

Roczny raport epidemiologiczny 2011

Podsumowanie

W tym raporcie przedstawiono analizę danych z nadzoru zgłoszonych w 2009 r. przez 27 państw członkowskich UE i trzy państwa EOG/EFTA, a także analizę zagrożeń wykrytych w 2010 r. Jest on przeznaczony dla decydentów, epidemiologów oraz ogółu społeczeństwa, a jego celem jest przedstawienie przeglądu kluczowych aspektów chorób zaraźliwych w Unii Europejskiej. W niniejszym raporcie opisano obszary, w których wymagana jest bardziej zdecydowana odpowiedź sektora zdrowia publicznego w celu zmniejszenia obecnego i przyszłego obciążenia społeczeństwa i systemów zdrowia publicznego przez choroby zaraźliwe. Dane przedstawione w niniejszym raporcie mają ponadto wpływ na zadanie ECDC polegające na zapewnieniu bazy dowodów w odniesieniu do działań w sektorze zdrowia publicznego.

Pomimo osiągnięcia znacznych postępów pod względem jakości i porównywalności przedstawionych danych od czasu ustanowienia ECDC, nadal przestrzega się przed dokonywaniem bezpośrednich porównań przedstawionych danych pomiędzy krajami. Stosowane są bardzo odmienne systemy nadzoru, a w przypadku wielu chorób stosunek między zgłoszonymi współczynnikami potwierdzonych przypadków a rzeczywistym współczynnikiem zachorowalności różni się w zależności od kraju.

Zakażenia dróg oddechowych

Wirus grypy pandemicznej A(H1N1) pojawił się w Ameryce Północnej w kwietniu 2009 r. i wkrótce pierwsze przypadki rozpoznano w Wielkiej Brytanii i innych państwach członkowskich. Po początkowym szczytowym okresie zachorowań wiosną i latem przenoszenie zakażenia wirusem odbywało się w większości jesienią i wczesną zimą, a następnie odnotowano spadek na początku 2010 r. Centrum ECDC monitorowało pandemię za pomocą rutynowych systemów nadzoru w Europie obejmujących nadzór wskaźnikowy nad konsultacjami z zakresu praktyki ogólnej, próbki z wynikiem dodatnim z praktyk wskaźnikowych oraz nadzór nad ciężkimi przypadkami ostrych zakażeń układu oddechowego w szpitalach wskaźnikowych.

Praktycznie wszystkie przypadki grypy zostały wywołane przez nowy wirus A(H1N1)2009 i tylko niewielki procent przypadków był wywołany wirusem typu B (o rodowodzie Victoria). Wcześniejszy sezonowy wirus A(H1N1) usunął się w cień, a wraz z nim powiązana oporność na oseltamiwir, szeroko stosowany w profilaktyce i leczeniu w czasie pandemii. Najwyższe współczynniki konsultacji z zakresu praktyki ogólnej odnotowano dla grup wiekowych 0–14 lat, ale ciężka postać choroby występowała przede wszystkim u osób w wieku poniżej 65 lat.

11 państw członkowskich wdrożyło różne formy monitorowania ciężkich przypadków ostrych zakażeń układu oddechowego w szpitalach. Od tygodnia 40/2009 r. zgłoszono 9469 przypadków, w tym 569 powiązanych zgonów. Liczba zgłaszanych przypadków zmniejszała się wraz z wiekiem, a ciężki przebieg był związany z podeszłym wiekiem, płcią męską i obecnością co najmniej jednego współistniejącego schorzenia. Nietypowe było to, że 20% potwierdzonych zgonów z powodu grypy stwierdzono w grupie wcześniej zdrowych osób dorosłych oraz dzieci i często były one związane z zespołem ostrej niewydolności oddechowej.

W sierpniu 2010 r. wydano oficjalne oświadczenie o przejściu pandemii w fazę popandemiczną. Zimą 2010 r. wielu pacjentów zakażonych szczepem pandemicznym wymagało intensywnej opieki, co spowodowało obciążenie systemów opieki zdrowotnej kilku krajów, mimo stosunkowo łagodnego sezonu grypowego. Połowa zbadanych szczepów grypy w czasie sezonu nadzoru nad grypą w latach 2010/2011 należała do szczepu pandemicznego.

Państwa członkowskie wdrożyły monowalentną szczepionkę zalecaną przez WHO w różnie zdefiniowanych grupach docelowych. Zastosowana szczepionka była odpowiednio dopasowana do wirusa pandemicznego, dzięki czemu zaobserwowano wysoką skuteczność stosowania szczepionki, niemniej jednak jej wpływ był ograniczony ze względu na zastosowanie już po wystąpieniu większości przypadków przeniesienia zakażenia wirusem. W sierpniu 2010 r. w Finlandii, a następnie w Szwecji, stwierdzono wzrost przypadków narkolepsji u młodzieży, która otrzymała konkretną markę szczepionki pandemicznej. Rozpoczęto wiele badań, aby sprawdzić, czy istnieje związek przyczynowo-skutkowy między tą szczepionką a narkolepsją.

We wnioskach dla nadzoru i reagowania wynikających z tego doświadczenia związanego z pandemią zawarto konieczność, aby kraje europejskie wzmocniły swój nadzór indywidualny i zbiorczy nad „normalną” grypą sezonową, ponieważ systemy stosowane w przypadku pandemii są oparte na takich podstawach. W trakcie pandemii wykazano również, że jest konieczne, aby kraje zwiększyły swoją zdolność do prowadzenia wymaganych badań stosowanych nad epidemiologią szczepu pandemicznego w terminowy sposób, zarówno w czasie pandemii, jak i w okresie następującym tuż po niej.

Kilka ognisk grypy ptaków rozpoznano u ptaków w 2009 r., przy czym dwa z nich były związane z wysoce zjadliwymi szczepami – Niemcy, A(H5N1) i Hiszpania, A(H7N7). Nie zgłoszono żadnych przypadków zachorowań ludzi związanych z tymi ogniskami grypy ptaków.

Choroba legionistów (legioneloza) pozostaje rzadkim zakażeniem w krajach UE i EOG/EFTA. Od 2007 r. stwierdzono także istotny spadek liczby przypadków w czasie podróży – w 2009 r. rozpoznano 88 skupisk zakażeń związanych z podróżą. Ten spadek liczby przypadków związanych z podróżą może być związany z lepszym wdrożeniem wytycznych dotyczących kontroli zakażeń wywołanych przez *Legionella* i spadkiem na rynku podróży międzynarodowych w związku ze światową recesją ekonomiczną. Konieczna jest dalsza ocena tej sytuacji.

Gruźlica jest nadal często występującą infekcją i stanowi istotne obciążenie chorobą, gdyż co roku w krajach UE nadal zgłaszanych jest prawie 80 000 przypadków. Zgłoszona liczba przypadków gruźlicy stale spada – od 2005 r. stwierdzono ogółem niewielki, ale trwały spadek zgłaszanej zachorowalności w krajach UE/EOG wynoszący 4% rocznie. W większości państw członkowskich stwierdzono w tym okresie spadek zachorowalności. W niektórych państwach ze stosunkowo niskimi wskaźnikami infekcji (np. kraje skandynawskie, Cypr, Malta, Wielka Brytania) zgłoszono wzrost wskaźników, co przynajmniej częściowo było związane z rosnącą liczbą przypadków powstałych poza zgłaszającym krajem. Gruźlica występuje częściej w grupach będących w niekorzystnych warunkach społecznych i z marginesu, co obejmuje migrantów, bezdomnych, osoby ubogie w podupadłych częściach śródmieścia, więźniów, nosicieli wirusa HIV i osoby przyjmujące narkotyki.

Odsetek przypadków gruźlicy wielolekoopornej nieco spadł w 2008 r. (5,3%), ale odsetek przypadków scharakteryzowanych jako gruźlica szeroko lekooporna (7%) stanowi problem, który jest przede wszystkim związany z niedokończonym lub źle zaplanowanym leczeniem. Całkowity współczynnik efektywności leczenia dla kohorty z 2008 r. wyniósł 78%; sześć krajów zgłosiło uzyskanie 85% celu efektywności leczenia dla kohorty z 2007 r.

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

Zakażenia wirusem HIV pozostają jednym z głównych problemów zdrowia publicznego w Europie. Całkowita liczba potwierdzonych przypadków zgłaszana rocznie w krajach UE i EOG/EFTA ustabilizowała się na poziomie około 28 000 przypadków rocznie. Mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami stanowią największą grupę przypadków (35%), następnie są osoby, które zostały zakażone wirusem przez kontakty heteroseksualne w Europie (24%) oraz osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji (5%). Przenoszenie zakażenia z matki na dziecko, zakażenia szpitalne, transfuzje lub inne produkty krwiopochodne odpowiadają tylko za 1% przypadków.

Nadal są widoczne istotne tendencje w schematach przenoszenia choroby. W latach od 2004 do 2009 r. liczba przypadków w grupie mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami wzrosła o 24%, liczba przypadków przenoszenia zakażenia poprzez stosunki heteroseksualne zgłoszone w państwach członkowskich w Europie pozostała na stosunkowo stabilnym poziomie, jedynie w 2009 r. stwierdzono pewne oznaki wzrostu; natomiast liczba przypadków przenoszenia zakażenia poprzez stosunki heteroseksualne z krajów, w których panuje uogólniona epidemia HIV/AIDS, spadła o prawie 50%. Liczba przypadków w grupie osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji również istotnie spadła.

Odzwierciedlając poprawę w dostępie do leczenia i wzrost jego skuteczności, liczba zdiagnozowanych przypadków AIDS na terenie UE spadła o ponad połowę w okresie od 2004 do 2009 r. Państwa bałtyckie stanowią wyjątek, ponieważ stwierdzono wzrost liczby przypadków od 8% do 76%.

Zakażenie chlamydią pozostaje najczęściej zgłaszanym zakażeniem przenoszonym drogą płciową na terenie UE i w 2009 r. zgłoszono prawie 350 000 przypadków. Liczba zgłaszanych przypadków wzrosła ponad dwukrotnie w ciągu minionych 10 lat. W znacznym stopniu ten wzrost odzwierciedla środki podjęte przez państwa członkowskie w celu zwiększenia możliwości rozpoznawania i zgłaszania infekcji, co obejmuje rozwój programów badań przesiewowych i nadzoru. Ponad trzy czwarte przypadków jest rozpoznawanych u młodych osób dorosłych w wieku do 25 lat. Niemniej jednak liczba przypadków jest prawdopodobnie niedoszacowana ze względu na bezobjawowy charakter zakażenia. Zakażenie chlamydią stanowi istotne i coraz większe obciążenie zakażeniem zarówno dla poszczególnych osób (głównie młodych osób dorosłych) jak i usług opieki zdrowotnej ze względu na liczbę przypadków zakażeń, jak i występowanie obniżonej płodności u niektórych kobiet w wyniku infekcji.

Liczby zgłaszanych przypadków rzeżączki i kiły są dużo niższe i wydaje się, że tendencje są stosunkowo stabilne, gdyż w okresie 2006–2009 r. stwierdzono ogółem niewielki spadek (9%) liczby zgłoszonych przypadków dla obu zakażeń. Niemniej jednak współczynniki zgłaszanych przypadków różnią się istotnie zależnie od kraju, a w niektórych państwach te choroby wcale nie są zgłaszane. Liczba przypadków rzeżączki istotnie spadła w kilku państwach członkowskich w okresie 2006–2009 r., przy czym wyższe i stabilne współczynniki zgłaszano w Wielkiej Brytanii, Holandii i państwach bałtyckich. Nowym problemem w sektorze zdrowia publicznego jest rosnąca oporność na główne antybiotyki stosowane w leczeniu rzeżączki w krajach UE. Liczba zgłoszonych przypadków kiły i tendencje również istotnie się różniły między państwami członkowskimi w okresie 2006–2009 r. W kilku krajach zaobserwowano znaczny wzrost liczby przypadków, który był związany przede wszystkim ze wzrostem liczby zgłoszonych przypadków zakażeń wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami.

Liczba zgłoszonych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu B w krajach UE stale spadała w okresie 2006–2009 r., przy czym spadek został zaobserwowany w większości państw członkowskich. W ramach tego ogólnego spadku epidemiologia odzwierciedla złożoność przenoszenia zakażenia przez kontakty seksualne, krew i w okresie okołourodzeniowym różniącą się między państwami członkowskimi. Wydaje się, że ogólna tendencja dla liczby zgłoszonych przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu C rośnie w czasie i uważa się, że wirusowe zapalenie wątroby typu C jest najbardziej powszechną postacią wirusowego zapalenia wątroby w krajach UE. Niemniej jednak ta obserwacja nie jest zobowiązująca, ponieważ systemy nadzoru w wielu państwach członkowskich nie odróżniają zakażeń ostrych od przewlekłych. Ponadto w przypadku obu zakażeń różnice między praktykami diagnostycznymi i systemami nadzoru w państwach członkowskich odpowiadają za rosnące różnice współczynników zgłoszonych przypadków między krajami, co istotnie utrudnia możliwość porównania informacji dotyczących tych chorób na szczeblu krajowym.

Koordinację sieci nadzorujących dla zakażeń HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową wprowadzono do ECDC odpowiednio w 2008 r. i 2009 r., natomiast w 2011 r. centrum ECDC wprowadziło nową sieć dla nadzoru nad zapaleniem wątroby. Centrum ECDC współpracuje w ramach tych sieci w celu dalszej standaryzacji nadzoru nad tymi chorobami i pracy w kierunku lepszej porównywalności informacji dotyczących epidemiologii.

Choroby przenoszone drogą pokarmową i wodną

Zakażenia *Salmonella* i *Campylobacter* są nadal najbardziej powszechnie zgłaszanymi chorobami żołądkowo-jelitowymi w krajach UE. Zgłaszana zachorowalność na zakażenia *Salmonella* stale spada od 2004 r., co jest przynajmniej częściowo związane z odnoszącymi sukcesy programami kontroli zakażeń w przemyśle drobiarskim; wskaźniki zakażeń *S. Enteritidis* spadły o 24% w porównaniu z 2008 r. Liczba przypadków jest największa w Czechach, na Słowacji, Węgrzech i Litwie, aczkolwiek w ostatnich latach w tych krajach te wskaźniki również stale maleją. Zakażenie *Salmonella* nadal pozostaje najczęściej zgłaszaną chorobą u dzieci w wieku poniżej 5 lat. I nadal stanowi źródło wielu ognisk choroby – w 2009 r. w państwach członkowskich stwierdzono 324 ogniska obejmujące 4500 zidentyfikowanych przypadków. Niektóre ogniska występowały w kilku krajach, np. ognisko *S. Goldcoast* (sześć krajów UE) oraz *S. Typhimurium* typ (FDT) 191a (w Wielkiej Brytanii i USA).

Zakażenia *Campylobacter* są najbardziej powszechnie zgłaszanymi chorobami przewodu pokarmowego w Europie i występują we wszystkich państwach członkowskich. Zgłaszalność jest stała, w większości przypadki są sporadyczne, a ogniska niezbyt częste. Niemniej jednak częstość występowania tego zakażenia stanowi istotne obciążenie chorobowe, a u mniejszości zakażonych osób rozwija się istotna niepełnosprawność, w tym zapalenie stawów. I ponownie liczby zgłaszanych przypadków zakażenia są najwyższe w grupie bardzo małych dzieci. O ile w wielu przypadkach źródło zakażenia pozostaje nieznane, uważa się, że mięso drobiowe jest najważniejszym źródłem przekazywania tego zakażenia drogą pokarmową i obecne oraz prawdopodobnie przyszłe środki zapobiegawcze powinny nadal się na tym koncentrować.

Choroby pasożytnicze, zwłaszcza kryptosporidioza i lamblioza, nadal są istotnymi czynnikami odpowiedzialnymi za zakażenia przewodu pokarmowego w Europie i w szczególności są rozpoznawane i zgłaszane zbyt rzadko.

Obciążenie związane z tymi chorobami pozostaje niedostatecznie scharakteryzowane, podobnie jak powiązane informacje na temat interwencji w celu zmniejszenia ich częstości występowania.

Dla wielu chorób w tej grupie zgłoszenia są zbyt rzadkie lub niezbyt częste. W przypadku niektórych z nich konsekwencje dla niektórych zakażonych osób są niezwykle ciężkie (np. wąglik, zatrucie jadem kiełbasianym, listerioza, toksoplazmoza). Zwykle przypadki tych chorób są zgłaszane na terenie całej UE i wydaje się, że liczby potwierdzonych przypadków są stosunkowo stabilne, ponadto w okresie 2006–2009 r. nie stwierdzono żadnej zauważalnej tendencji lub była ona niewielka.

W 2009 r. zaobserwowano pewne istotne wyjątki. Przypadki wąglika były zgłaszane znacznie częściej, przede wszystkim z powodu ogniska choroby wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w Wielkiej Brytanii – wąglika należy uznać za nową chorobę w odniesieniu do tej drogi przenoszenia zakażenia. Wskaźniki występowania zespołu hemolityczno-mocznicowego (*ang. haemolytic uraemic syndrome*, HUS), potencjalnie śmiertelnej konsekwencji zakażenia STEC/VTEC, były wyższe w 2009 r. niż wcześniej. Może to być związane z parametrami typów *E. coli* odpowiedzialnych za dwa duże ogniska na terenie Wielkiej Brytanii i Holandii, niemniej jednak ta ewentualna tendencja wskazująca na cięższy przebieg zakażenia wymaga dalszych badań. Liczba zgonów z powodu zakażenia wariantem CJD stale spada.

Niektóre rzadkie lub nietypowe zakażenia przewodu pokarmowego występują częściej w niektórych subregionach i krajach. Brucelloza jest zgłaszana przede wszystkim w Portugalii, Hiszpanii i Grecji, co jest przede wszystkim związane z hodowlą kóz; przypadki włośnicy zgłaszano w Bułgarii, Rumunii i na Litwie, co może być związane ze spożywaniem wieprzowiny z hodowli własnych oraz mięsa dzika; najwięcej potwierdzonych przypadków echinokokozy występowało w Bułgarii. Liczba zgłaszanych przypadków jersiniozy jest ogółem niższa, ale wskaźniki zgłaszanych przypadków pozostały wyższe w krajach skandynawskich, Niemczech, Czechach i na Słowacji; to zakażenie jest często powiązane ze spożywaniem wieprzowiny. Liczba potwierdzonych przypadków listeriozy była najwyższa w Danii i w ostatnich latach zwiększała się z przyczyn, które nadal nie zostały wyjaśnione. Przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu A były ogółem zgłaszane stosunkowo rzadko, aczkolwiek liczby potwierdzonych przypadków nadal pozostają stosunkowo wysokie na Łotwie, Słowacji, w Czechach, Rumunii i Bułgarii.

Dur brzuszny, dur rzekomy i cholera są uznawane za rzadkie choroby w krajach UE i EOG/EFTA, aczkolwiek przypadki są najczęściej obserwowane sporadycznie w sytuacji przywiezienia choroby z krajów poza Unią, a ich rozkład występowania odzwierciedla szlaki podróźnicze obywateli UE do krajów, w których te choroby są endemiczne.

Nowe choroby i choroby przenoszone przez wektory

Liczba zgłoszonych przypadków malarii pozostaje niezmienna, przy czym prawie wszystkie przypadki zostały przyniesione z krajów poza Unią. Rozkład występowania przypadków w państwach członkowskich odzwierciedla przede wszystkim szlaki podróźnicze obywateli do krajów, w których malaria jest endemiczna. Niewielką liczbę rodzimych przypadków zakażeń *Plasmodium vivax* stwierdzono w Grecji w 2009 r. W 2010 r. w Hiszpanii stwierdzono pierwszy rodzimy przypadek zakażenia *Plasmodium vivax* od 1961 r.

Sporadyczne przypadki gorączki Zachodniego Nilu (zakażenie WNV) są nadal zgłaszane na terenie Włoch, Węgier i Rumunii od 2009 r. Charakterystyka przypadków włoskich sugeruje, że jest to kontynuacja ogniska z 2008 r. z północnych Włosech. W 2010 r. w kilku krajach UE zaobserwowano gwałtowny wzrost chorób przenoszonych przez komary, w tym zakażenia WNV. Liczba przypadków zakażenia WNV u ludzi w 2010 r. była najwyższa w Europie w ostatniej dekadzie, przy czym większość z 340 potwierdzonych przypadków w krajach UE wystąpiła w Grecji. Poza Grecją przypadki WNV były także zgłaszane w Hiszpanii, na Węgrzech, w Rumunii i we Włoszech, a także stwierdzono duże ognisko choroby w południowej Rosji.

Dwa rodzime przypadki dengi zgłoszono na terenie południowej Francji, a 15 rodzimych przypadków dengi w Chorwacji, przy czym wiadomo, że w obu obszarach występuje powszechnie komar *Aedes albopictus* będący wektorem. Liczba przypadków gorączki Chikungunya istotnie wzrosła w 2009 r. u osób powracających z krajów, w których ma miejsce przenoszenie choroby. W 2010 r. po raz drugi na terenie Europy (po włoskim ognisku w 2007 r.) stwierdzono rodzime przeniesienie choroby i na terenie południowej Francji zaobserwowano dwa przypadki. Aby monitorować sytuację, konieczny jest ciągły ścisły nadzór (nad ludźmi, weterynaryjny, entomologiczny).

Nadal obserwowane są wysokie wskaźniki przypadków gorączki Q i jest to związane przede wszystkim z ogniskiem w Holandii występującym już od kilku lat. Obecnie jest to największe zgłoszone do tej pory ognisko gorączki Q w społeczeństwie. Przypadki oraz niewielkie ogniska zgłaszano także w kilku innych krajach, w tym w Belgii, Niemczech, Irlandii i Bułgarii. Gorączka Q pozostaje niedodiagnozowaną chorobą ze względu na nieswoiste cechy kliniczne, a ponadto w niektórych krajach nie jest zgłaszana.

Zakażenia hantawirusem nadal są najbardziej powszechnie zgłaszaną wirusową gorączką krwotoczną, przy czym większość przypadków zgłoszono w Finlandii w 2009 r. Znaczne liczby przypadków dengi zgłoszono także w

państwach członkowskich - podobnie jak w przypadku malarii, epidemiologia odzwierciedla szlaki podróźnicze obywateli do krajów, w których denga jest endemiczna. W 2009 r. inne postaci wirusowej gorączki krwotocznej zgłaszano rzadko (jako sporadyczne przypadki przywleczone) albo wcale.

W 2009 r. nie stwierdzono w państwach członkowskich dżumy, ospy prawdziwej ani SARS, ale stwierdzono jeden przypadek żółtej febry (u osoby przybyłej z Ghany).

Choroby przenoszone przez wektory nadal stanowią istotne obciążenie w państwach członkowskich, zarówno w postaci zakażonych osób powracających z krajów, w których te choroby są endemiczne, jak i w odniesieniu do ryzyka przeniesienia choroby, które pojawiło się w krajach UE. Gorączka Zachodniego Nilu jest obecnie endemiczna w Europie – ze względu na obecność kompetentnych wektorów i występowanie ognisk choroby w innych częściach świata istnieje ryzyko, że rodzime przenoszenie innych chorób, jak denga i gorączka Chikungunya, również może wystąpić w krajach europejskich w nadchodzących latach.

Choroby, którym zapobiega szczepienie

W przypadku większości chorób, którym zapobiega szczepienie, zaobserwowano opadającą lub stabilną tendencję liczby zgłaszanych potwierdzonych przypadków w 2009 r., aczkolwiek w 2010 r. stwierdzono znaczny wzrost przypadków odry. W grupie chorób objętych głównym programem szczepień przypadki błonicy występowały rzadko i ich liczba malała - w pięciu krajach zaobserwowano zaledwie kilka przypadków. Izolowane przypadki tężca zgłoszono w kilku krajach, przy czym Włochy były wyjątkiem, ponieważ stwierdzono tam 58 przypadków. W 2009 r. nie zgłoszono żadnych przypadków polio, ale duże ognisko polio w 2010 r. występujące przede wszystkim w Tadżykistanie i krajach sąsiadujących, obejmujące prawie 500 potwierdzonych przypadków wywołanych dzikim serotypem 1 wirusa polio (WPV1), stanowiło poważne wyzwanie dla utrzymania w europejskim regionie statusu „wolny od polio”.

Inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* nadal nie występuje powszechnie i ta tendencja jest stabilna, co odzwierciedla korzyści wprowadzenia poprzedniej szczepionki – w większości przypadków zakażenia zostały wywołane przez serotypy bezotoczkowe i inne niż typ B. Inwazyjna choroba meningokokowa nadal występuje stosunkowo nieczęsto dzięki wdrożeniu szczepionki przeciwko grupie C, aczkolwiek liczby śmiertelnych przypadków i wskaźniki niepełnosprawności pozostają dość istotne. Inwazyjna choroba pneumokokowa jest zgłaszana częściej, ale systemy nadzoru nad tą chorobą nie są jednorodne i uniwersalne w całej Europie, dlatego trudno jest ocenić wpływ wprowadzenia szczepionki pneumokokowej.

W przypadku innych chorób obraz epidemiologiczny jest bardziej różnorodny i problematyczny. Mimo prowadzenia szczepień podstawowych we wszystkich krajach krztusiec jest nadal dość powszechnym i niedodiagnozowanym zakażeniem, w przypadku którego liczba zgłoszonych przypadków jest stabilna, albo nawet rośnie. Coraz więcej przypadków obserwuje się u starszych dzieci, młodzieży i dorosłych. Stanowią one znaczny zasób i ważne źródło infekcji dla wrażliwych dzieci w młodszym wieku.

W krajach europejskich stwierdza się tysiące przypadków odry, świnki i różyczki. Zobowiązanie do wyeliminowania rodzimej odry i różyczki odnowiono w 2010 r., ale do 2015 r. cel ten nie zostanie osiągnięty, jeżeli skuteczne interwencje zwiększające zasięg szczepień nie zostaną wdrożone przez wszystkie państwa członkowskie. Społeczności o ograniczonym dostępie do rutynowych świadczeń zdrowotnych stanowią szczególne wyzwanie. Jedynie w trzech krajach (Słowenia, Słowacja i Islandia) nadal nie zgłoszono żadnych przypadków od 2006 r.

W 2009 r. liczba przypadków odry w całej UE spadła w porównaniu z wcześniejszymi latami szczytu (2006, 2008), a ogniska lub wzrost liczby przypadków zaobserwowano w 2009 r. we Francji, Niemczech, we Włoszech, w Austrii, Bułgarii, Wielkiej Brytanii i Irlandii. Niemniej jednak liczba przypadków ponownie istotnie wzrosła w 2010 r. i większość ponad 30 000 zgłoszonych przypadków, w tym 21 przypadków zgonów, stwierdzono w Bułgarii.

Liczba przypadków świnki istotnie wzrosła w 2009 r., przede wszystkim z powodu krajowego ogniska choroby w Wielkiej Brytanii, które było związane z osiągnięciem wieku studenckiego przez nieszczepione kohorty. Liczba potwierdzonych przypadków różyczki spadła w 2009 r., co częściowo odzwierciedla eliminację ogniska z 2008 r. we Włoszech, ale także różnice w systemach nadzoru i zgłaszania, w tym bardzo niskie wskaźniki potwierdzeń laboratoryjnych oraz zmiany definicji przypadków stosowanych do zgłaszania w niektórych krajach.

Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną

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

W 2009 r. do najbardziej niepokojących tendencji należała szybko malejąca wrażliwość *Escherichia coli* wyizolowanej z zakażeń inwazyjnych na właściwie wszystkie środki przeciwdrobnoustrojowe objęte nadzorem EARS-Net z wyjątkiem karbapenemów oraz wysoka częstość występowania oporności *Klebsiella pneumoniae* odpowiedzialnej za zakażenia inwazyjne na cefalosporyny trzeciej generacji, fluorochinolony i aminoglikozydy. W połowie krajów, które przekazały dane, odsetek wielolekoopornych izolatów *K. pneumoniae* (opornych jednocześnie na cefalosporyny trzeciej generacji, fluorochinolony i aminoglikozydy) przekraczał 10%, a kilka krajów zgłosiło także wysoką częstość występowania oporności na karbapenemy.

W wielu krajach antybiotyki te były powszechnie stosowane z powodu rosnącej częstości występowania bakterii *Enterobacteriaceae* wytwarzających beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum działania (ang. extended-spectrum beta-lactamase, ESBL), co w rezultacie spowodowało pojawienie się wytwarzania karbapenemaz (VIM, KPC i NDM-1), zwłaszcza w przypadku *K. pneumoniae*. W ciągu ostatnich czterech lat w ponad połowie krajów, które przekazały dane, znacząco wzrosła również oporność *E. coli* na cefalosporyny trzeciej generacji.

Pomimo iż wydaje się, że odsetek opornego na metycylinę gronkowca złocistego (ang. methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA) wśród izolatów *Staphylococcus aureus* ustabilizował się, a nawet spadł w niektórych krajach europejskich, MRSA pozostaje priorytetem sektora zdrowia publicznego, ponieważ odsetek MRSA wynosi nadal powyżej 25% w ponad jednej trzeciej krajów, które przekazały dane.

Dane dotyczące zużycia środków przeciwdrobnoustrojowych przekazane do ESAC nadal wskazują na istnienie prawie czterokrotnej różnicy między krajami w odniesieniu do stosowania antybiotyków w warunkach ambulatoryjnych wyrażonego jako zdefiniowana dawka dobową na populację. Stwierdzono także znaczne różnice między krajami w odniesieniu do względnego stosowania różnych klas środków przeciwdrobnoustrojowych. Penicyliny nadal są najbardziej powszechnie stosowaną grupą środków przeciwdrobnoustrojowych, stanowiąc od 29% do 66% wszystkich środków przeciwdrobnoustrojowych stosowanych u pacjentów ambulatoryjnych. Częstość stosowania innych klas środków przeciwdrobnoustrojowych (np. cefalosporyn, makrolidów, chinolonów) jako środków przeciwdrobnoustrojowych u pacjentów ambulatoryjnych znacznie się różni zależnie od kraju.

Po raz pierwszy od czasu przeniesienia koordynacji nadzoru nad zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną do ECDC w 2008 r. dane zbierano za pośrednictwem systemu TESSy należącego do ECDC. Siedemnaście krajów przekazało dane dla co najmniej jednego składnika nadzoru HAI. Liczba interwencji chirurgicznych przedstawiona w badaniu ankietowym za 2009 r. zwiększyła się o 9,6%, a liczba uczestniczących oddziałów OIOM o 22,7% w porównaniu z 2008 r.

W 2009 r. nadal stwierdzano tendencje spadkowe w zakresie występowania zakażeń miejsca operowanego po wszczępieniu protezy stawu biodrowego. Występowanie mikroorganizmów związanych z zakażeniami, do których dochodzi na oddziałach intensywnej opieki medycznej, wskazywało na wysoki odsetek izolatów bakterii *Enterobacteriaceae* opornych na cefalosporyny trzeciej generacji (szczególnie w przypadku *Klebsiella* spp. i *Enterobacter* spp.). W 2009 r. częściej zgłaszano oporność na kolistynę wśród *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* i *Stenotrophomonas maltophilia*.

Wnioski

Pandemia z lat 2009 i 2010, jej konsekwencje oraz oceny odpowiedzi podniosły wiele kwestii związanych ze stopniem przygotowania i odpowiedzią na nowe szczepy wirusa grypy o praktycznie nieznanym parametrach. Jednym, konkretnym wnioskiem wynikającym z ocen doświadczenia europejskiego jest konieczność wzmocnienia rutynowego nadzoru nad grypą sezonową w szpitalach i przede wszystkim na oddziałach intensywnej opieki w wielu państwach członkowskich oraz jego koordynacja na poziomie europejskim. Dobrze działające systemy nadzoru można przystosować do sytuacji pandemii, natomiast nie można ich sprawnie opracować *de novo* w trakcie sytuacji będącej zagrożeniem dla zdrowia publicznego. O ile należy jeszcze określić charakter związku między jedną ze szczepionek przeciwko grypie pandemicznej a narkolepsją u dzieci i młodych osób dorosłych, skuteczne monitorowanie zasięgu szczepienia i bezpieczeństwa oraz sprawne badanie sygnałów muszą stanowić integralną część nadzoru nad grypą i bezpieczeństwem leków, podobnie jak monitorowanie drugiej strony medalu – skuteczności stosowania szczepionek. Niemniej jednak obecnie priorytetem jest określenie parametrów nowej grypy sezonowej w Europie, co obejmuje monitorowanie poziomu przenoszenia zakażenia wirusami opornymi.

Wydaje się, że wiele celów w Europie pozostanie nierozpoznanych, jeżeli państwa członkowskie nie podejmą skuteczniejszych interwencji. Ogniska i epidemie odry występują częściej i na większych obszarach niż wcześniej – epidemia z Bułgarii z 2009 r. przypomina o tym, jak bardzo rozprzestrzeniona i intensywna może być taka epidemia i ilu przypadków zakażeń i zgonów można uniknąć. Epidemiologia odry i różyczki raczej się pogarsza niż poprawia, gdyż kilka państw członkowskich nadal boryka się z problemem osiągnięcia lub utrzymania odpowiednich poziomów szczepień. Mimo iż całkowita zgłaszana zapadalność na gruźlicę stale powoli spada, postęp na drodze do osiągnięcia bakteriologicznego potwierdzenia i pomyślnego leczenia wszystkich przypadków gruźlicy pozostaje ograniczony. Ponowne pojawienie się polio w ognisku choroby w Tadżykistanie zwraca uwagę, że utrzymania w europejskim regionie statusu „wolny od polio” zależy od prowadzenia stałego nadzoru.

Możliwość rozpoznawania, zbadania i zidentyfikowania prawdopodobnego źródła ogniska choroby jest niezwykle istotna w przypadku chorób przenoszonych drogą pokarmową i wodną. W tym raporcie przedstawiono krajowe i międzynarodowe ogniska chorób wywołanych przez cryptosporidium i norowirusa, listeriozy i VTEC występujące w różnych krajach Unii. Obecność międzynarodowych ognisk zakażeń *Salmonella* świadczy o konieczności lepszej koordynacji badań i środków zapobiegawczych w państwach członkowskich na poziomie europejskim oraz między organizacjami i sieciami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo ludzi, zwierząt i żywności. Może o tym dalej świadczyć przykład z 2011 r. ogniska zakażenia enterokrwotoczną *E. coli* z centrum w Saksonii w Niemczech.

Rozwój przez drobnoustroje oporności na stosowane przeciwko nim antybiotyki nadal stanowi poważny problem zdrowia publicznego, o czym świadczą obecne w UE przypadki wytwarzających metalo-beta-laktamazę (NDM-1) i karbapenemazę *Enterobacteriaceae*, pochodzące z subkontynentu indyjskiego. Poszczególne kraje muszą zintensyfikować swoje programy przepisywania leków w oparciu o dowody i inne środki w celu zmniejszenia presji na pojawienie się opornych szczepów bakteryjnych. Postęp skutkujący zmniejszeniem częstości zakażeń metycylinoopornym gronkowcem złocistym (*ang. meticillin-resistant Staphylococcus aureus*, MRSA) w wielu krajach stanowi zachętę, pokazując, co można osiągnąć, stosując takie skoordynowane strategie.

Nowe choroby w Europie nadal stanowią zagrożenie dla zdrowia publicznego. Obecnie gorączkę Zachodniego Nilu należy uznać za endemiczną w krajach południowo-wschodniej Europy, ponadto zgłaszane są rodzime przypadki chorób, które wcześniej (w nowożytności) były uznawane wyłącznie za przywleczone – należy do nich malaria, denga, gorączka Chikungunya. Skoordynowany i zwiększony nadzór nad ludźmi, zwierzętami i środowiskiem jest potrzebny we wszystkich państwach członkowskich narażonych na ryzyko wystąpienia tych chorób w połączeniu z rozwojem skutecznych środków zapobiegawczych.

Inne choroby są uznawane za „nowe” ze względu na zmiany w dotkniętych nimi grupach i metody przenoszenia. Wąglik stał się nową chorobą, która potencjalnie może powodować epidemię wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. Epidemiologia zakażenia HIV w różnych grupach nadal ewoluuje w odmienny sposób w różnych krajach.

W przypadku wielu chorób występuje szczególna tendencja do rozpoznawania i zgłaszania zbyt małej liczby przypadków, co komplikuje wysiłki na rzecz zrozumienia związanego z nimi obciążenia i opracowania odpowiednich interwencji w sektorze zdrowia publicznego. Należą do nich choroby pasożytnicze przebiegające z biegunką, jak lamblioza i kryptosporidioza, w przypadku których laboratoryjne badania diagnostyczne nie są rutynowo dostępne w kilku państwach członkowskich. Inne choroby nie podlegają nadzorowi albo nie są zgłaszane w niektórych państwach członkowskich. Chodzi tu o kilka chorób odpowiedzialnych za istotne obciążenie związane z zakażeniem, począwszy od kampylobakteriozy i krztuśca, a skończywszy na rzeżączce i malarii. W przypadku innych chorób i kilku państw członkowskich przypadki zgłaszane zgodnie z definicjami przypadków UE pozostają istotnym wyzwaniem.

Tabela A. Przegląd ogólnych ostatnich tendencji, zgłaszanej zachorowalności w UE oraz głównych grup wiekowych dotkniętych chorobami zaraźliwymi zgłoszonymi do ECDC w 2009 r.

Choroba	Ogólna tendencja 2006-2009	Liczba potwierdzonych przypadków w UE w 2009 r. (na 100 000)	Główne dotknięte grupy wiekowe (2009 r.)
Zakażenia dróg oddechowych			
Grypa	↔	n.d.	0–14
Grypa zwierzęca	Niewystarczające dane	0,0	Niewystarczające dane
Choroba legionistów (legionelozą)	< >	1,0	45+
Gruźlica	↓	9,1	25+
HIV, zakażenia przenoszone drogą płciową oraz zakażenia wirusowe przenoszone przez krew			
Zakażenie chlamydią	↑	185,1	15–24
Rzeżączka	↔	9,7	15–34
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	↓	1,2	15–64
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	Niewystarczające dane	8,2	25–64
HIV	↔	5,7	25+
AIDS	↓	1,0	40–49
Kiła	↔	4,5	20–44
Choroby przenoszone drogą pokarmową i wodną oraz choroby odzwierzęce			
Wąglik	n.d.	<0,01	Niewystarczające dane
Zatrucie jadem kielbasianym	↔	0,03	0–4, 25–64
Bruceloza	↓	0,08	15+
Kampylobakterioza	↔	53,1	0–4
Cholera	n.d.	<0,01	Niewystarczające dane
Kryptosporidioza	< >	2,7	0–4
Bąblowica	↓	0,2	25+
Werotoksyczne i shigatoksyczne szczepy <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	< >	0,9	0–4
Lamblioza	↔	5,6	0–4
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	↔	3,4	0–24
Leptospiroza	↓	0,1	15+

Listerioza	↔	0,35	65+
Salmonelloza	↓	23,6	0–4
Czerwonka bakteryjna	< >	1,6	0–44
Toksoplazmoza wrodzona	n.d.	0,01	<1
Włośnica	↔	0,15	5–64
Tularemia	< >	0,18	45+
Dur brzuszny/dur rzekomy	↔	0,3	0–44
Wariant choroby Creutzfeldta–Jakoba (vCJD)	n.d.	<0,01	Niewystarczające dane
Jersinioza	↓	2,0	0–14
Nowe choroby i choroby przenoszone przez wektory			
Malaria	↔	0,9	25–44
Dżuma	n.d.	0,0	n.d.
Gorączka Q	↑	0,6	45–64
Zespół ostrej ciężkiej niewydolności oddechowej (SARS)	n.d.	0,0	n.d.
Ospa prawdziwa	n.d.	0,0	n.d.
Zakażenie hantawirusem	Niewystarczające dane	0,7	25+
Denga	Niewystarczające dane	0,1	15–64
Gorączka Chikungunya	Wzrost	0,02	25–64
Zakażenie wirusem gorączki Zachodniego Nilu	Wzrost	<0,01	45+
Żółta febra	n.d.	<0,01	n.d.
Choroby, którym zapobiega szczepienie			
Błonica	Spadek	<0,01	45+
Inwazyjna choroba wywoływana przez <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,4	0–4, ≥65
Inwazyjna choroba meningokokowa	↔	0,9	0–4, 15–24
Inwazyjna choroba pneumokokowa	↓	4,4	0–4, ≥65
Odra	↔	0,8	0–24
Świnka	Spadek	3,2	15–24
Krzusiec	↔	4,9	0–24

Wirusowe zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego	n.d.	0,0	n.d.
Wścieklizna	n.d.	<0,01	Niewystarczające dane
Różyczka	↔	0,1	0–4, 15–24
Tęžec	↓	0,02	65+
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną			
Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe	↑	n.d.	n.d.
Zakażenia związane z opieką zdrowotną	↔	n.d.	n.d.

n.d.: nie dotyczy – dotyczy bardzo rzadkich chorób, dla których zaobserwowano bardzo niewiele lub brak przypadków.

Niewystarczające dane – dotyczy niezbyt często występujących chorób, dla których nie można precyzyjnie określić tendencji.