý rok. Straty produktivity v dôsledku úmrtia pacientov na infekciu sa odhadovali na približne 450 milióna EUR každý rok. Celkove spoločenské náklady infekcií spôsobené vybranými baktériami rezistentnými na antibiotiká sa odhadovali na približne 1,5 mld. EUR každý rok.

Existujú mnohé dôvody (napr. obmedzený rozsah zahrnutých baktérií, nezohľadnené infekcie ambulantných pacientov, priemerné náklady na nemocničnú starostlivosť, ktoré nezohľadňujú špeciálnu starostlivosť o pacientov, ako napríklad intenzívna starostlivosť), ktoré podporujú názor, že tieto čísla sú podhodnotené a nevystihujú, akým problémom sú baktérie rezistentné na antibiotiká pre ľudí a ekonomiku.

Proces výskumu a vývoja antibakteriálnych látok

S cieľom posúdiť stav procesu vývoja antibakteriálnych liekov sa v dvoch komerčných databázach (Adis Insight R&D a Pharmaprojects) uskutočnilo vyhľadávanie antibakteriálnych látok v klinickom vývoji na celom svete. Rozhodlo sa, že sa nebudú podrobne skúmať látky, ktoré sa zatiaľ nedostali do štádia klinických skúšok v dôsledku vysokej miery strát počas predklinického testovania a nedostatku dostupných údajov pre prieskum.

Vždy, keď to bolo možné, sa látky nájdené pomocou vyhľadávania posúdili z hľadiska ich antibakteriálnej aktivity proti vybranej baktérii na základe aktuálnych dostupných údajov v databázach alebo v literatúre. Ak chýbali aktuálne in vitro údaje, posudzovatelia zohľadnili aj racionálne predpoklady o aktivite niektorých látok založených na vlastnostiach podobných látok (t. j. rovnakej triedy alebo so známym mechanizmom účinku) s cieľom zostaviť „najlepší scenár“.

Okrem toho v prípade každej látky sa od posudzovateľov požadovalo, aby uviedli, či patrí do novej triedy alebo do existujúcej triedy antibiotík a uviedli, či:

- pôsobí na rovnaký cieľ a rovnakým spôsobom ako aspoň jedna z predchádzajúcich povolených antibakteriálnych látok,
- pôsobí na základe známeho mechanizmu účinku na nový cieľ, alebo
- pôsobí na základe nového mechanizmu účinku.

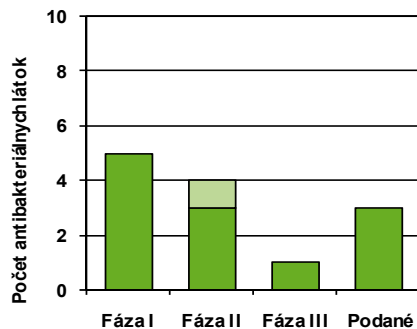
Hlavné výsledky tejto analýzy:

- Zo 167 látok nájdených na základe vyhľadávania 90 látok bolo antibakteriálnych s in vitro aktivitou ako v najlepšom scenári (vychádzajúc z aktuálnych alebo predpokladaných údajov založených na vlastnostiach mechanizmu účinku v triede) proti aspoň jednému organizmu v skupine baktérií vybraných na základe svojho významu pre verejné zdravie.
- Z týchto 90 látok 24 boli nové prezentácie povolených antibakteriálnych látok a 66 boli nové aktívne látky.
- Zo 66 nových aktívnych látok podľa hodnotenia len 27 malo nový cieľ alebo nový mechanizmus účinku, a teda môžu mať potenciálnu výhodu pred existujúcimi antibiotikami.
- Z týchto 27 látok by 15 bolo možné systémovo užívať.
- Podľa hodnotenia osem z 15 látok so systémovým užívaním má aktivitu proti aspoň jednej z vybraných gramnegatívnych baktérií.
- Z ôsmich látok s aktivitou proti gramnegatívnym baktériám, štyri pôsobia na základe aktuálnych údajov a o štyroch sa predpokladá, že pôsobia na základe známych vlastností triedy alebo mechanizmov účinku.
- Zo štyroch látok pôsobiacich proti gramnegatívnym baktériám založených na aktuálnych údajoch, dve pôsobili na nové alebo možné nové ciele a žiadna nepôsobila na základe nových mechanizmov účinku.

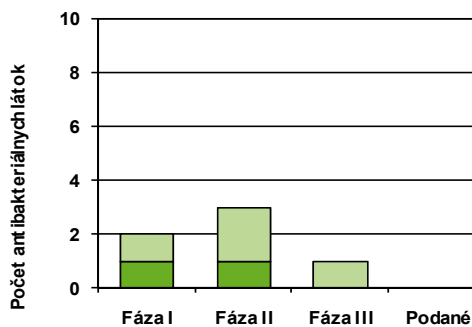
V obrázku 7.2 sú uvedené informácie o týchto 15 antibakteriálnych látkach. Je zaujímavé, že len päť z týchto látok postúpilo do klinických skúšok na potvrdenie klinickej účinnosti (fáza 3 alebo neskôr v klinickom vývoji).

Obrázok 7.2 Nové systémové antibakteriálne látky s novým cieľom alebo novým mechanizmom účinku a in vitro aktivitou založenou na aktuálnych údajoch (stĺpce tmavej farby) alebo predpokladanou in vitro aktivitou na základe známych vlastností triedy alebo mechanizmov účinku (stĺpce svetlej farby) proti vybraným baktériám (najlepší scenár) podľa fázy vývoja (n=15).

a. Grampozitívne baktérie



b. Gramnegatívne baktérie*



Poznámka: In vitro aktivita založená na aktuálnych údajoch je znázornená v spodnej časti každého stĺpca tmavšou farbou. Predpokladaná in vitro aktivita založená na vlastnostiach triedy alebo mechanizmoch účinku (podľa potreby) je znázornená svetlejšou farbou vo vrchnej časti každého stĺpca.

** Dva karbapenemy boli vynechané z obrázka 7.2b, pretože už nie sú aktívnejšie než skoršie karbapenemy proti gramnegatívnym baktériám. Relatívna novosť týchto látok spočíva v lepšom profile aktivity proti grampozitívnym baktériám rezistentným na antibiotiká, a preto sú zahrnuté v obrázku 7.2a.*

Problém bakteriálnej rezistencie v EÚ je už závažný a pravdepodobne sa bude stupňovať. Na základe aktuálnych údajov sa očakáva, že v ďalších rokoch sa objavia špecifické problémy v dôsledku rezistencie gramnegatívnych baktérií.

Zároveň sa len veľmi málo antibakteriálnych látok s novými mechanizmami účinku vyvíja na riešenie problému rezistencie na viaceré lieky. Chýbajú najmä nové látky na liečenie infekcií spôsobených gramnegatívnymi baktériami rezistentnými na viaceré lieky.

V tejto správe sa uvádza zistenie, že medzi problémom súvisiacim s infekciami v dôsledku vzniku baktérií rezistentných na viaceré lieky a vývojom nových antibiotík na riešenie tohto problému je sklz. Na riešenie tohto sklzu je naliehavo potrebná európska aj celosvetová stratégia. Je potrebné zaviesť opatrenia na urýchlenie vývoja liekov.

8. Efektívnosť behaviorálnych a psychosociálnych preventívnych intervencií v oblasti HIV/STI v prípade MSM v Európe

(uverejnené v novembri 2009, doplnené v decembri 2009)

Základné informácie

Keďže chýba účinná a dostupná vakcína a nekuratívne možnosti antiretrovirálnych terapií, behaviorálna a psychosociálna prevencia s cieľom obmedziť rizikové sexuálne správanie stojí naďalej v centre úsilia na zníženie pohlavného prenosu HIV/STI medzi mužmi, ktorí majú pohlavný styk s mužmi (MSM). Vzhľadom na potrebu osôb, ktoré plánujú programy, a tvorcov politik po charakterizovaní konkrétnych intervencií a kvantitatívnych odhadov vplyvu intervencií na informované rozhodnutia týkajúce sa financovania prevencie a výskumu, je potrebná systematická revízia na aktualizovanie súčasných poznatkov o intervenciách na prevenciu HIV/STI zameraných na MSM v Európe.

Ciele

Cieľmi bolo zhrnúť a posúdiť účinnosť preventívnych intervencií v oblasti HIV/STI v prípade MSM žijúcich v Európe a identifikovať charakteristiky intervencie spojené s účinnosťou, ako aj potenciálne medzery v dôkazovej základni.

Metódy

Uskutočnilo sa systematické vyhľadávanie príslušnej literatúry v ôsmich medzinárodných databázach a v referenčných zoznamoch príslušných prehľadov a vykonali sa uvedené štúdie. Štúdie boli vybrané podľa vopred špecifikovaných kritérií a vyhodnotené na riziko odchýlky. Výsledky sa zhrnuli v tabuľkách a vypočítali odhady vplyvu na sexuálne správanie.

Výsledky

Výsledky sa čerpali z údajov šiestich kontrolovaných štúdií, do ktorých bolo zapojených celkovo 4 111 účastníkov zo štyroch rôznych európskych krajín. Z výsledkov vyplynulo, že existovalo „vysoké“ alebo „nejasné“ riziko odchýlky v jednej alebo viacerých z hodnotených oblastí vo všetkých štúdiách. Z odhadu úhrnného vplyvu štyroch intervencií, pre ktoré boli dostupné údaje, vyplynulo, že v skupine MSM, ktorá sa podieľala na preventívnych intervenciách v oblasti HIV/STI, môže byť o niečo menej pravdepodobné, že oznámia nechránený análny styk (UAI). Dôkazová základňa nebola dostatočná na skúmanie charakteristík intervencií, ktoré najviac súvisia s veľkosťou vplyvu. Veľmi malý počet účastníkov štúdie malo pôvod iný ako belošký a len v jednej štúdií sa použilo biologické meranie STI ako ukazovateľ zmeny.

Diskusia

Napriek rozšíreniu epidémie HIV presné výsledky hodnotenia niektorej formy behaviorálnej intervencie v oblasti HIV/STI v prípade skupiny MSM v Európe sú málo zastúpené. Výsledky poukazujú na prípadný krátkodobý vplyv intervencií z hľadiska zníženia podielu MSM, ktorí sa zapájajú do UAI, ale nedostatok kontrolovaných štúdií naznačuje, že je potrebné túto oblasť skúmať. Vedecké spoločenstvo by malo vziať do úvahy potenciál prenosnosti intervencií a pokiaľ možno pred spustením nového programu vykonať rozsiahly formatívny výskum.

Záver

Úplne chýbajú hodnotenia výsledkov intervencií zameraných na zníženie rizikového správania HIV/STI v skupine MSM v Európe. Navrhnutie behaviorálnych preventívnych stratégií v oblasti HIV/STI na zabránenie novým infekciám a hodnotenie takýchto programov prevencie v prípade skupiny MSM je dôležitou súčasťou komplexnej stratégie obmedzenia HIV/STI v spojitosti s prevenciou a starostlivosťou.

Usmernenia

9. Kontrola chlamýdií v Európe

(uverejnené v júni 2009)

Prečo sú chlamýdie problémom verejného zdravotníctva

Chlamydia trachomatis spôsobuje jednu z najbežnejších bakteriálnych pohlavne prenosných infekcií v Európe. Miera infekcie u pohlavne aktívnych mladých ľudí dosahuje obvykle úroveň od 5 % do 10 %. Počet diagnostikovaných prípadov sa v mnohých európskych krajinách zvyšuje sčasti vďaka zvýšenému testovaniu a používaniu citlivejších testov. Osoby s chlamýdiovou genitálnou infekciou môžu pociťovať symptómy zápalu genitálneho traktu vrátane uretritídy a cervicitídy, ale väčšina zostáva bez symptómov. Chlamýdia je závažným problémom verejného zdravotníctva, pretože neliečená infekcia chlamýdiou môže viesť k zápalu panvy, zníženej plodnosti a u niektorých žien k zníženiu reprodukčných schopností. Chlamýdie uľahčujú aj prenos HIV. Náklady na liečenie zníženej plodnosti v dôsledku chlamýdiovej infekcie je vysoká, pretože si vyžaduje chirurgický zákrok na vajcovodoch a oplodnenie in vitro. Aj keď je dostupná nenákladná a účinná liečba, kontrola chlamýdií je náročná, pretože väčšina osôb je bezpríznaková.

Aktivity v oblasti kontroly chlamýdií v Európe

Systematickým prieskumom aktivít v oblasti kontroly chlamýdií v 29 európskych krajinách sa zistila veľká rozmanitosť v organizácii kontroly chlamýdií. Takmer polovica krajín uviedla, že nemá organizované aktivity a národné programy na kontrolu sa zistili len v dvoch krajinách.

Zavedenie kontroly chlamýdií

Prvým krokom ku komplexnému a účinnému programu kontroly je prijatie stratégie na kontrolu chlamýdií založenej na rozsiahlych konzultáciách s hlavnými zainteresovanými stranami. V rámci stratégie by sa mali zohľadniť konkrétne vnútroštátne možnosti a obmedzenia spolu s kontrolou dôkazov pre intervencie a zahrnuté opatrenia. Stratégia sa môže zakladať na postupných krokoch uvedených v tomto usmernení.

Odporúča sa prístup na základe postupných krokov na zabezpečenie, aby sa zaviedla správna prevencia STI a manažment pacienta predtým, ako sa budú posudzovať komplexné intervencie, ako napr. skrining.

Vytýčené sú štyri úrovne programov na kontrolu chlamýdií:

- Úroveň A, primárna prevencia: zahŕňa propagáciu a vzdelávanie týkajúce sa zdravia, školské programy a distribúciu kondómov.
- Úroveň B, manažment prípadu: vychádza sa z úrovne A s dodatkom rutinnej surveillance prípadu, vhodných služieb na diagnostikovanie chlamýdií, klinických služieb a služieb pre manažment pacientov a partnerov. Každá z nich si vyžaduje jasné usmernenie založené dôkazoch a pravidelný audit.
- Úroveň C, oportunistické testovanie: vychádza sa z úrovne B s dodatkom testovania, ktoré sa bežne ponúka jednej alebo viacerým špecifikovaným skupinám ľudí navštevujúcich iné klinické služby s cieľom vyhľadávať prípady, napr. identifikovanie bezpríznakových prípadov.
- Úroveň D, skriningový program: vychádza z úrovne C s dodatkom organizovaného poskytovania pravidelných testov na chlamýdie pokrývajúcich značný podiel definovanej populácie s cieľom obmedziť prevalenciu chlamýdií v populácii.

Dôkazy vplyvu programov C and D sú obmedzené, a preto je ich potrebné v prípade zavedenia starostlivo vyhodnotiť, aby sa mohli usmerniť budúce politiky. Predovšetkým je potrebné monitorovať v populácii a hodnotiť vplyv takýchto programov na kontrolu chlamýdií. Rovnako starostlivo ako iný skriningový program by sa malo posúdiť zavedenie skriningového programu na chlamýdie s posúdením potenciálnych výhod, škôd a nákladov.

Účinné vybavenie zdrojmi a realizácia vnútroštátnych stratégií na kontrolu chlamýdií si vyžaduje vedenie a angažovanosť zo strany tvorcov politiky v oblasti zdravotníctva. Najvhodnejšie vnútroštátne stratégie sa pravdepodobne v jednotlivých krajinách budú odlišovať a mali by sa pripraviť národné stratégie po konzultácii s profesionálnymi lekáskymi organizáciami, prispievateľmi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a diagnostických služieb.

Hodnotenie programov na kontrolu chlamýdií

Programy na kontrolu sú zamerané na zníženie prevalence chlamýdií, čo sa však ťažko monitoruje, pretože si to vyžaduje pravidelné prieskumy medzi obyvateľstvom. Existujú však mnohé iné ukazovatele účinnosti, ktoré by sa mohli od začiatku zapracovať do každého programu.

Na národnej úrovni by programy mali monitorovať ukazovatele vzťahujúce sa na politiky a usmernenia programu, realizáciu a procesy a výsledok programu. Tieto programy by museli byť založené na konkrétnych cieľoch primeraných úrovni zavedenia.

Ak sa krajiny posúvajú od jednej úrovne kontroly k ďalšej, bude potrebné prijímať rozhodnutia založené na dôslednom hodnotení dôkazov efektívnosti, nákladovej efektívnosti a škôd. Tomuto procesu pomôže, keď krajiny zabezpečia celkové hodnotenie všetkých aktivít a vymieňanie výsledkov s inými krajinami v Európe. Týmto spôsobom posilnia súčasné investície do programov dôkazovú základňu pre kontrolu chlamýdií, umožnia budúce rozhodovanie a prispievajú k zlepšeniu zdravotného stavu populácie.

Na európskej úrovni by malo byť cieľom znížiť podiel krajín, ktoré uvádzajú, že nemajú organizované aktivity.

Účel tohto dokumentu

Tento dokument poskytuje usmernenie pre tvorcov politik v oblasti zdravotníctva v Európskej únii k príprave národných stratégií na kontrolu chlamýdií. Neposkytuje konkrétne klinické alebo diagnostické usmernenia, ale skôr rámec pre rozvoj, realizáciu a zlepšovanie národných stratégií na prevenciu a kontrolu chlamýdií. Malo by sa nahliadnuť do najnovších systematických prieskumov ako základu pre takéto podrobné usmernenia.

Zdravotnícke politiky, ako napr. klinické usmernenia, by mali vychádzať z najlepších dostupných dôkazov. Vo všeobecnosti je však menej dôkazov, na ktorých sa môžu zakladať tieto politické rozhodnutia. V tomto usmernení sa usilujeme umožniť rozvoj miestnych, na dôkazoch založených usmernení v súvislosti s náležitými národnými stratégiami na boj proti chlamýdiám. Je potrebné, aby sa v týchto stratégiách zohľadnili nielen klinické a epidemiologické faktory (ako prevalence chlamýdií v populácii), ale aj miestne systémy poskytovania zdravotnej starostlivosti, infraštruktúra a vybavenie zdrojmi.

Usmernenia vypracovala technická skupina za použitia dôkazov zhromaždených v správe ECDC „Prehľad činností v boji proti chlamýdiám v krajinách EÚ“, ktorá je prehľadom činností na kontrolu chlamýdií, ktoré sa posudzovali spolu s najnovšími systematickými prehľadmi týkajúcimi sa skríningu a kontroly chlamýdií.

Tieto usmernenia sa vzťahujú na pohlavne prenosnú formu *Chlamydia trachomatis* (serovary D – K) a nevzťahujú sa na *Lymphogranuloma venereum* alebo trachóm.

10. Používanie antivirových liekov proti chrípke počas pandémie chrípky vo verejnom zdravotníctve

(uverejnené v júni 2009, aktualizované v auguste 2009)

Tento podkladový dokument má slúžiť, ako zdroj pre zodpovedných v Európskej únii a EHP/EZVO za vypracovanie politik a praktických postupov týkajúcich sa používania antivirových liekov proti chrípke, najmä v súvislosti s pandémiami chrípky. Tento dokument sa opiera o vedecké dôkazy, usmernenie WHO, stanoviská odborníkov (vrátane odborníkov poradného fóra ECDC) a odporúčania uvedené v európskych národných plánoch pripravenosti na pandémiu. Zameriava sa na možnosti použitia antivirových liekov v súvislosti s pandémiou chrípky.

Dostupné dôkazy o účinnosti antivirových liekov buď pri liečbe, alebo profylaxii a následnom používaní antivirových liekov vo verejnom zdravotníctve počas pandémie vyplývajú zo štúdií, ktoré sa uskutočnili počas sezónnej chrípky medzi zdravými dospelými a v menšej miere v jednej z najrizikovejších skupín (starší ľudia) a v prípade niektorých starších detí.

Tieto dôkazy naznačujú, že niektoré antivirové lieky, najmä inhibítory neuraminidázy (oseltamivir a zanamivir) poskytujú určité výhody pri liečbe tým, že skracujú priebeh chrípkového ochorenia obvykle o 1 až 2 dni a obmedzujú aj komplikácie a potrebu užívania antibiotík u infikovaných jednotlivcov. Tento účinok je obmedzený tým, že lieky sa majú podať zavčas (do 48 hodín po objavení sa prvých symptómov). Existujú aj niektoré slabé dôkazy z pozorovaní, že lieky by mohli znížiť chorobnosť a dokonca úmrtnosť chorých pacientov dokonca aj v prípade, keď sa podajú po 48 hodinách. Často sa uvádzajú menej závažné vedľajšie účinky, najmä nevoľa a niekedy dokonca aj zvracanie pri orálne podávaných liekoch (oseltamivir), preto výrobcovia odporúčajú užívať lieky s jedlom.

Štúdie na zdravých dospelých naznačujú, že infekcii možno predísť profylaktickou liečbou so 70 % až 90 % účinnosťou pod podmienkou, že sa liek užíva podľa predpisu. Dôkazy o prínosoch pre verejné zdravotníctvo v prípade rizikovejších skupín a rizikovejšom prostredí sú menej výrazné, ale zdá sa, že dochádza k určitému obmedzeniu infekcie, napríklad v prípade prepuknutia ochorenia v uzavretých prostrediach, ako sú napríklad domovy sociálnej starostlivosti. Z toho vyplýva, že tieto lieky môžu mať vplyv na úroveň prenosu vírusu a môžu pomôcť pri predchádzaní infekcii.

Veľmi zriedkavo sa môžu objaviť vírusy chrípky, ktoré sú primárne rezistentné voči jednému alebo viacerým antivirovým liekom v dôsledku genetickej mutácie a prirodzeného preskupovania. K tomu došlo v Európe aj v sezóne 2007 – 2008, keď sa objavil vírus, ktorý bol odolný voči oseltamiviru. Nesúviselo to s používaním antivirových liekov a nemalo by to pravdepodobne ovplyvniť štandardné politiky používania antivirových liekov počas pandémie. Možnosť vzniku odolného nového vírusu, ktorý je rezistentný voči liečbe antivirovými liekmi, je však reálnou hrozbou a môže si vyžadovať rýchlu zmenu politik používania antivirových liekov, najmä na profylaxiu, ak by sa takýto vírus objavil počas pandémie. Nesmie sa to zamieňať so sekundárnou rezistenciou na antivirové lieky, ku ktorej dochádza viac-menej bežne pri užívaní antivirových liekov. Výsledkom je obvykle vírus, ktorý nie je schopný prenosu z človeka na človeka, a preto nie je predmetom záujmu verejného zdravotníctva.

Existuje celá škála rozličných stratégií na používanie antivirových liekov a tieto závisia od celkových cieľov verejného zdravotníctva, ktoré orgány majú v úmysle dosiahnuť, od dostupnosti antivirových liekov a ostatných praktických aspektov. Medzi tieto ciele patrí liečba chorľavejších osôb, liečba alebo ochrana rizikovejších osôb, liečba všetkých prípadov ochorení, čím sa zníži úroveň prenosu, alebo ochrana zdravotníckeho personálu a ostatných dôležitých zamestnancov. ECDC navrhuje stanovenie priorit.

Počas pandémie sa vyskytujú značné praktické problémy súvisiace s uspokojením potenciálnej potreby antivirových liekov na liečbu nakazených osôb, ako aj na prevenciu infekcie (profylaxiu) z dôvodu vysokého počtu nakazených a prípadnej závažnosti infekcie. Veľa krajín si vytvorilo zásoby antivirových liekov, ktoré sa majú použiť vyslovene počas pandémie. V súčasnosti sa tieto zásoby antivirových liekov v európskych krajinách líšia, počínajúc pokrytím niekoľkých percent populácie po viac ako 50 % populácie. Ale aj v prípade existencie zásob sa však nedá vyhnúť tomu, že v prípade pandémie dopyt po antivirových liekoch preváži ponuku. Z toho dôvodu je dôležité vypracovať modernejšie stratégie a logistické plánovanie na optimalizáciu použiteľnosti existujúcich zásob. Dôležitou všeobecnou zásadou je, že existencia zásob má obmedzené použitie bez súčasnej existencie dohodnutých cieľov, protokolov, systémov podávania a zásobovania.

Na dosiahnutie maximálneho prínosu zásob antivirových liekov je rozhodujúce, aby boli v rámci príprav na pandémiu stanovené jasné ciele. Toto plánovanie by malo zohľadňovať celkový objem a dostupnosť antivirových liekov, základnú epidemiológiu (predpokladané miery výskytu ochorenia atď.), rozsah a trvanie prepuknutia ochorenia a veľkosť

skupín populácie. Dôležitým nástrojom na extrapoláciu účinkov jednotlivých stratégií na používanie antivirotik počas pandémie môže byť modelovanie, ale toto modelovanie nie je jednoduché. Na základe dostupných dôkazov ECDC odporúča túto stratégiu stanovenia priorít pre používanie antivirotik:

1. **Osoby so závažnejším ochorením.** Prvoradá je liečba osôb so závažnejším priebehom chrípkového ochorenia, dokonca aj po uplynutí 48-hodinového „okna“ po objavení sa prvých symptómov, keď sa usúdi, že antivirotiká sú účinné. V prípade týchto pacientov je však ešte dôležitejšie, aby boli k dispozícii primerané zásoby vhodných antibiotík na liečbu sekundárnych infekcií a ostatných nevyhnutných liekov.
2. **Osoby, v prípade ktorých hrozí vážna choroba.** V tomto prípade by sa mali uprednostniť osoby, pri ktorých hrozí, že choroba bude mať vážny priebeh. Pri sezónnej chrípke sa práve týmto osobám odporúča očkovanie proti chrípke: starší ľudia s už existujúcimi chronickými chorobami a zdravotnícky personál prichádzajúci do priameho kontaktu s pacientmi. Toto sa však počas pandémie môže zmeniť s cieľom zohľadniť tie osoby, ktoré sú najviac ohrozené pandemickým kmeňom chrípky. V prípade výskytu pandemických i sezónnych vírusov sa tieto sezónne a pandemické rizikovejšie skupiny budú musieť skombinovať. Niektoré krajiny môžu zvážiť profylaxiu v domácnostiach, v ktorých žijú rizikovejšie osoby, táto politika by sa však ťažko realizovala.
3. **Všetky osoby, u ktorých choroba práve prejavila.** Po vážnejších prípadoch by sa antivirotiká mali prednostne podávať osobám, u ktorých sa choroba práve prejavila (do 48 hodín po objavení sa prvých symptómov), pretože vtedy sú tieto lieky najúčinnnejšie.
4. **Použitie na profylaxiu.** Krajiny s veľkými zásobami antivirotik môžu zvážiť ich podávanie aj v rámci profylaxie. Kandidátmi sú tieto skupiny: osoby v úzkom kontakte s chorými, rodinní príslušníci a dôležití pracovníci na účely zachovania kontinuity činností. Vytváranie zásob doma sa neodporúča, pretože dodávky sú obmedzené, hoci samozrejme možno očakávať, že niektorí ľudia ich budú od svojich lekárov požadovať, ako tomu bolo v prípade vtáčej chrípky.
5. **Zdravotnícky personál** prichádzajúci do priameho kontaktu s pacientmi je osobitným prípadom. Tento personál potrebuje primeranú ochranu v podobe osobných ochranných prostriedkov. Ak by ochoreli, musia okamžite dostať antivirotiká a ostať doma. Krajiny s veľkými zásobami antivirotik môžu zvážiť aj ich profylaktické podávanie určitým skupinám týchto pracovníkov.

Ešte väčšie problémy predstavujú organizačné aspekty dodávania antivirotik. Z dôkazov totiž vyplýva, že liečba antivirotikami môže byť určitým prínosom len vtedy, keď sa začnú podávať do 48 hodín po prvých príznakoch ochorenia. Obzvlášť rozhodujúce to bude v prípade pandémie. Preto na dosiahnutie toho, aby boli antivirotiká pri liečbe infekcie účinné, by mali byť k dispozícii zdroje na vypracovanie protokolov a systémov na zabezpečenie rýchleho zásobovania antivirotikami a ich včasného podania.

Práca, ktorú v členských štátoch urobili ECDC a regionálne úrady WHO v Európe, naznačuje, že pred vypuknutím pandémie je potrebné dôkladne zvážiť nasledujúce otázky zásobovania antivirotikami, ako aj riadenia vnútroštátnych a ďalších strategických zásob antivirotik:

1. V počiatočnej etape pandémie je potrebné prijať rozhodnutie, či závažnosť infekcie na úrovni jednotlivých pacientov je dostatočná na to, aby sa poskytli antivirotiká všetkým pacientom so symptómami ochorenia alebo dokonca na oddialenie alebo zastavenie šírenia ochorenia.
2. Zabezpečiť, aby klinickí lekári mali vždy dostatok antivirotik na liečbu tých, ktorí sú najviac chorí.
3. Schopnosť doručiť včas antivirotické látky osobám, ktoré ich najviac potrebujú, pretože ak majú byť účinné, musia sa podať do 48 hodín od prvých symptómov.
4. Identifikovať kľúčové skupiny, ktoré by prednostne mali dostať antivirotiká na základe vopred dohodnutých kritérií (vopred určeného poradia).
5. Možnosť zmeniť priority, ak sa zdá, že najviac ohrozené nie sú skupiny, ktoré sa predpokladali zo skúseností so sezónnou chrípkou.
6. Zabezpečiť, aby prvé postihnuté oblasti nevyčerpali vnútroštátne zásoby a aby bolo možné rozložiť zdroje po celej krajine.
7. Zaujať stanovisko k občanom, ktorí sa snažia robiť si svoje osobné zásoby, alebo k spoločnostiam, ktoré sa snažia chrániť svojich zamestnancov.
8. Monitorovať rezistenciu na antivirotiká, najmä primárnu rezistenciu a schopnosť zmeniť národné stratégie liečby v prípade, keď sa zdá, že sa zásoby antivirotik môžu vyčerpať, alebo ak sa objaví rezistencia na antivirotiká (najmä ak sa lieky používajú na profylaxiu).

9. Nezaťažovať zariadenia poskytujúce primárnu zdravotnú starostlivosť distribúciou antivirotik pacientom s ľahkým alebo stredne ťažkým priebehom ochorenia, keď majú veľa práce s pacientmi so závažnejším priebehom ochorenia. Tým sa zároveň predíde tomu, aby sa stretávali osoby pri čakaní na antivirotika (napr. v radoch v lekárňach alebo v čakárňach ambulancií), a tak ďalej šíрили infekciu.
10. Zabezpečiť, aby bolo zabezpečené dobré zásobovanie dôležitými liekmi, okrem iného najmä vhodnými antibiotikami.
11. Možnosť monitorovať dodržiavanie dávkovania, najmä u pacientov s ľahkými priebehom choroby a osôb, ktoré ich dostávajú ako profylaxiu.
12. Očakávať menej závažné bežné vedľajšie účinky oseltamiviru, najmä nevoľnosť a uvedomiť si, že sa môžu vyskytnúť menej časté, ale zato závažnejšie vedľajšie účinky.
13. Mať pripravené vzdelávacie materiály a prístupy na uľahčenie používania inhalátorov zanamiviru, najmä pre tých, ktorým by mohlo robiť problémy jeho používanie.
14. Zvážiť prístupy k osobitným skupinám, ako napr. tehotné ženy a malé deti.
15. Mať k dispozícii priame, spoľahlivé a vyskúšané stratégie komunikácie s odborníkmi i verejnosťou týkajúce sa všetkých uvedených aspektov stanovenia priorít ako súčasť celkovej komunikácie počas pandémie.

ECDC okrem toho navrhuje, aby boli zavedené určité praktické systémy, ktoré môžu pôsobiť na úrovni EÚ:

16. Podávanie správ členskými štátmi o štandardných stanoviskách politiky stanovovania priorít a o významných zmenách týchto priorít prostredníctvom EWRS.
17. Systémy, ktoré sú schopné zachytiť správy a fámy o vedľajších účinkoch, a mechanizmus spolu s EMEA a ECDC na reagovanie na tieto správy a fámy v prípade, keď sa vyskytnú.
18. Monitorovanie výskytu rezistencie na antivirotiká v rámci ECDC, siete referenčných laboratórií Spoločenstva a WHO.
19. Očakávanie nevyhnutného výskytu priameho predaja antivirotik a ďalších liekov z neregulovaných zdrojov prostredníctvom internetu.

Práca naznačuje celý rad priorít výskumu a vývoja vrátane potreby určiť, či sú antivirotiká prínosom, keď sa podajú po uplynutí 48 hodinového „okna“, najmä pri liečbe pacientov so závažnejším priebehom ochorenia. Ďalšou prioritou je zavedenie systémov v členských štátoch, ktoré môžu určiť v reálnom čase, či sú antivirotiká skutočne účinné proti každému pandemickému vírusu a systém, ktorý môže včas odhaliť skutočné zlyhania pri liečbe a profylaxii, ktoré môžu naznačovať, že došlo k výskytu rezistencie.

11. Použitie špecifických vakcín proti pandemickej chrípke počas pandémie chrípky typu H1N1 v roku 2009

(uverejnené v auguste 2009)

V apríli 2009 sa zaznamenal a charakterizoval nový kmeň chrípky typu A (H1N1), ktorým sa môžu infikovať aj ľudia. Očakáva sa, že miery infikovania v prípade tohto pandemickeho kmeňa budú vyššie ako v prípade sezónnej chrípky z dôvodu nižšej imunity v populácii voči tomuto typu chrípky (s výnimkou starších ľudí, ktorí, ako sa zdá, sú voči tomuto typu chrípky odolnejší). Preto skutočné počty prípadov pacientov chorých na chrípku, ktorí sa počas krátkeho obdobia dostavia do zdravotníckych zariadení, bude pravdepodobne vyšší ako v prípade sezónnej chrípky.

Očkovanie vakcínou proti konkrétnemu pandemickému kmeňu sa považuje za jedno z najúčinnnejších protiopatrení na ochranu ľudí v prípade pandémie. Všetky vakcíny na konkrétnu pandémiu však nebudú dostupné okamžite, ich doručenie od výrobcov si určite vyžiada určitý čas a budú aj problémy s distribúciou. Zabezpečiť vakcíny v primeranom čase bude zložité. Na účely maximalizácie prínosu dostupných dávok bude dôležité strategické použitie vakcín po dôkladnom stanovení priorít pre jednotlivé skupiny populácie.

Celkové ciele vakcinácie by sa mali stanoviť ešte pred rozhodnutím, komu sa vakcína ponúkne a ako sa stanovia prioritné cieľové skupiny populácie. Tieto sa oprávnené môžu líšiť medzi jednotlivými krajinami a/alebo regiónmi. Pravdepodobne sa budú líšiť v závislosti od zdrojov, počtu vakcín, počtu striekačiek a pod., ktoré sú k dispozícii, a praktických otázok týkajúcich sa distribúcie a zásobovania. Tieto rozdiely medzi krajinami, keď sa o nich verejnosť dozvie, budú predstavovať problémy pri komunikácii, a preto je potrebné sa na ne pripraviť.

Ciele stratégie v oblasti vakcinácie v prípade pandémie možno rozdeliť do dvoch veľkých kategórií, ktoré sa v žiadnom prípade nevylučujú: a) zmiernenie na ochranu osôb, v prípade ktorých hrozí vážny priebeh ochorenia a b) ochrana základných služieb.

Chrípka typu A (H1N1) je spôsobená novým typom vírusu a všetky pandémie v moderných časoch sú navzájom odlišné a líšia sa aj od súčasnej sezónnej chrípky. Preto sa ohrozené skupiny môžu líšiť (v prípade, ktorých hrozí vážnejší priebeh ochorenia) v porovnaní so skupinami ohrozenými kmeňmi vírusu sezónnej chrípky. Svoju úlohu zohrávajú aj rozličné stratégie, keď sa kladie väčší dôraz na potrebu udržať úroveň základných služieb imunizáciou. Preto sa môžu líšiť aj cieľové skupiny (t. j. skupiny, ktorým sa ponúkne vakcína a ktoré môžu alebo nemusia byť ohrozenými skupinami).

Podľa súčasných údajov o pandémii chrípky typu A (H1N1) z roku 2009 sa za ohrozené skupiny môžu považovať tieto skupiny populácie:

- osoby mladšie ako 65 rokov, ktoré sú náchylné na chronické ochorenia, konkrétne:
 - chronické ochorenia dýchacích ciest,
 - chronické kardiovaskulárne ochorenia,
 - chronické poruchy metabolizmu (konkrétne cukrovka),
 - chronické ochorenia obličiek a pečene,
 - osoby s oslabenou imunitou (vrodenou alebo nadobudnutou),
 - chronické neurologické problémy alebo neuromuskulárne ochorenia,
 - akýkoľvek iný zdravotný stav, ktorý oslabuje imunitu osoby alebo má vplyv na respiračné funkcie,
- malé deti (najmä deti mladšie ako dva roky),
- tehotné ženy.

Tento zoznam sa trochu líši od zoznamu skupín, ktoré mnohé krajiny odporúčali na imunizáciu proti sezónnej chrípke. Ukazuje sa, že staršie osoby sú vo všeobecnosti touto infekciou menej ohrozené – možno v dôsledku existujúcej imunity – ale existujú indikácie, že keď už ochorejú, priebeh choroby má u nich vážnejší priebeh ako v prípade dospelých mladších vekových kategórií.

Okrem toho existujú ďalšie skupiny, ktorým možno ponúknuť imunizáciu dokonca i v prípade, keď nepatria medzi osoby, v prípade ktorých hrozí vážnejší priebeh ochorenia (cieľové skupiny). Existujú argumenty v prospech vakcinácie detí, pretože medzi nimi sa zaznamenávajú vysoké miery infikovania (aj keď s ľahkým priebehom) a tieto prípady môžu byť obzvlášť dôležité pri zosilnení prepuknutia ochorenia na miestnej úrovni. Existujú aj argumenty v prospech imunizácie všetkého zdravotníckeho personálu. Preto, aby sa zabránilo tomu, aby sa osoby z rizikových skupín nakazili od zdravotníckeho personálu, ako aj na ochranu zdravotníckych pracovníkov, aby sa nenakazili od pacientov a aby sa udržala úroveň zdravotníckych služieb. Je výhodne zabezpečiť imunizáciu osôb, ktoré sa starajú o osoby, ktorých imunizácia nemusí byť účinná (napr. o pacientov liečených imunosupresívnou

terapiou). Deti mladšie ako šesť mesiacov nemožno v tomto štádiu očkovať z dôvodu nedostatku údajov o imunogenicitě a bezpečnosti, a preto sa ozývajú tvrdenia v prospech očkovania tých osôb, ktoré sú v úzkom kontakte s týmito deťmi. Ostatné prípadné cieľové skupiny sú pracovníci dôležití pri reakcii na pandémiu.

Toto usmernenie vychádza zo súčasného scenára pandémie chrípky typu A (H1N1) z roku 2009. Zaznamenané sú určité oblasti neistoty a diskutuje sa o nich. Keď bude k dispozícii viac údajov, dôkazov a stanovísk, tento dokument sa bude aktualizovať zároveň s hodnotením rizík, ku ktorému je pripojený.

Na základe skúsenosti z prechádzajúcich pandémii, počas ktorých sa patogénnosť a prenosnosť vírusu časom zvyšovala, sa prezentovali tri scenáre. Obsahuje aj prílohy, v ktorých je zhrnutie dôkazov z očkovania konkrétnych rizikových skupín počas sezónnej chrípky a tejto pandemickej chrípky a uvádzajú sa všeobecné odhady veľkosti rizikových a cieľových skupín. Základ pre tento výpočet je uvedený dostatočne podrobne na to, aby ostatné členské štáty mohli uplatniť túto metodiku na svoju vlastnú populáciu alebo porovnať už použité metódy.

Správy o surveillance

12. Surveillance tuberkulózy v Európe v roku 2007

(uverejnené v marci 2009)

Od 1. januára 2008 Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) a regionálne úrady WHO v Európe koordinovali spoločne surveillance tuberkulózy (TBC) v Európe. Cieľom je zabezpečiť vysokú kvalitu štandardizovaných údajov o TBC zo všetkých 53 krajín v európskom regióne WHO.

V roku 2007 51¹ krajín európskeho regiónu WHO plus Lichtenštajnsko nahlásilo 477 327 prípadov TBC. Priemerná miera hlásených prípadov bola 54 prípadov na 100 tisíc obyvateľov, pričom sa tento údaj medzi jednotlivými krajinami značne líšil a tento podiel v posledných rokoch evidentne stúpil od západu smerom na východ. Predstavuje to nárast o 54 497 prípadov od roku 2006 a celková miera nahlásených prípadov sa zvýšila o 13 % (zo 48/100 000 na 54/100 000), čo spôsobilo najmä zaregistrovanie predtým nahlásených opakovane liečených prípadov TBC Ruskou federáciou po rozšírení pokrytia jej systému podávania hlásení a po zlepšení prístupu pacientov k zdravotnej starostlivosti. Miera hlásenia predtým neliečených prípadov v celom regióne poklesla o 2,5 % (z 36,6 na 35,7 na 100 000). Vo všeobecnosti miera úmrtnosti na TBC v uplynulých rokoch odrážala celkové miery hlásených prípadov podľa ich geografického rozloženia v rámci regiónu (medián celkovej miery: 0,6/100 000, interval krajiny: 0,0 – 22,3). Priemerná miera výskytu primárnej tuberkulózy rezistentnej na viaceré lieky (MDR TBC) bola 1,5 % v 22 krajinách, ktoré nahlásili MDR TBC. Priemerná miera úspešnosti liečby bola 73 % s 11 % prípadov preradených na ďalšie sledovanie, 8 % úmrtí a 7 % neúspešnej liečby.

Európska únia (EÚ) a krajiny Európskeho hospodárskeho priestoru (EHP)/Európskeho združenia voľného obchodu (EZVO) (30 krajín).

V roku 2007 nahlásilo 27 krajín EÚ a tri krajiny EHP/EZVO (Island, Nórsko a Lichtenštajnsko) 84 917 prípadov TBC. Miera hlásených prípadov TBC (celkovo 17/100 000) bola najvyššia v Rumunsku (118), Bulharsku (40) a baltských štátoch (36 – 71). Od roku 2003 do roku 2007 sa celkové miery hlásených prípadov znížili o 4 % ročne, čo bolo odrazom poklesu predtým neliečených prípadov TBC. Výrazné zvýšenie sa však zaznamenalo na Malte (+ 61 %) a na Islande (+ 37 %), určité zvýšenie vo Švédsku (+ 5 %) a v Spojenom kráľovstve a na Cypre (v oboch prípadoch + 3 %), väčšinou išlo o prípady zahraničného pôvodu. V roku 2007, 21% prípadov (interval krajiny: 0 – 78 %) boli osoby pochádzajúce zo zahraničia, z ktorých takmer dve tretiny pochádzali z Ázie alebo Afriky a 6 % z východoeurópskych krajín, ktoré nie sú členmi EÚ a krajín strednej Ázie. Výskyt HIV medzi pacientmi chorými na TBC sa v období rokov 2001 až 2007 zvýšil v Estónsku a Lotyšsku (z < 1% na 11 %, resp. 4 %) a Spojenom kráľovstve sa v rokoch 2000 – 2003 zdvojnásobil (zo 4 % na 8 %). V ostatných krajinách, ktoré poskytli údaje, bol výskyt HIV u pacientov chorých na TBC 1 % alebo nižší v piatich krajinách, 2 – 5 % v siedmich krajinách a 14 % v Portugalsku. Rezistencia na viaceré lieky (MDR) sa aj naďalej vyskytuje častejšie v baltských štátoch (kombinovaná MDR: 10 – 21 %) ako v ostatných krajinách (0 – 4 %), kde sa vo všeobecnosti vyskytovala častejšie u pacientov pochádzajúcich zo zahraničia. V roku 2006 nahlásilo 21 krajín údaje z monitorovania výsledkov liečby (treatment outcome monitoring – TOM) v prípade potvrdenej pľúcnej TBC. Z prípadov, ktoré boli zahrnuté do skupín TOM, bola liečba úspešná až v 80 % už v predtým neliečených prípadoch. Preradenie medzi sledované prípady bolo častejšie v prípade pacientov pochádzajúcich zo zahraničia s pľúcnou TBC ako v prípade domácich (35 % resp. 16 %), pričom úmrtie sa uvádzalo menej často (8 % resp. 4 %). Miera úmrtnosti na TBC sa pohybovala v intervale od 0,0 do 10,9/100 000 (29 krajín, najnovšie dostupné údaje za obdobie 2001 – 2006).

Západ (krajiny, ktoré nie sú členmi EÚ) (5 krajín)

V roku 2007 tri krajiny – Andora, Izrael a Švajčiarsko – nahlásilo 881 prípadov TBC s mierami nahlásených prípadov od 5,6 do 7,3/100 000. Tieto miery výskytu boli vo všeobecnosti nízke a väčšina nahlásených pacientov chorých na TBC boli pacienti pochádzajúci zo zahraničia. Údaje zo surveillance rezistencie na lieky nahlásili Švajčiarsko a Izrael, pričom výskyt MDR TBC bol pri všetkých testovaných prípadoch 2,3 %, resp. 6,7 %. Výsledky liečby prípadov zaznamenaných v roku 2006 nahlásil Izrael s mierou úspešnosti 74 v prípade nových prípadov potvrdenej pľúcnej TBC.

¹ Za Monako a San Maríno neboli k dispozícii žiadne údaje.

Balkán (7 krajín)

Balkánske krajiny hlásili v roku 26 296 prípadov TBC, z čoho 75 % nahlásilo len Turecko (ďalších 930 prípadov nahlásila provincia Kosovo, ktorá je pod správou OSN). V roku 2007 bola celková miera nahlásených prípadov TBC 29/100 000 a bola vyššia v Bosne a Hercegovine (62) ako v Albánsku, Chorvátsku, Bývalej juhoslovskej republike Macedónsko, Čiernej Hore, Srbsku a Turecku (interval: 14 – 28). Prevalencia HIV medzi pacientmi chorými na TBC bola v krajinách, ktoré poskytli údaje (0 – 0,4 %) (Albánsko, Bosna a Hercegovina, Bývala republika Macedónsko, Čierna Hora a Srbsko). Kombinovaná primárna a získaná MDR bola od 0 – 0,6 % resp. 9,7 – 34,6 % v štyroch krajinách, ktoré poskytli údaje o MDR (Albánsko, Čierna Hora, Bývala republika Macedónsko a Srbsko). Miera úspešnosti liečby nových prípadov potvrdenej pľúcnej TBC bola 80 – 97 % v piatich krajinách a nižšia (35–70 %) v dvoch ďalších, ktoré poskytli údaje. Miera úmrtnosti na TBC sa pohybovala v intervale od 0,25 do 21/100 000 (v 5 krajinách, za ktoré boli k dispozícii najnovšie dostupné úplné údaje za obdobie 2001 – 2006).

Východ (12 krajín východnej Európy, ktoré nie sú členmi EÚ, a krajiny strednej Ázie)

V roku 2007 krajiny z východu nahlásili 365 233 prípadov TBC, z čoho 59 % nahlásila Ruská federácia. Miera hlásených prípadov TBC bola v roku 2007 najvyššia (celkovo 131/100 000) v Kazachstane (258), Moldavskej republike (178), Ruskej federácii (151), Gruzínsku (135) a Kirgizstane (125), po nich nasleduje Arménsko, Azerbajdžan, Bielorusko, Tadžikistan, Turkmenistan, Ukrajina a Uzbekistan (59 – 119). Priemerný ročný nárast od roku 2002 do roku 2007 bol rovnaký ako nárast, ktorý sa zaznamenal počas rokov 1998 – 2002 (+ 6 %). Počet nových prípadov poklesol v rokoch 2006 a 2007 v šiestich krajinách. Výskyt HIV medzi pacientmi chorými na TBC bol v uplynulých rokoch 1 % alebo nižší v piatich krajinách, ale bol vyšší v Ruskej federácii a na Ukrajine (7 % resp. 6 % v roku 2007 pri nových prípadoch TBC). Vnútroštátne a regionálne údaje o rezistencii na lieky z niekoľkých krajín naznačujú rozšírený vysoký výskyt MDR. Výskyt kombinovanej MDR TBC sa pohyboval od 14 % do 57 %, hoci reprezentatívnosť údajov sa medzi jednotlivými krajinami líšila. V krajinách, ktoré nahlásili nové prípady TBC na základe pozitívnych sterov (2006), bola priemerná miera úspešnosti 64 % (interval: 58–86 %) Nízka úspešnosť spojená s vysokým počtom zlyhaní (priemer: 12 %, interval: 3 – 16 %), bola spôsobená najmä výskytom primárnej MDR a preradením na sledovanie (priemer: 13 %, interval: 4 – 35 %). Miera úmrtnosti na TBC sa pohybovala v intervale od 3,0 do 22,3/100 000 (vo všetkých krajinách, za ktoré boli dostupné najnovšie dostupné úplné údaje za každý rok v období od 2003 do 2006 s výnimkou Turkmenistanu).

Záver

Krajiny východnej Európy, ktoré nie sú členskými štátmi EÚ, a krajiny strednej Ázie zostávajú hlavnou prioritou v tomto regióne, pokiaľ ide o kontrolu TBC. V týchto krajinách je situácia často komplikovaná v dôsledku málo presných údajov alebo údajov nízkej kvality a pretrvávajúceho nedostatku zdrojov potrebných na zorganizovanie najvhodnejšej reakcie a/alebo v dôsledku neprimeraného využívania existujúcich zdrojov. Smerom na západ pretrvávajú rozmanitosť ochorení TBC. Priemyselne vyspelé krajiny, ktoré sa zamerali na elimináciu TBC, si stále viac uvedomujú zvýšený výskyt prípadov TBC u obzvlášť zraniteľných skupín obyvateľstva. Medzi vysoko postihnutými krajinami, ako sú baltské štáty, zostáva výskyt MDR TBC stále vysoký. Z analýzy údajov zo surveillancie možno vyvodit' niekoľko odporúčaní na posilnenie kontroly TBC vrátane:

- štandardizácia definície prípadu TBC používanej v rámci regiónu a nástrojov na správu údajov,
- zahrnutie TBC do surveillancie ostatných prenosných chorôb,
- zdôrazňovanie použitia analýzy skupín na účely monitorovania výsledkov liečby,
- vytvorenie lepšieho obrazu o spoločnom výskyte epidémií TBC a HIV
- dôkladné zhodnotenie prevalencie a vývojových trendov MDR TBC na úrovni krajín a na regionálnej úrovni.

13. Výročná epidemiologická správa o prenosných chorobách v Európe 2009

(uverejnené v októbri 2009)

Základné informácie

V roku 2007 ECDC navrhlo, aby frekvencia podrobnej výročnej epidemiologickej správy (AER) pokrývajúcej podrobne všetky oblasti pod dohľadom ECDC bola každé tri až päť rokov. Tento návrh podporilo poradné fórum ECDC. Súčasnú vydanie je teda rozsiahlou kompiláciou o situácii v oblasti prenosných chorôb v Európskej únii, poskytuje však podrobnú analýzu len v jednej oblasti: choroby, ktorým sa dá predchádzať očkovaním. Poskytujú sa v nej údaje o výskyte chorôb za rok 2007 v štandardných tabuľkách a grafoch s krátkym komentárom a posudzujú sa hrozby počas roku 2008.

Veľké zaťaženie verejného zdravotníctva vplyvom infekčných chorôb

Hlavné hrozby týkajúce sa prenosných chorôb v EÚ sa od predchádzajúceho vydania tejto správy výrazne nezmenili a patrí k nim:

- antibiotická rezistencia,
- infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou,
- choroby, ktorým sa dá predchádzať očkovaním s osobitným dôrazom na pneumokokové infekcie,
- infekcie dýchacích ciest s osobitným dôrazom na chrípku (pandemický potenciál, ako aj každoročné sezónne epidémie) a tuberkulóza,
- HIV infekcia.

Zhrnutie surveillance prenosných chorôb za rok 2007

V kapitole 3 sú zozbierané a uvedené všetky prípady hlásené za rok 2007 z 27 členských štátov EÚ plus tri krajiny EHP/EZVO Island, Lichtenštajnsko a Nórsko. Ako sa mnohokrát poukazuje v oddieloch o jednotlivých chorobách tejto kapitoly, malo by sa uskutočňovať starostlivé porovnávanie výskytu medzi krajinami. Systémy surveillance sa odlišujú a vzťah medzi hláseným a skutočným výskytom je v jednotlivých krajinách v prípade mnohých chorôb odlišný. Vo väčšine prípadov je vhodnejšie sa sústrediť na porovnanie trendov v čase, pretože je stabilnejším prvkom systémov surveillance.

Pamätajúc na to, niektoré hlavné zistenia z celoeurópskeho surveillance infekčných chorôb v prípade hlavných skupín chorôb a/alebo podmienky vyvolávajúcej obavy sú zhrnuté ďalej v texte.

Antibiotická rezistencia a infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou (AMR/HCAI)

V celej Európe bol aj v roku 2007 závažným problémom *Staphylococcus aureus* rezistentný na meticilín (MRSA). Napriek tomu v niektorých vysokoendemických krajinách sa podiely MRSA podľa všetkého stabilizovali a v niektorých krajinách sa zaznamenal klesajúci trend.

Znížená citlivosť *Streptococcus pneumoniae* (PNSP) na penicilín poukázala na nerovnorodý obraz v Európe, pričom najsevernejšie európske krajiny udávajú nízke úrovne a pomerne vysoké úrovne udávajú juhoeurópske krajiny a stredomorské krajiny. Celkové úrovne zníženej citlivosti na penicilín a rezistencie na erytromycín zostávajú v mnohých krajinách stabilné.

S rozšírením klonálneho komplexu 17 pokračovala epidémia spôsobená *Enterococcus faecium* rezistentným na vankomycín v infikovaní nemocníc v rôznych krajinách.

Rezistencia na fluórochinolóny, aminopenicilín, aminoglykozid a cefalosporíny tretej generácie v prípade *Escherichia coli* sa výrazne v posledných rokoch zvýšila takmer vo všetkých krajinách, ktoré podávajú správy. Toto je dôležitá informácia, pretože signalizuje vývoj smerujúci k zvýšenému výskytu gramnegatívnych baktérií rezistentných na viaceré lieky a dokonca smerujúci k celkom rezistentným kmeňom.

Klesajúci trend infekcií v mieste chirurgického výkonu po operáciách bedrového kĺbu bol potvrdený v roku 2007, čo potvrdzuje dôležitú úlohu surveillance vrátane rizikovo vážených porovnaní medzi nemocnicami pri prevencii a kontrole HCAI.

Choroby, ktorým sa dá predchádzať očkovaním

V roku 2007 miera hlásenia invazívnych ochorení spôsobených *Haemophilus influenzae* zostávala v Európe na stabilnej úrovni a hlboko pod úrovňou jeden prípad na 100 000 obyvateľov. Vakcína Hib mala naďalej výrazný vplyv na výskyt tohto ochorenia vo všetkých krajinách, kde bola zavedená.

Celková miera hlásenia invazívnych meningokokových infekcií v roku 2007 bola 1 na 100 000 podobne, ako tomu bolo v roku 2006 a séro skupiny B (77 %) a C (16 %) sú naďalej hlavnou príčinou invazívnej meningokokovej infekcie v Európe. Vakcína, ktorá sa bežne používa, pokrýva len séro skupinu C.

V porovnaní s predchádzajúcim rokom došlo v roku 2007 k výraznému nárastu počtu potvrdených prípadov invazívnej pneumokokovej infekcie (IPD), ktoré hlásilo Rakúsko a Slovinsko, pravdepodobne v dôsledku nedávnych zlepšení ich systémov surveillance. Celkovo bolo ťažké porovnať mieru hlásení medzi členskými štátmi pre veľkú rozmanitosť systémov surveillance IPD v EÚ. Heptavalentná pneumokoková konjugovaná vakcína (PCV7) bola v EÚ povolená v roku 2001, ale používanie tejto vakcíny je v jednotlivých krajinách odlišné.

V roku 2007 bol v krajinách EÚ a EHP/EZVO hlásený menší počet prípadov osýpok než v roku 2006, osýpky však zostali prioritou verejného zdravotníctva s 2 795 potvrdenými prípadmi vrátane jedného smrteľného prípadu a dvoch prípadov encefalitídy. Len štyri krajiny boli posledné tri roky bez výskytu osýpok.

V roku 2007 mumps naďalej patril k chorobám, ktorým sa dá predchádzať očkovaním, s jednou z najvyšších mier hlásení v Európe, ale celkovým stále klesajúcim trendom a miera hlásení mumpsu v roku 2007 skutočne bola najnižšia od roku 1995.

Podobne ako v roku 2006 bola hlásená miera potvrdených prípadov rubeoly v roku 2007 nízka.

Infekcie dýchacích ciest

Sezóna chrípky v Európe v rokoch 2007 – 2008 bola charakteristická strednou klinickou aktivitou s vrcholom prenosu chrípky typu A(H1N1), po ktorej nasledoval vrchol chrípky typu B. Izolovaných bolo len niekoľko kmeňov A(H3N2).

Dôležitým novým fenoménom bol prvý výskyt sezónnej chrípky vírusového kmeňa rezistentného na antivírusový liek oseltamivir: A(H1N1-H247Y). Tento kmeň bol plne schopný prenosu z človeka na človeka, jeho rozšírenie sa však v rámci regiónu značne líšilo – od viac ako polovice všetkých izolovaných kmeňov v niektorých krajinách po len niekoľko percent v iných. Výskyt a rozšírenie tohto rezistentného vírusu nebolo možné vysvetliť na základe predchádzajúceho používania antivirových liekov.

Keďže v roku 2006 bol hlásených rad prepuknutí vysoko patogénnej vtácej chrípky u vtákov v Európe, najmä domácej hydiny, neboli však hlásené žiadne súvisiace prípady u ľudí. K jednému prepuknutiu nízkopatogénnej vtácej chrípky A(H7N2) došlo v Spojenom kráľovstve v máji 2007 s niekoľkými súvisiacimi prípadmi chrípky podobného ochorenia a/alebo konjunktivitídy u ľudí.

Miera hlásenia legionárskej choroby v krajinách EÚ a EHP/EZVO v roku 2007 zostala na stabilnej úrovni s výskytom 1,1 na 100 000 obyvateľov. Počet nahlásených prípadov legionárskej choroby v spojení s cestovaním vzrástol v porovnaní s rokom 2006, čo možno pripísať lepšej surveillance a hláseniu, pričom počet cestovateľských skupín poklesol, čo môže odrážať vplyv usmernení európskej pracovnej skupiny pre infekcie spôsobené legionelou (EWGLINET) na kontrolu legionárskej choroby.

V prípade tuberkulózy (TBC) bol hlásený stály klesajúci trend v miere hlásenia v 25 krajinách od roku 2003, 23 % všetkých prípadov boli tak ako v roku 2006 osoby pochádzajúce zo zahraničia, najmä z Ázie alebo Afriky. Rezistencia na viaceré lieky (MDR) je naďalej častejšia v baltských štátoch než v iných krajinách a spravidla sa častejšie vyskytuje v prípadoch zahraničného pôvodu. Údaje stále odzrkadľujú nerovnomernosť situácie TBC s krajinami s nízkym výskytom, kde sa čoraz častejšie diagnostikujú prípady u skupín populácie narodených v zahraničí, iné krajiny so strednou až vysokou mierou hlásení, ale kde MDR TBC je zatiaľ neznáma a krajiny s pomerne vysokou mierou hlásení a vysokým podielom prípadov MDR TBC. V roku 2007 krajiny EÚ a EHP/EZVO celkovo nahlásili 41 205 potvrdených prípadov TBC (8,2 na 100 000).

HIV, pohlavne prenosné infekcie, hepatitída B a C

Aj v roku 2007 zostali infekcie HIV hlavným problémom verejného zdravotníctva v Európe bez známok poklesu počtu hlásených novodiagnostikovaných prípadov. Počet diagnostikovaných prípadov AIDS však pokračoval v poklese okrem niektorých krajín východnej a strednej Európy. Prevládajúci spôsob prenosu sa v jednotlivých krajinách a geografických regiónoch líšil, čo poukazuje na veľkú rozmanitosť epidemiológie HIV v Európe.

V roku 2007 boli infekcie zapríčinené *Chlamydia trachomatis* naďalej najčastejšie hlásenými STI (a najčastejšie hláseným ochorením v celej Európe). Viac ako štvrt' milióna prípadov infekcie *C. trachomatis* nahlásilo 22 krajín EÚ a EHP/EZVO, čo znamená celkovú mieru chorobnosti 122,6 prípadov na 100 000 obyvateľov. Chlamýdie naďalej najviac postihovali mladých ľudí vo veku 15 až 24 rokov. Skutočný výskyt infekcie *C. trachomatis* bol pravdepodobne vyšší a miera hlásenia pravdepodobne skôr odrážala skriningové postupy a objem testovania než skutočný výskyt.

Pozoruhodné bolo, že Švédsko hlásilo 45 % nárast počtu prípadov od roku 2006, pravdepodobne na základe nových metód testovania na detekciu nového variantu *C. trachomatis* prvýkrát hláseného vo Švédsku v novembri 2006. Pri prieskume v rámci celej EÚ sa zistilo, že rozšírenie tohto variantu bolo obmedzené na Švédsko alebo sexuálnych partnerov Švédov v iných krajinách.

Väčšina európskych krajín má systémy surveillance hepatitídy B a C, ale na základe ich rozdielnosti, najmä v štruktúrach systému, postupom hlásenia, metódam zhromažďovania údajov a používaným definíciám prípadov, sa údaje zo surveillance dajú medzi krajinami ťažko porovnávať.

Choroby a zoonózy prenášané potravou a vodou

Kampylobakteriáza je naďalej najčastejšie hlásenou príčinou gastrointestinálneho ochorenia v EÚ a EHP/EZVO a v roku 2007 sa miera hlásenia zvýšila o viac ako 15 % v porovnaní s rokom 2006. Veľká variabilita systémov hlásenia medzi krajinami v kombinácii s vysokou mierou nedostatočného hlásenia, ku ktorému dochádza v niektorých krajinách, sťažuje priame porovnanie medzi krajinami.

V roku 2007 miera hlásenia salmonelózy zostala v krajinách EÚ a EHP/EZVO na vysokej úrovni, ale klesajúci trend pozorovaný od roku 2004 pokračoval.

V roku 2007 nahlásilo 29 krajín EÚ a EHP/EZVO spolu 13 952 potvrdených prípadov hepatitídy A a epidemiologický obraz hepatitídy A bol v rámci regiónu značne premenlivý. Hepatitída A v Lotyšsku prepukla v novembri 2007.

Environmentálne choroby a choroby prenášané vektormi

V auguste 2007 Taliansko hlásilo prepuknutie horúčky chikungunya s 217 laboratórne potvrdenými prípadmi. Miestny prenos vírusu chikungunya nasledoval po jeho zavlečení jediným cestovateľom, ktorý sa vrátil z Indie, a ukázal, že komár *Aedes albopictus* je skutočne vektorom schopným účinného prenosu vírusu v zemepisných šírkach EÚ.

V roku 2007 nahlásilo 22 krajín EÚ a EHP/EZVO spolu 637 potvrdených infekcií Q-horúčky, približný počet ako v roku 2006 (583). Výskyt Q-horúčky bol hlásený v Holandsku (168 prípadov) a Slovinsku (86 prípadov).

Sedem členských štátov nahlásilo 40 potvrdených prípadov vírusovej hemoragickej horúčky, väčšinou hantavírusové infekcie.

Zhrnutie hrozieb za rok 2007

ECDC monitorovalo 696 hrozieb od začiatku činnosti epidemiologického spravodajstva v júli 2005 do konca roku 2008. V roku 2008 ECDC monitorovalo 250 hrozieb, z ktorých 227 (91 %) sa začalo v roku 2008, 14 (6 %) sa prenieslo z roku 2007 a deväť (4 %) predstavuje opakujúce sa hrozby. Opakujúce sa hrozby sa týkali vtáčej chrípky celosvetovo a v európskom regióne, celosvetovej situácie v súvislosti s horúčkou chikungunya, poliomyelitídou, horúčkou dengue, cholerou a osýpkou, ako aj nových variantov Creutzfeldtovej-Jakobovej choroby a extrémne rezistentnej tuberkulózy.

Podrobnejšie niektoré monitorované hrozby zahŕňali:

- vírusy chrípky rezistentnej na oseltamivir A(H1N1) spomedzi 21 členských štátov v rozsahu od menej ako 1 % v Taliansku po 68 % v Nórsku,
- v roku 2008 bolo monitorovaných päť výskytov hepatitídy A medzinárodného významu, čo predstavovalo výrazný nárast vzhľadom na predchádzajúce roky,
- výskyt baktérie *Shigella sonnei*, ktorou sa infikovalo viac ako 140 zamestnancov vo svojej menze vo Švédsku,
- v roku 2008 bolo zaznamenaných 85 skupinových výskytov legionelózy,
- v roku 2008 v EÚ a EHP/EZVO bolo hlásených 11 prepuknutí osýpok, ktorých výsledkom boli sekundárne prípady v iných členských štátoch napriek poklesu výskytu osýpok v Európe od roku 2006. V porovnaní s rokom 2007 (7 prepuknutí) a 2006 (2 prepuknutia) to predstavovalo nárast,

- 11 hrozieb súvisiacich s tuberkulózou hodnotených v roku 2008. Všetky prípady súviseli s pohybom pacientov postihnutých tuberkulózou: 7 leteckou a 3 námornou cestou,
- letálna infekcia vírusom Marburg u turistky, ktorá sa vrátila z Ugandy do Holandska v júli 2008,
- prvý prípad krymsko-konžská hemoragická horúčka (CCHF) potvrdená v severnom Grécku v júli 2008.

Závery

Na základe zhrnutia základných údajov a trendov je možné dospieť k záveru, že priority prevencie a kontroly prenosných chorôb v EÚ a EHP/EZVO sa podstatne nezmenili od predchádzajúceho vydania AER, niektoré body je však potrebné zdôrazniť.

Z údajov z roku 2007 vyplýva, že antibiotická rezistencia predstavuje čoraz významnejšie nebezpečenstvo pre verejné zdravie v Európe. Medzinárodná doprava a obchod umožňujú rozšírenie antibiotickej rezistencie. Na riešenie problému je potrebná medzinárodná spolupráca, ako aj spojené úsilie na vnútroštátnej úrovni s cieľom potlačiť antibiotickú rezistenciu a zabrániť jej výskytu.

V oblasti infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou je potrebný celoeurópsky prieskum bodovej prevalencie na posúdenie záťaže všetkými typmi infekcií v prostredí zdravotníctva v Európe. Vypracovanie európskeho štandardizovaného protokolu pre túto štúdiu prevalencie je teraz zahrnuté do pracovného programu ECDC a umožní, aby sa jednotlivé vnútroštátne protokoly prevalencie HCAI mohli upraviť, aby umožňovali medzinárodné porovnania.

V oblasti chorôb, ktorým sa dá predchádzať očkovaním, sa stále vyskytujú obavy týkajúce sa možnosti, že po zavedení vakcíny, sérotypy pokryté vakcínou pneumokokového konjugátu môžu byť nahradené sérotypmi nepokrytými, ako sa už pozorovalo v USA. Na tento účel môže byť v EÚ potrebná zvýšená surveillance zahŕňajúca aj laboratórnu surveillance.

Ako sa očakávalo, takmer 90 % prípadov osýpok hlásených v EÚ a EHP/EZVO bolo neočkovaných, čo je znakom, že osýpky sú stále problémom v skupinách populácie s nízkym pokrytím vakcináciou. Okrem toho všetky smrteľné alebo komplikované prípady sa vyskytli u neočkovaných subjektov. Z tohto dôvodu zvýšenie úrovne pokrytia v Európe je naďalej prioritou verejného zdravotníctva, aj keď sa eliminácia nemusí dosiahnuť v roku 2010.

Objavenie sa infekcie mumpsu sa niekedy vyskytne u jednotlivcov, ktorí dostali dve dávky vakcíny MMR, a toto je potrebné ďalej skúmať.

Členské štáty vynakladajú väčšie úsilie na potvrdenie všetkých prípadov rubeoly, ktoré hlásili, s niekoľkými výnimkami. Zvýšenie senzitivity a presnosti surveillance rubeoly je prvoradé z hľadiska eliminačného cieľa WHO na rok 2010.

Neobvyklým prvkom chrípkovej sezóny v rokoch 2007 – 2008 bol výskyt chrípkového vírusu A(H1N1) rezistentného na oseltamivir. Toto bolo úplne prvé zistenie, že existuje vírus ľudskej sezónnej chrípky rezistentný na neuraminidázový inhibítor schopný úplného prenosu z človeka na človeka. Surveillance rezistencie na antivirotiká v prípade sezónnych vírusov chrípky by malo pokračovať na monitorovanie možného opätovného výskytu rezistentných kmeňov.

V oblasti kontroly TBC – v rámci rôznorodého epidemiologického prostredia v krajinách EÚ a EHP/EFTA – počet krajín s vysokým/stredným výskytom TBC zostal rovnaký a napriek ich pokroku v obmedzovaní epidémie je potrebná náležitá pozornosť z hľadiska kontroly vrátane optimalizácie surveillance. V niektorých krajinách s malým výskytom z údajov vyplýva postupný pokles domácich prípadov a jasný posun epidémie k zraniteľnejším populáciám, ako napr. populácie migrantov. Hlásenie TBC/HIV komorbidity je naďalej neúplné, je potrebné ďalej rozširovať testovanie citlivosti na lieky, ako aj hlásenie a analýzu rezistencie na lieky druhej línie.

Rozvoj a zavedenie zvýšenej surveillance hepatitídy B a C sú prioritami ECDC. Lepšie surveillance údaje sú nevyhnutné na poskytnutie potrebných informácií na monitorovanie trendov, porozumenie rozdielov v epidemiológii a na hodnotenie programov prevencie v EÚ. Chronická povaha oboch týchto chorôb sťažuje oddelenie výskytu od prevalencie – ako v prípade infekcie HIV – a tento problém sa nedá ľahko vyriešiť.

Napokon v oblasti chorôb prenášaných potravou a vodou sa budúce správy budú pokúšať jasnejšie oddeliť údaje o *Escherichia coli* produkujúce toxín vero/shiga (VTEC) séroskupina O157 a non-O157, pretože majú veľmi odlišné priority v systémoch krajín, a preto majú rôzne pokrytie – s O157 jasne lepšie pokrytie než iné séroskupiny.

Tabuľka A. Prehľad všeobecného trendu, miera hlásenia EÚ a hlavné vekové skupiny postihnuté v prípade prenosných chorôb v EÚ a EHP/EZVO v roku 2007. Počet krajín podávajúcich hlásenie (n=30)

Choroba	Všeobecný 10-ročný trend	Miera hlásených prípadov v EÚ na 100 000 obyvateľov (2007)	Hlavné postihnuté vekové skupiny (2007)
Infekcie dýchacích ciest			
Chrípka	↔	Žiadne údaje	Nedostatočné údaje
Vtáčia chrípka	↑	0	Žiadne prípady
Legionárska choroba (legionelóza)	↑	1,1	65+
Tuberkulóza	↓	8,2	25–44
HIV, pohlavne prenosné infekcie a krvou prenášané vírové infekcie			
Chlamýdiové infekcie	↑	122,6	15–24
Gonorea	↔	9,5	15–24
Hepatitída B	↓	1,5	25–44
Hepatitída C	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
AIDS	↓	1,2	25–44
Syfilis	↑	4,4	25–44
Choroby a zoonózy prenášané potravou a vodou			
Antrax	↔	<0,01	Nedostatočné údaje
Botulizmus	↔	<0,1	25–44
Brucelóza	↓	0,1	25–64
Kampylobakteriáza	↑	46,7	0–4
Cholera	↓	<0,01	25–44
Kryptosporidiáza	↓	2,4	0–4
Echinokokóza	↓	0,2	45–64
<i>Escherichia coli</i> produkujúca verocytotoxín (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Giardiáza	Nedostatočné údaje	61,7	0–4
Hepatitída A	↓	2,8	5–14
Leptospiroza	↔	0,2	45–64, 25–44
Listerióza	↑	0,4	65+
Salmonelóza	↓	34,3	0–4
Šigelóza	↓	2,1	0–4
Toxoplazmóza	↓	0,8	5–14
Trichinelóza	↔	0,2	25–44
Tularémia	↔	0,3	45–64
Brušný týfus/paratýfusy	↓	0,2	0–4
Variant CJCH	Nedostatočné údaje	<0,01	15–24
Yersinióza	↑	2,9	0–14

Choroba	Všeobecný 10-ročný trend	Miera hlásených prípadov v EÚ na 100 000 obyvateľov (2007)	Hlavné postihnuté vekové skupiny (2007)
Vznikajúce choroby a choroby prenášané prenášačmi			
Malária	↔	1	25–44
Mor	Nedostatočné údaje	0	Žiadne prípady
Q-horúčka	↓	0,2	15–24, 45–64
Závažný akútny respiračný syndróm (SARS)	Nedostatočné údaje	0	Žiadne prípady
Kiahne	Nedostatočné údaje	0	Žiadne prípady
Vírusové hemoragické horúčky (VHF)	Nedostatočné údaje	Nedostatočné údaje	Nedostatočné údaje
Chikungunya	Nedostatočné údaje	<0,01	Nedostatočné údaje
Horúčka Západného Nílu	Nedostatočné údaje	<0,01	> 15
Žltá horúčka	Nedostatočné údaje	0	Žiadne prípady
Choroby, ktorým sa dá predchádzať očkovaním			
Diftéria	↓	<0,01	45–64, 5–14
Invazívna infekcia <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Invazívna meningokoková choroba	↓	1,0	0–4
Invazívna pneumokoková infekcia	↔	6,3	65+, 0–4
Osýpky	↓	0,6	0–4
Mumps	↓	4,3	5–14
Čierny kašeľ	↓	4,4	5–14
Poliomyelitída	Nedostatočné údaje	0	Žiadne prípady
Besnota	Nedostatočné údaje	<0,01	Nedostatočné údaje
Rubeola	↓	1,2	0–4
Tetanus	↓	<0,1	65+
Antibiotická rezistencia a infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou (AMR/HCAI)			
AMR	↑	Neuplatňuje sa	Žiadne údaje
Nozokomiálne infekcie	↑	Neuplatňuje sa	Žiadne údaje

14. Surveillance HIV/AIDS v Európe za rok 2008

(uverejnené v decembri 2009)

Hlavné body

Infekcia HIV je stále veľkým problémom verejného zdravotníctva v Európe, dôkazom čoho je stúpajúci trend prenosu HIV v niekoľkých európskych krajinách. Napriek neúplnému podávaniu hlásení sa počet novodiagnostikovaných prípadov infekcie HIV v roku 2008 zvýšil, zatiaľ čo počet diagnostikovaných prípadov AIDS v európskom regióne WHO ďalej klesal okrem východu, kde sa počet prípadov AIDS zvýšil.

- V roku 2008 bolo diagnostikovaných a hlásených 51 600 prípadov 48 z 53 krajín v európskom regióne WHO a Lichtenštajnsku (údaje neboli dostupné z Dánska, Lichtenštajnska, Monaka, Rakúska, Ruska ani Turecka). Najvyššie miery boli hlásené z Estónska, Lotyšska, Kazachstanu, Moldavska, Portugalska, Spojeného kráľovstva a Ukrajiny.
- Štyridsaťosem krajín nahlásilo 7 565 prípadov AIDS (údaje neboli dostupné z Dánska, Švédska, Kazachstanu, Lichtenštajnska, Monaka, Ruska alebo Turecka).
- V roku 2008 krajiny Európskej únie a Európskeho hospodárskeho priestoru (EÚ/EHP) (údaje neboli dostupné z Rakúska, Dánska alebo Lichtenštajnska) nahlásili 25 656 novodiagnostikovaných prípadov infekcie HIV. V EÚ/EHP najvyššie miery boli hlásené z Estónska, Lotyšska, Portugalska a Spojeného kráľovstva.
- V krajinách EÚ/EZVO je prevládajúcim spôsobom prenosu infekcie HIV pohlavný styk medzi mužmi, potom nasleduje heterosexuálny styk. Asi 40 % hlásených prípadov bolo diagnostikovaných v prípade osôb, ktoré sa nakazili heterosexuálnym stykom a pochádzajú z krajín s generalizovanou epidémiou HIV/AIDS.
- V troch geografických/epidemiologických oblastiach sa prevládajúci spôsob prenosu líši podľa oblasti, čo odráža veľkú rozmanitosť epidemiológie HIV v Európe. Vo východnej Európe je stále hlavným spôsobom prenosu injekčné používanie drog, zatiaľ čo v strednej Európe je hlavným spôsobom prenosu HIV pohlavný styk medzi mužmi, potom nasleduje heterosexuálny styk. Na západe je prevládajúcim spôsobom prenosu sex medzi mužmi a potom nasleduje heterosexuálny styk, keď sa vylúčia prípady osôb pochádzajúcich z krajín s generalizovanou epidémiou.
- Od roku 2000 sa miera hlásených novodiagnostikovaných prípadov HIV na milión obyvateľov viac ako zdvojnásobila, zo 44 osôb na milión obyvateľov v roku 2000 na 89 osôb na milión obyvateľov v roku 2008, vychádzajúc z údajov 43 krajín, ktoré dôsledne nahlasovali údaje o surveillance HIV.
- Spomedzi 46 krajín, ktoré dôsledne nahlasovali údaje o AIDS za roky 2000 – 2008, počet nahlásených prípadov s diagnózou AIDS klesol z 12 072 prípadov (19/milión) na 7 564 prípadov (12/milión).
- Údaje, ktoré sa prezentujú v tejto správe, majú určité obmedzenia v dôsledku neúplného nahlasovania a chýbajúcich údajov z mnohých krajín a na základe toho, že dochádza pri nahlasovaní údajov dochádza k omeškaniu. Tým sa obmedzujú závery, ktoré sa môžu vyvodiť v súvislosti s rozsahom epidémie HIV a AIDS v Európe. Ak by sa mali údaje tieto korigovať v dôsledku týchto obmedzení, celkový počet infekcií HIV za 2008 by bol pravdepodobne dvojnásobný. Okrem toho sa predpokladá, že počet prípadov hlásených za rok 2008 bude aktualizovaný v nadchádzajúcich rokoch v dôsledku omeškania pri nahlasovaní údajov z niektorých krajín.

Odporúčania pre surveillance HIV/AIDS

Údaje o surveillance HIV/AIDS sú veľmi dôležité na monitorovanie trendov epidémie HIV a na hodnotenie reakcie verejného zdravotníctva. Všetky krajiny v Európe by preto mali:

- zaviesť vnútroštátne systémy podávania hlásení podľa jednotlivých prípadov HIV a AIDS a zabezpečiť ich úplnosť a včasnosť,
- zlepšiť kvalitu podávaných hlásení, najmä v súvislosti s pravdepodobnými spôsobmi prenosu.

Odporúčania pre verejné zdravotníctvo

Intervencie v boji proti epidémii by sa mali zakladať na dôkazoch a mali by byť prispôbené krajine a geografickej oblasti. Na základe dostupných údajov o surveillance možno odporučiť:

- Pre krajiny na východe: intervencie na kontrolu HIV medzi injekčnými užívateľmi drog vrátane programov zameraných na znižovanie škôd by mali byť základným kameňom stratégií prevencie. Mali by posilniť aj opatrenia na prevenciu heterosexuálneho prenosu zamerané najmä na pacientov, ktorí majú vysokorizikových partnerov.
- Pre krajiny v centrálnej časti: prevencia by sa mala prispôbiť situácii v každej krajine s cieľom obmedziť epidémiu na jej súčasnú nízku úroveň. Epidémia medzi mužmi, ktorí majú pohlavný styk s mužmi, rastie. Prioritou by malo byť posilnenie intervencií na kontrolu HIV v tejto skupine.
- Pre krajiny na západe: intervencie na kontrolu HIV medzi mužmi, ktorí majú pohlavný styk s mužmi, by mali byť základným kameňom stratégií na prevenciu HIV vrátane inovatívnych programov pre túto skupinu. Intervencie na prevenciu, liečenie a starostlivosť sa musia prispôbiť, aby sa dostali k skupinám populácie migrantov.
- Vo všetkých subregiónoch by sa celkove malo podporovať testovanie na HIV, aby sa zabezpečilo včasné diagnostikovanie a prístup k liečbe a poradenstvu na prevenciu alebo zníženie ďalšieho prenosu a na zlepšenie výsledkov dlhodobej liečby v prípade postihnutých jedincov. Je potrebné zabezpečiť rovnosť pri prístupe k liečbe HIV a starostlivosti pre všetky skupiny populácie, aby krajiny mohli dosiahnuť globálny cieľ – všeobecný prístup k prevencii, liečbe a starostlivosti.

Príloha: Publikácie ECDC v roku 2009

Tento zoznam obsahuje len oficiálne publikácie ECDC v roku in 2009. Všetky sú uvedené na webovom portáli centra (www.ecdc.europa.eu) a mnohé sú dostupné aj v tlačenej forme. Niektoré boli v priebehu roka aktualizované alebo majú druhé vydania – mesiace uvedené ďalej v texte sa vzťahujú na najnovšie vydanie.

Pracovníci ECDC publikovali alebo spolupracovali na publikácii mnohých vedeckých článkov a iných publikácií vrátane *Eurosurveillance*, ktorá tu nie je uvedená. Centrum vydalo aj veľký počet krátkych komunikačných materiálov týkajúcich sa pandémie chrípky ako hodnotenia rizík a plánovania predpokladov. Tieto oznámenia sú dostupné online, ale neuvádzajú sa v tejto správe.

Technické správy

máj

Development of *Aedes albopictus* risk maps

jún

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

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

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

júl

Migrant health series: Background note

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

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

september

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

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

november

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

Usmernenie ECDC

máj

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

jún

Chlamydia control in Europe

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

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

august

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

november

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

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

Správy o surveillance

marec

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

jún

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

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

október

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

december

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Správy zo zasadnutí

marec

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

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

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

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

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

apríl

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

máj

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

jún

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

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

august

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

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

október

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

november

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

december

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

Technické dokumenty

júl

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

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

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

september

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

november

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

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

december

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

Publikácie centra

štvrt'ročne (marec, jún, september, december)

ECDC Insight

Executive Science Update

jún

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

august

Annual Report of the Director: Summary – 2008