



## ECDC **CORPORATE**

# Резюме на основните публикации 2008 г.

**КОРПОРАТИВЕН ДОКУМЕНТ НА ECDC**

## **Резюме на основните публикации 2008 г.**



Стокхолм, юни 2009 г.

© Европейски център за профилактика и контрол върху заболяванията, 2009 г.

Възпроизвеждането на този материал е разрешено само при цитиране на източника.

Преведено от оригинала „Summary of key publications 2008“. Положени са всички усилия да се осигури точен превод; ако все-пак бъдат установени несъответствия, за автентичен се счита английският текст.

# СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение.....	1
Технически доклад.....	2
1. Преглед на дейностите по контрол на хламидиалните инфекции в страните от ЕС.....	2
Ръководство на ECDC.....	4
2. Ръководство за въвеждане на HPV ваксини в страните от ЕС.....	4
3. Приоритетни рискови групи за противогрипна ваксинация.....	6
ДОКЛАДИ ПО НАДЗОРА.....	9
4. Годишен епидемиологичен доклад относно заразните заболявания в Европа, 2008 г. — Доклад за състоянието на заразните заболявания в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ.....	9
5. НАДЗОР НА ХИВ/СПИН в Европа.....	12
Специални доклади.....	14
6. Рамков план за действие за борба с туберкулозата в Европейския съюз.....	14
7. Надзор на заразните заболявания в Европейския съюз, дългосрочна стратегия: 2008–2013 г. ....	16
Доклади от срещите.....	18
8. Заразни заболявания и определящи социални фактори.....	18
9. Изменение на околната среда и работна среда по заразните заболявания.....	19
Приложение: Публикации на ECDC през 2008 г.....	22



## Въведение

През 2008 г. Европейският център за профилактика и контрол на заболяванията (ECDC) публикува общо 21 научни документа. Най-съществените сред тях са *Рамковият план за действие за борба с туберкулозата в Европейския съюз*, насоките относно варианти на политиката за въвеждане на ваксинация срещу човешкия папилома вирус (HPV) и двата доклада за наблюдение: *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008 (Годишен епидемиологичен доклад за заразните заболявания в Европа, 2008 г.)* и *HIV/AIDS surveillance in Europe – 2007 Надзор на ХИВ/СПИН в Европа – 2007 г.*). За първи път последният доклад е изготвен съвместно с Регионалния офис на Световната здравна организация за Европа (СЗО - EURO) и разглежда положението в страните от ЕС и ЕИП, както и положението в останалите 23 страни в региона на СЗО - EURO.

Обобщени са резюмета на избрани документи на ECDC, напр. посочените по-горе, на всички езици на ЕС, които да бъдат предоставени на политиките. Те отразяват духа на оригиналните публикации, но е възможно някои нюанси да са се изгубили в процеса на обобщаване. Читатели, които желаят да получат по-детайлна картина, следва да се запознаят с пълния текст на документите, които са публикувани в интернет на: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>

В приложението е предоставен списък на публикациите на ECDC за 2008 г. Всички те са достъпни в интернет на горната връзка, с кратко описание на съответното съдържание. Избрани доклади се предлагат на хартия. За да получите печатно копие на някой от тях, моля изпратете електронно съобщение на [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu)

# Технически доклад

## 1. Преглед на дейностите по контрол на хламидиалните инфекции в страните от ЕС

(Публикувано през май 2008 г.)

Настоящият доклад илюстрира обхвата и констатациите от проекта, наречен Преглед на скрининга на хламидиите в Европа (*Screening for Chlamydia Review in Europe — SCREEn*), за който се твърди, че е най-голямото проучване до момента върху дейностите по контрол на хламидиалните инфекции в ЕС. Проектът е проведен между ноември 2006 г. и август 2007 г., и набира данни от държавите-членки на ЕС, страните кандидатки за ЕС, държавите-членки на ЕАСТ и САЩ.

Чрез проучване с въпросници, изпратени по пощата, във всички държави-членки на ЕС и страните кандидатки и чрез насочени посещения в държавите на специалисти в областта на общественото здраве и доставчици на здравни грижи в избрани държави-членки, SCREEn събира подробна информация относно диагностицирането и скрининга на хламидиалните инфекции, овладяване на заболяванията, проучвания на разпространението на хламидиите и множество свързани въпроси на общественото здраве. Проектът дава задълбочен поглед върху стратегиите, възприети от националните системи за общественото здраве с цел овладяване на стремителния ръст на хламидиалните инфекции.

Общата цел на този проект е да се осъществи преглед на програмите за контрол върху хламидиите и дейностите на държавите-членки и да се направят препоръки за подобряване на профилактиката и контрола върху хламидиите в региона. Специфичните цели са:

- да се събере систематизирана информация относно дейностите в областта на общественото здраве, свързани с контрола върху *C. trachomatis* в държавите-членки на ЕС и страните кандидатки, съседните европейски страни, и САЩ;
- да се съпостави информацията от тези страни относно демографските и икономически показатели, системите на здравеопазване, изследванията за разпространение на хламидиите и сексуалното поведение;
- да се създаде електронна база данни, като хранилище за данните;
- да се събере задълбочена информация относно дейностите по контрол на хламидиите от избрани европейски държави-членки; и
- да се изготвят препоръки за ECDC за действия в областта на общественото здраве и за допълнителни изследвания.

От 34 избрани страни, отговори са получени от 29 европейски страни и САЩ (общият процент на отговорите е 88%). Не са получени данни от Кипър, Словакия, Полша и Хърватска. Някои от най-важните констатации от изследването са:

- 17 от 29 европейски страни-участнички имат най-малко едно публикувано ръководство за клиничната практика, препоръчано от национален орган, което разглежда аспектите за овладяване на хламидиалната инфекция. Три държави-членки на ЕС (България, Гърция и Финландия) са в процес на публикуване или разработване на такива насоки.
- Изследванията за хламидии са достъпни в гинекологичните кабинети или клиники във всички страни-участнички; в 23 страни те са част от първичната здравна помощ. В пет държави изследвания за хламидии се предлагат като услуга в аптеките или в други търговски обекти, където се предлагат фармацевтични продукти без рецепта.
- Там, където има практика на уведомяване на партньора, се съобщава, че най-често то е по инициатива на самите практикуващи лекари или посредством насочване към специализирана клиника.
- Тестове по метода на амплификация на нуклеинови киселини се предлагат в различна степен във всички държави, с едно изключение. В девет държави по-малко от 50% от пробите са изследвани с тестове чрез амплификация на нуклеинови киселини.
- Повечето държави разполагат със система за съобщаване на диагностицираните случаи на хламидиални инфекции на органите на общественото здраве, но около една трета нямат практика да публикуват тези данни.
- 13 страни разполагат с регистрирани данни относно клиничните усложнения, които могат да настъпят вследствие на хламидиите.

- В осем страни са проведени изследвания за сексуалното поведение и разпространението на хламидиите, а в седем страни са проведени изследвания за разпространението на хламидиите сред населението.

С цел категоризиране на страните, проектът SCREen също така разработва типология на дейностите по контрол на хламидиите, основаваща се на принципите на контрола на инфекциите, предавани по полов път. Категориите за контрол на хламидиите са следните: липса на организирани дейности (13 страни: България, Финландия, Гърция, Ирландия, Лихтенщайн, Люксембург, Малта, Португалия, Румъния, Словения, Испания, Швейцария и Турция); овладяване на заболяванията (пет страни: Австрия, Чешка република, Германия, Италия и Литва); издирване на заболявания (три страни: Белгия, Франция и Унгария); опортюнистични изследвания (шест страни: Дания, Естония, Исландия, Латвия, Норвегия и Швеция); организиран скрининг (две страни: Нидерландия и Обединеното кралство (само Англия)).

Резултатите показват, че в две европейски страни се провежда текуща (Англия, Обединено кралство — опортюнистична) или пилотна (Нидерландия — проактивна) програма за скрининг за хламидии. Други девет страни планират въвеждането на програми за скрининг с опортюнистична, проактивна или все още неустановена организация. Пет от посочените страни са сред тези, които в момента не разполагат с насоки за овладяване на хламидиалните инфекции. В допълнение, в Естония и Латвия се практикува скрининг за хламидии само при бременни, а в Дания ежегодно в два региона на страната по пощата се разпращат покани за скрининг за хламидии на 18—19 или 21—22-годишни.

Тази типология, разработена от проекта SCREen, може да се използва в бъдеще за наблюдение на интензитета на дейностите по контрол на хламидиите на национално равнище и за подпомагане на вземането на решения относно засилването или въвеждането на определени дейности.



# Ръководство на ECDC

## 2. Ръководство за въвеждане на HPV ваксини в страните от ЕС

(Публикувано през януари 2008 г.)

Настоящият документ постановява научната основа за въвеждането на ваксини срещу човешкия папилома вирус (HPV), за да подпомогне държавите-членки на Европейския съюз (ЕС) при вземането на политически решения. Документът хвърля светлина върху въпросите, които трябва да бъдат разгледани и предлага списък с варианти относно политиката по всеки един от тези въпроси.

Настоящото ръководство е разработено от група от научни експерти, сформирана и координирана от ECDC, и е прегледано от Консултативния форум на ECDC.

### *Рак на шийката на матката и инфекции с човешки папилома вирус в Европейския съюз*

Ракът на шийката на матката се среща най-често в Европейския съюз (ЕС) след рака на гърдата при жени на възраст между 15 и 44 години. Всяка година се регистрират около 33 000 случаи на рак на шийката на матката и около 15 000 смъртни случая. Основната причина за рак на шийката на матката е хроничната инфекция на гениталиите с високорискови типове човешки папилома вирус (HPV).

Гениталните HPV инфекции са много чести и обикновено се придобиват скоро след започване на полов живот. Повечето от тях се изчистват по естествен път. Въпреки това, хроничните инфекции с високорисков тип HPV могат да доведат до промени в клетките на шийката на матката, в резултат на което да се развие рак на шийката на матката. Високорисковите типове HPV са свързани и с други аногенитални форми на рак, както и с рак на главата и врата както при мъжете, така и при жените. Други HPV, които се отнасят към нискорисковите типове, причиняват генитални брадавици както при мъжете, така и при жените.

### *Ваксина срещу човешки папилома вирус*

В Европа са лицензирани две ваксини за профилактика на HPV: четиривалентната ваксина Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD) и двувалентната ваксина Cervarix® (GlaxoSmithKline Biologicals). И двете ваксини са произведени от вирусоподобни частици и не са заразни. И двете ваксини имат добри показатели за безопасност. Те предпазват от високорисковите типове HPV 16 и 18, на които се дължат приблизително 73% от случаите на рак на шийката на матката в Европа. Gardasil предпазва също от HPV 6 и 11, които причиняват повечето видове генитални брадавици. Като цяло изпитванията от фаза III показват, че и двете ваксини предпазват от повече от 90% от преканцерозните лезии, свързани с тип 16 или 18 сред незасегнатите от HPV жени. Схемите за прилагане на двете ваксини са близки – приемат се инжекционно три дози, разпределени в шестмесечен период от време.

### *HPV ваксините и скрининг за рак на шийката на матката*

Доказано е, че добре организирани програми за скрининг за рак на шийката на матката, които имат високо покритие и включват ефективно проследяване и лечение на жени с аномална цитология, намаляват заболяемостта с повече от 80%. Организирани програми за скрининг са по-успешни от случайния скрининг по отношение на достигане до най-заstraшените жени, установяване на механизми за контрол на качеството и на мониторинга на стандартизираните мерки за дейността и въздействието.

HPV ваксината предлага нова, допълнителна възможност за подобряване контрола на рака на шийката на матката. Тя не отменя необходимостта от скрининг за заболяването дори при жени, ваксинирани срещу HPV тип 16 и тип 18, които остават заstraшени от други високорискови типове. Националните органи трябва да продължат да полагат усилия за организиране и подобряване на обхвата и качеството на програмите за скрининг, независимо от въвеждането на ваксината. Като приоритет се очертава организирането на програми за скрининг на места, където такива не съществуват.

HPV ваксините ще окажат въздействие върху ефективността на съществуващите програми за скрининг, които ще трябва да се наблюдават отблизо. Широкото разпространение на ваксинацията ще доведе до намаляване на свързаните с HPV клетъчни аномалии. Освен това ваксинираните жени могат да придобият

погрешно усещане за сигурност, което да доведе до намаляване на посещенията за скрининг. Жените трябва да бъдат информирани и мотивирани да участват в скринингови програми, дори ако са ваксинирани. Едно от най-важните предизвикателства ще бъде да се постигне пълноценно съгласуване между ваксинацията и скрининг с оптимално финансово изражение и с максимална полза за жените.

### **Кой трябва да се ваксинира? Определяне на целевите групи за ваксиниране срещу HPV**

За да се оптимизира въздействието на новите ваксини срещу заболявания, свързани с HPV, първичната целева група за рутинна ваксинация са момичетата преди започване на полов живот (и последващи евентуални инфекции с HPV), които се превръщат в характерни за тази група. Смъкването на възрастовата граница за ваксиниране под това ниво няма да предотврати много инфекции и трябва да се избягва, докато не се получат доказателства, че ваксината има продължителен период на защита (повече от 15-20 години). Включването на малко по-големи момичета и млади жени, чрез допълнителна ваксинация в началото на рутинна програма за ваксиниране вероятно ще увеличи въздействието на програмата и ползите от ваксинирането в близко бъдеще.

Специфичните фактори за всяка една страна са важни за определяне на точната възраст за рутинна ваксинация и възрастите за допълнителни кампании за ваксинация. Тези фактори включват: средна възраст на започване на полов живот, възрастово специфично преобладаване на инфекциите с HPV (когато е налично), стратегии за поставяне на ваксина и приемане на ваксинирането от целевите групи (и техните наставници).

Няма изгледи изборителното ваксиниране на „високорискови групи“ само по себе си да се окаже практично или по-ефективно от имунизиранието на всички момичета. Въпреки това потенциалната роля на изборителното/случайното ваксиниране на някои високорискови индивиди в допълнение към рутинната ваксинация е тема на обсъждане в дългосрочен план.

### **Стратегически варианти за поставяне на ваксина срещу HPV в страните от ЕС**

Училищните имунизации вероятно са най-евтиният вариант за поставяне на ваксини срещу HPV на момичета в предпубертетна възраст. Въпреки това приложимостта на този подход може да се затрудни от местни проблеми, например наличието на училищни здравни служби, финансирането на закупуването на ваксината, администрирането и получаването на съгласието на родителите.

Имунизиранието в клиники или в лекарски кабинети е универсален допълнителен или алтернативен вариант за поставяне на ваксина срещу HPV. Той може да се окаже по-скъп от имунизацията в училище и наблюдението на усвояването на ваксината при него ще е по-трудно.

Клиниките за сексуално и репродуктивно здраве и останалите клиники, предназначени специално за жени, могат да се превърнат във важни места за имунизация. Въпреки това момичетата не винаги посещават подобни клиники преди започване на полов живот, така че те биха били от полза основно за допълнителните програми за подрастващи и жени. За момичетата от „труднодостъпни“ социални групи може да се създаде друга организация за ваксиниране срещу HPV, като това може да се направи и за случайните имунизации по време на посещения на момичетата в медицинските служби по други причини. Използването на тези възможности може да подобри цялостното усвояване.

Когато се планират стратегии за ваксиниране срещу HPV, трябва да се имат предвид съществуващите имунизационни програми. Винаги когато се извършва ваксиниране, е от особено важно значение да се осъзнае факта, че имунизацията е допълнение, а не заместител на скрининга за рак на шийката на матката.

### **Моделиране на разходите и резултатите от HPV ваксинацията**

HPV ваксинацията трябва да се оценява не само от страна на нейната ефективност, но също така и от икономическа гледна точка. Икономическата оценка има за цел да определи дали разходите, направени от обществото, за да осигурят една година живот с добро качество (очаквана продължителност на живота, съобразена с качество на живот) благодарение на ваксинацията срещу HPV, са подобни на разходите за други общоприети интервенции в сектора на здравеопазването.

Икономическите оценки обаче не са съпоставими поради разнообразието от разходи и здравни системи в различните страни. Ето защо преди вземането на решение за най-добрата стратегия за превенция на рака на шийката на матката всяка страна трябва да извърши собствена икономическа оценка (като вземе предвид съществуващите програми за скрининг на рака на шийката на матката по места).

Икономическите оценки към настоящия момент сочат, че HPV ваксинацията при момичета в предпубертетна възраст (със или без допълнителната ваксинация на групите на по-голяма възраст) има

приемливи показатели на съотношението разходи-ползи. Резултатите са по-благоприятни при използването на динамични симулационни модели, където се взема предвид също ефектът от ваксинацията върху степента на предаване.

### **Мониторинг и оценка на въздействието от HPV ваксинацията**

Последващата оценка на HPV ще трябва да определи усвояването на ваксините и съответствието, дългосрочната ефикасност и ефективност на ваксините, включването на ваксинацията към други стратегии например скрининга за рак на шийката на матката и сигурността на ваксините. Координацията между мониторинга на ваксините и програмите за контрол на рака на шийката на матката ще бъде от решаващо значение за оценяване на ползата от ваксината, в сравнение с други съществуващи инициативи за превенция, като програмите за скрининг.

Методите за оценяване въздействието на ваксините върху клинично свързани резултати от заболявания могат да включват наблюдение на инфекции с HPV, свързани с ваксини, преканцерозните лезии или видове рак посредством установени или новооткрити лаборатории или цитологични или ракови регистри.

Изпитванията от фаза IV също бяха предложени за оценяване на въздействието на ваксината срещу HPV върху общественото здраве. Те могат да осигурят допълнителна информация за нивото на заболяемост с преканцерози и рак, както за смъртността. Те също така могат да бъдат от полза при оценяването на потенциалната интеграция на скрининга на шийката на матката и на програмите за ваксиниране. За оценка на ефективността на ваксината в полеви условия може да се използват мониторингът, основан на систематично регистриране на ваксинацията срещу HPV, и свързаните проучвания.

Минималният набор от информация за мониторинг на HPV ваксинацията трябва да включва данни за обхвата, надзора на нежеланите реакции след имунизация и надзора на въздействието върху преканцерозните лезии.

## **3. Приоритетни рискови групи за противогрипна ваксинация**

(Публикувано през август 2008 г.)

По молба на Европейската комисия Европейският център за профилактиката и контрол на заболяванията (ECDC) провежда научен преглед на рисковите групи<sup>1</sup> по отношение на грип, както и други групи, на които се предлага имунизация срещу сезонния грип в Европа. Специфичните цели на това проучване са:

- да се опишат рисковите групи, за които се препоръчва имунизация в страните от ЕС/ЕИП, заедно с подробности за другите групи, за които се предлага имунизация;
- да се обобщят подкрепящите данни за рисковите групи, на които се препоръчва ваксинация;
- да се предложи степенуване по важност на рисковите групи в ЕС, основано на ясни критерии;
- да се определи най-общо броят на хората в страните от ЕС в приоритетните рискови групи;
- да се установят областите за по-нататъшна работа, включително за изследване и развитие.

Описанията на рисковите групи по отношение на грип и другите групи, на които понастоящем се предлага имунизация, са взети от проучване, проведено през 2008 г. от проекта VENICE, работещ заедно с ECDC. Според разработените от ECDC/VENICE критерии, рисковите групи трябва да бъдат ясно определени групи, за които е по-вероятно да развият по-тежко заболяване от останалите. В допълнение трябва да има публикувани данни, че след имунизация при тях рискът от заразяване намалява. По отношение на първия критерий, определянето на групите е затруднено от факта, че в Европа не се провежда редовно наблюдение за заболяемост и смъртност, свързани с тежко грипно заболяване. Професионалните здравни критерии (предимно имунизация на здравните работници) без установени ползи за пациентите са взети под внимание, но им е придадена по-малка тежест - с изключение на една група работници, а именно тези, които се грижат за възрастни хора в специализирани домове, при която има убедителни данни, че това предпазва пациентите. В заключение е отбелязана степента на консенсус сред страните от ЕС.

<sup>1</sup> Рисковите групи за заболяване от грип се определят като групи от хора, за които е по-вероятно да прекарат заболяването тежко, ако бъдат заразени и за които се знае, че биха имали полза от ваксинацията за намаляване на риска от инфекция.

Анализът на литературата показва, че има две рискови групи, при които рутинната годишна имунизация със сезонна противогрипна ваксина е оправдана от научна и социална гледна точка в Европа. Те са:

- групи, обхващащи по-възрастни хора, обикновено над 65 години;
- хора с хронични медицински състояния, по-специално заболявания от следните категории:
  - хронични респираторни заболявания;
  - хронични сърдечносъдови заболявания;
  - хронични метаболитни нарушения;
  - хронични бъбречни и чернодробни заболявания;
  - лица с нарушен имунитет (вроден или придобит);
  - млади хора на продължително лечение със салицилати;
  - лица със състояния, които нарушават дихателната функция.

Това са също единствените рискови групи, за които има консенсус сред страните от Европейския съюз. Точното определяне на групата на напредналата възраст е до известна степен спорно (над 64 години, над 59 години и т.н.) и някои страни вече приемат критерии, различни от „над 64 години“, в зависимост от националните особености и анализи.

Съществуват някои силни аргументи в полза на имунизацията на две други рискови групи: бременни жени и деца (разпределени „под две години“ и „под пет години“). Въпреки това и за двете групи има ограничени данни за Европа, както за риска, така и за ефективността, а освен това все още няма Европейски консенсус. Данните за тези две групи са недостатъчни, за да бъдат определени като рискови групи на ниво ЕС. Със събирането на повече информация и данни тези групи ще бъдат преразгледани. Особено важно е да се съберат данни за ефекта от имунизацията на тези групи, така че след по-нататъшни оценки да се постигне консенсус.

Има също така групи, за които често се предлага имунизация, но които не са рискови и за които няма сериозни причини, свързани с общественото здраве. Например съществува значителен консенсус в ЕС, че всички здравни работници, имащи контакт с пациенти, трябва да бъдат имунизирани, поради професионални здравни причини (за защита на работниците). Има значителни данни, базирани на изпитвания, че имунизирването на хората, грижещи се за възрастни хора в специализирани домове, е от косвена полза за пациентите, предпазвайки ги от тежки усложнения на грипна инфекция. Въпреки това трябва да се отбележи, че повечето здравни работници в Европа отказват подобна имунизация. Няма убедителни данни за ползите от имунизирването на хора, живеещи в едно домакинство с хора, спадащи към двете основни рискови групи.

Направени са приблизителни оценки на броя и процента на хората, които спадат към двете главни рискови групи в страните от ЕС. В това проучване е приложен метод, който показва, че в момента страните от ЕС трябва да имунизират 25% от населението си всяка година, тъй като те спадат към поне една от двете главни рискови групи. Други национални оценки достигат до подобни проценти. Националните стойности варират от 19% до 28%, в зависимост от процента на възрастни хора в населението във всяка страна. Оценката за целия ЕС е около 125 милиона души, разделени в отношение две трети (около 84 милиона, които са над 65 години) към една трета (около 41 милиона по-млади хора с хронични заболявания). Тези цифри ще растат неумолимо с времето поради застаряването на населението и успехите на съвременната медицина в лечението на хора с хронични заболявания, което им позволява да водят по-дълъг пълноценен живот.

Настоящото проучване препоръчва редица приоритети за Европейско развитие и изследвания:

- развитие на надзора: рутинен надзор на тежките усложнения на грипа в Европа (хоспитализации и смърт);
- рутинен мониторинг на ефективността на противогрипната ваксина, особено за намаляване на риска от тежки усложнения и смърт, причинени от грипа;
- оценка на тежестта на заболяването от грип при бременни и деца, и оценка на влиянието на имунизацията при бременни и деца, от всички възрасти в Европа;
- по-нататъшни изследвания за установяване дали имунизирването на здравните работници и членовете на домакинствата намалява риска при уязвимите хора от двете основни рискови групи;
- разработването на проекти за по-силно популяризиране на противогрипната имунизация сред здравните работници както за тях, така и за техните пациенти;
- специфични изследвания дали има по-висок риск от тежка грипна инфекция при заразени с HIV лица в Европа и подобни изследвания за други по-чести заболявания като лека астма;

- изследвания на влиянието върху здравето и здравно-икономически изследвания по отношение на противогрипната имунизация, например при хора над праговата възраст за имунизирание, като се вземе под внимание фактът, че различните страни трябва да определят свой собствен възрастов праг;
- изследване на влиянието на имунизирането на всички групи, за да се определи косвената полза от намаляването на общите нива на пренасяне на заразата.

## ДОКЛАДИ ПО НАДЗОРА

### 4. Годишен епидемиологичен доклад относно заразните заболявания в Европа, 2008 г. — Доклад за състоянието на заразните заболявания в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ

(Публикувано през декември 2008 г.)

Всяка година ECDC публикува своя европейски годишен епидемиологичен доклад (Annual Epidemiological Report — AER). Второто издание, публикувано през 2008 г., съдържа общ преглед на надзора на заразните заболявания от 2006 г. в табличен вид с някои коментари и дава описание на острите рискове за човешкото здраве от заразни заболявания през 2007 г. В допълнение, докладът също акцентира върху разширено описание на инфекциите, свързани със здравни грижи (HCAI), включително на антимикробната резистентност (AMR).

Основните рискове, свързани със заразните заболявания в ЕС, не са се променили от предишното издание на този доклад и включват следните точки:

- Антимикробна резистентност;
- Инфекции, свързани със здравни грижи;
- ХИВ инфекция;
- Пневмококови инфекции;
- Грип (с потенциал за пандемия, както и ежегодни сезонни епидемии);
- Туберкулоза.

#### ОСНОВНА ТЕМА НА НАСТОЯЩОТО ИЗДАНИЕ

##### *Инфекции, свързани със здравни грижи (HCAI)*

Надзорът на инфекциите, свързани със здравни грижи (HCAI) в Европа, се осъществява чрез мрежата IPSE (Подобряване на безопасността на пациентите в Европа) (2005 г. — юни 2008 г.), която включва надзор на инфекциите в хирургичните отделения (Звено на болниците в Европа за контрол на инфекциите чрез надзор, HELICS-SSI) и надзор на интензивните отделения (HELICS-ICU).

Заболеемостта от инфекции в хирургичните отделения през 2006 г. остава стабилна в сравнение с периода 2004—2005 г., с изключение на операциите за протезиране на тазобедрена става, при които се наблюдава тенденция на значително намаляване — от 2,2% през 2004 г. на 1,6% през 2005 г. и 1,3% през 2006 г. ( $p = 0,039$ ).

От 51 621 пациенти, престояли повече от два дни в интензивно отделение, 6,8% са се заразили с пневмония. Заболеваемостта варира от 1,5% при невентилирани пациенти до 22,2% при пациенти на изкуствено дишане за една седмица или по-дълъг период. Най-често срещаният микроорганизъм, изолиран при пневмония, придобита в интензивно отделение, е *Pseudomonas aeruginosa*, а при инфекции на кръвния поток, придобити в интензивно отделение — коагулаза-негативни стафилококи.

Надзорът на инфекциите, свързани със здравни грижи, продължи да се разширява през 2006 г. и процесът на разширяване ще продължи след прехвърлянето на елементите на наблюдението от мрежата IPSE към ECDC през 2008 г.

Като цяло, разпространението на инфекции, свързани със здравни грижи, остана стабилно в Европа през 2006 г. Продължават обаче да съществуват значителни разлики между държавите и трябва да се постави допълнително ударение върху хармонизирането на методите.

##### *Антимикробна резистентност (AMR)*

Данните относно антимикробната резистентност идват от Европейската система за надзор на антимикробната резистентност (European Antimicrobial Resistance Surveillance System — EARSS), която е система, специално предназначена за наблюдение на антимикробната резистентност в Европа.

### *Streptococcus pneumoniae*

През 2006 г. повечето държави от Северна Европа са с равнища на неподатливост към *S. pneumoniae* (PNSP) под 5%, докато в държавите от Южна Европа и Средиземноморието, делът на PNSP е в обхвата от 7% до > 25%.

### *Staphylococcus aureus*

Метицилин-резистентните *Staphylococcus aureus* (MRSA) продължават да се разпространяват във високо, средно и ниско ендемични страни в Европа през 2006 г. Петнадесет от общо 31 държави (предимно държави от Южна Европа, Обединеното кралство и Ирландия) отчитат дял на всички изолати на *Staphylococcus aureus*, устойчиви на метицилин, от 25 или повече процента, като в някои от високо ендемичните държави този дял се стабилизира. В Северна Европа делът на MRSA се запази под 4%.

### *Escherichia coli*

Особено обезпокоителна е нарастващата степен на резистентност към флуорохинолони в Европа.

### *Pseudomonas aeruginosa*

През 2006 г. почти една пета от изолатите на инвазивната *P. aeruginosa* са резистентни към три или повече антибиотика, по-специално в държавите от Южна Европа.

## РЕЗЮМЕ НА НАДЗОРА НА ЗАРАЗНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРЕЗ 2006 Г.

### *ХИВ, инфекции, предавани по полов път, хепатит В и С и ХИВ*

През 2006 г. ХИВ инфекцията запазва основното си значение за общественото здраве в Европа, с над 25 000 нови диагностицирани случаи на заболяването, отчетени от 29 страни (с изключение на Италия, Испания и Лихтенщайн), с което общата заболеваемост е 6 на 100 000 души. Сред страните съществуват значителни различия в епидемиологията на ХИВ инфекцията. В някои европейски страни са отчетени нарастващ брой случаи на ХИВ: основно Естония, Латвия, Люксембург, Португалия и Обединеното кралство. В противовес на това, броят на новорегистрираните случаи на СПИН в държавите от ЕС и ЕИП/ЕАСТ е 7 035, отговарящ на разпространение от 1,4 на 100 000, което съответства на спад с повече от една трета от 1999 г. насам.

Хетеросексуалните контакти (53%) са основният начин за предаване на ХИВ инфекцията, около 40% от тях обаче са диагностицирани при лица с произход от държави с генерализирана епидемия. Ако тези случаи бъдат изключени, преобладаващият начин за предаване е секс между мъже (37%).

Значителна част от ХИВ положителните лица в ЕС продължават да не знаят, че са заразени. Това води до подценяване на необходимостта от усилия за разширяване на провеждането на изследване за ХИВ.

### *Инфекции, предавани по полов път*

През 2006 г. инфекциите с *Chlamydia trachomatis* продължават да бъдат най-често съобщаваните инфекции, предавани по полов път (както и най-широко разпространеното докладвано заболяване като цяло в Европа), и представляват почти четвърт милион случаи, отчетени от 22-те държави-членки на ЕС и държавите-членки на ЕИП/ЕАСТ, които провеждат наблюдение върху това заболяване. Отчетеното разпространение е 92 на 100 000 души.

През 2006 г. в Швеция е съобщено за нов щам на *Chlamydia trachomatis*, който не се диагностицира с тестовете, предлагани свободно в търговската мрежа. Това подтиква към проучване за търсене на този нов щам и в други държави-членки, но за момента изглежда той се среща основно в Швеция.

През 2006 г. е лицензирана първата ваксина срещу инфекция с човешкия папилома вирус.

### *Грип*

През 2006 г. се появяват първите случаи на високо патогенен птичи грип (А(Н5N1)) при диви и домашни птици в Европейския съюз. Все пак през 2006 г. в ЕС не са съобщени случаи на хора, инфектирани с А(Н5N1); съобщен е само един случай на инфекция с нископатогенния щам на птичия грип Н7, при работник в птицеферма в Обединеното кралство. Независимо от това, широк пакет от законодателни мерки за опазване на здравето на животните осигурява адекватен отговор на нарастващата заплаха, причинена от вируса А(Н5N1) в държавите-членки на ЕС. Тъй като вирусът продължава да се разпространява

предимно сред птиците, бързото откриване и унищожаване на инфекцията сред птиците и най-вече сред ятата домашни птици остава първата линия на защита на хората.

### **Туберкулоза**

Забележителността от туберкулоза (ТБ) продължава да намалява сред местното население на почти всички държави-членки, където заболяването се среща предимно сред възрастните хора, повторно активизирано след първична инфекция преди десетилетия. Ситуацията обаче търпи изменения след скорешните демографски, политически и социално-икономически промени в Европа, като нарастващата миграция. Като резултат, ТБ става по-разпространена сред мигрантите, бездомните, бедните във вътрешността на градовете, затворниците, живеещите с ХИВ и употребяващите наркотици в ЕС.

Освен това, има зони с високи нива на туберкулоза с лекарствена резистентност, дължаща се преди всичко на недовършен или неправилно проведен режим на лечение.

### **Заболявания, предотвратими чрез ваксинация**

След въвеждането на универсалната ваксинация при децата с ваксината срещу *Haemophilus influenzae* тип В (Hib) в повечето страни от ЕС, заболяемостта от инвазивно Hib заболяване спадна и се задържа с ниски нива за цялото население на страните от ЕС (през 2006 г. под 1 на 100 000).

Някои европейски държави прибавят към своите схеми за ваксинация пневмококовата конюгирана ваксина 7 (PCV7) поне за високорисковите групи. Изразени са опасения относно възможността обичайните серотипове постепенно да бъдат заменени със серотипове, които не са покрити от PCV7, ситуация, която вече е наблюдавана в САЩ. Това отново потвърждава значимостта на системите за надзор, обхващащи не само заболяването, но също и разпределението на серотиповете.

Независимо от общата тенденция на намаляване през последното десетилетие, морбили все още е приоритет за общественото здравеопазване през 2006 г. с над 7000 потвърдени случаи и шест съобщени смъртни случая. Няколко събития също така ясно доказват високия потенциал за възникване на огнища на морбили.

Повечето страни от ЕС си служат с ацелуларна пертусисна ваксина (aP) през 2006 г. След период на стабилност, от 2003 г. насам изглежда се наблюдава лек ръст на показателя на регистрираните заболявания в ЕС.

### **Заболявания, предавани чрез храната и водата**

*Salmonella* продължава да бъде най-често съобщаваният стомашно-чревен патоген в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ със заболяемост от почти 40 случая на 100 000 души, въпреки че се наблюдава незначителен спад от 2005 до 2006 г.

Инфекциите, предизвикани от *E. coli*, продуциращи Shiga/Vero токсини (VTEC/STEC), изглежда също намаляват, с ниво на регистрираните заболявания през 2006 г. малко над 1 случай на 100 000 души, макар че някои страни отчитат значително по-голям брой, особено сред малките деца.

### **РЕЗЮМЕ НА ЗАПЛАХИТЕ ПРЕЗ 2007 г.**

През 2007 г. ECDC провежда мониторинг на 168 заплахи, от които:

- 142 (85%) са нови;
- 21 са открити през 2006 г. и все-още активни през 2007 г.;
- пет са открити през 2005 г. и все-още активни през 2007 г.;
- за 66 е необходимо активно проследяване от ECDC;
- за 10 от тях са изготвени подробни оценки на заплахите, разпространени сред държавите-членки на ЕС и до Европейската комисия чрез системата за ранно оповестяване и реагиране (EWRS).

Като цяло, през 2007 г. заплахите, представляващи интерес за ЕС, остават широко разпространени. Заболяванията, предавани чрез храната и водата, остават най-разпространеният източник на заплахи, предмет на наблюдение в ЕС. Важно е да се спомене, че през 2007 г. има значителен ръст на заплахите, свързани с туберкулозата, и по-специално, събития, свързани с мултирезистентната (MDR) и високорезистентната (XDR) туберкулоза, както и излагането на риск на спътници на пациенти с туберкулоза, които пътуват заразени.

Повечето заплахи, за които е установено, че имат потенциално въздействие върху ЕС през 2007 г., са отчетени чрез EWRS или чрез европейските мрежи, създадени с тази цел (EWGLI за легионерска болест и ENTERNET за заболявания, предавани чрез храната и водата). EWRS доказва многократно, че е ефективен



инструмент за координиране на своевременното прилагане на мерки по отношение на общественото здраве от държавите-членки на ЕС за овладяването на потвърдени заплахи. През 2007 г. ECDC започва подготовката на комуникационна платформа за епидемиологични данни в рамките на ЕС.

## ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Приоритетите за профилактика и контрол на заразните заболявания в ЕС не са се изменили значително от предишното издание на годишния епидемиологичен доклад.

От една страна, критичните области, включително състоянията с устойчиво висока заболяемост, не са се променили. Освен шестте основни заплахи, описани в началото на настоящото резюме, отчетеният голям брой инфекции на *chlamydia* и *campylobacter* заслужава нашето внимание.

От друга страна при някои заболявания, например ваксинапредотвратими (включително Hib), се наблюдава намаляване на заболяемостта, а някои други (например дифтерия) са с изключително ниско ниво на заболяемост — около 0,1 случай на 100 000 души. Въпреки това, държавите-членки от ЕС все още са далеч от набелязаните цели в програмите за унищожаване на заболявания, особено що се отнася до морбили.

Качеството на данните, въз основа на които могат да бъдат направени тези изводи, остава далеч от желаното и все още е необходимо да се вложат значителни усилия за подобряване на надзора на заразните заболявания в Европейския съюз. Преди всичко, все още остават значителни проблеми, свързани със съпоставимостта на информацията от различните държави-членки, което очевидно намалява полезността на събраните данни на европейско равнище.

Трябва да се проучат нови подходи за осигуряване на информация за определяне на приоритети в сферата на заразните заболявания, включително оценяване на текущата и бъдеща социална значимост на заразните заболявания.

Гледайки към бъдещето, е очевидно, че някои дългосрочни тенденции ще окажат влияние върху панорамата на заразните заболявания в ЕС, като например:

- застаряващото население на ЕС;
- изменението на околната среда, включително изменението на климата;
- повишената миграция и пътувания; и
- социалните изменения.

Необходимо е да бъде продължено постоянното наблюдение върху социалната значимост и тенденциите в развитието на заразните заболявания в ЕС, за да се осигурят данни, въз основа на които да се изгради обща здравна политика.

## 5. НАДЗОР НА ХИВ/СПИН в Европа.

(Публикувано през декември 2008 г.)

### Ключови моменти

ХИВ инфекцията запазва основното си значение за общественото здраве в Европа, със сведения за повишено предаване на заболяването в някои европейски страни.

- През 2007 г. са отчетени 48 892 нови диагностицирани случаи на ХИВ инфекция в 49 от общо 53-те страни в европейския регион на СЗО (няма налични данни от Австрия, Италия, Монако и Руската федерация). Най-високо разпространение е отчетено от Естония, Украйна, Португалия и Република Молдова. Отчетени са 5244 случая на СПИН от 48 страни (няма налични данни от Италия, Казахстан, Монако, Руската федерация и Украйна).
- През 2007 г. са отчетени 26 279 нови диагностицирани случаи на ХИВ инфекция в страните от Европейския съюз и Европейската асоциация за свободна търговия (по-нататък в настоящия доклад наричани ЕС/ЕАСТ) (няма данни от Австрия и Италия). Най-високо разпространение в ЕС/ЕАСТ е отчетено от Естония, Португалия и Латвия; най-слабо разпространение - от Словакия, Чешката република и Румъния.
- В ЕС/ЕАСТ основният начин за предаване на ХИВ инфекция изглежда е секс между мъже, следван от хетеросексуален контакт. Около 40% от случаите на предаване чрез хетеросексуален контакт са диагностицирани при лица с произход от страни с генерализирана епидемия от ХИВ/СПИН.
- В трите географски области на европейския регион на СЗО, инжекционната употреба на наркотици все още е основният начин на предаване на Изток, докато в Централната област основният начин на предаване на ХИВ е хетеросексуален контакт, въпреки че броят на случаите на ХИВ, отчетени сред

мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, също се е увеличил. В Западната област основният начин е сексът между мъже, следван от хетеросексуалния контакт, когато се изключат случаите на лица с произход от страни с генерализирана епидемия.

- Като цяло, въпреки непълната отчетност, броят на отчетените нови диагностицирани случаи на ХИВ инфекция през 2007 г. се е повишил, докато броят на диагностицираните случаи на СПИН продължава да намалява в европейския регион на СЗО като цяло, въпреки че в Източната част броят на случаи на СПИН продължава да расте. От 2000 г. насам, процентът на отчетените нови диагностицирани случаи на ХИВ на 1 милион души население почти се е удвоил от 39 на 1 милион души през 2000 г. до 75 на 1 милион души през 2007 г., на база информацията от 44 страни, които систематично отчитат данни за наблюдение върху ХИВ.
- Общият брой изследвания за ХИВ, които се извършват годишно за диагностични цели, без да се включват несвързаните анонимни изследвания и кръводаряването, се е повишил през периода 2003—2007 г. в повечето страни.
- Данните, представени тук са непълни, което се дължи по-специално на липса на информация от някои страни. Това ограничава изводите, които могат да се направят по отношение на мащабите на епидемиите от ХИВ и СПИН в Европа. Ако се вземат под внимание настоящите данни, общият брой на случаите за 2007 г. би могъл грубо да се удвои.

### *Препоръки към надзора на ХИВ/СПИН*

Данните от надзора на ХИВ/СПИН са от жизнено значение за проследяването на тенденциите при епидемията от ХИВ и за оценка на отговора на общественото здравеопазване. Следователно всички страни в Европа следва да:

- въведат национални системи за отчитане на случаи на ХИВ и СПИН и да гарантират пълната и своевременна информация;
- подобрят качеството на отчетените данни, най-вече по отношение на вероятните пътища на предаване; и
- поощрят широкообхватния надзор на ХИВ, включително рутинен надзор на поведението и изследвания на разпространението на ХИВ.

### *Препоръки в областта на общественото здраве*

Интервенциите за контрол на епидемиите следва да бъдат основани на сведения и съобразени със страната и географската област. От наличните данни от надзора е логично да се изведат следните препоръки:

- Източна област: интервенциите за контрол върху ХИВ сред лицата, употребяващи наркотици чрез инжектиране, следва да бъдат крайъгълен камък на стратегиите за профилактика на ХИВ; трябва също да бъдат подкрепени мерките за профилактика на предаването по хетеросексуален път, насочени най-вече към лицата с високорискови партньори.
- Централна област: профилактиката трябва да бъде съобразена с обстоятелствата във всяка една страна, за да се запазят техните епидемиологични предимства.
- Западна област: интервенциите за контрол на ХИВ сред мъжете, които правят секс с мъже, следва да бъдат крайъгълен камък на стратегиите за профилактика на ХИВ, т.е. трябва да се подновят кампаниите за безопасен секс, насочени към мъжете, които правят секс с мъже; интервенциите за профилактика, лечение и грижи трябва да бъдат съобразени, за да достигнат до мигрантското население.
- Във всички подрегиони трябва да се насърчава изследването за ХИВ, за да се гарантира ранен достъп до лечение и консултиране, с цел да се улесни превенцията и ограничаването на по-нататъшното предаване и да се подобрят резултатите от лечението в по-дългосрочен план за съответните лица.

## Специални доклади

### 6. Рамков план за действие за борба с туберкулозата в Европейския съюз

(Публикувано през март 2008 г.)

Туберкулозата е сериозно инфекциозно заболяване при хората, като заразяването най-често става чрез вдишване на пръски, съдържащи бактерии, отделени от лице с белодробно заболяване. Въпреки че съществува ефективно лечение, неадекватното или недостатъчно лечение може да доведе до неуспешно лечение, ранен рецидив или развиване на лекарствено-резистентна ТБ.

Заболеваемостта при ТБ в ЕС бележи устойчиво намаление през последните десетилетия. Цифрите за ЕС 27 са сред най-ниските в света, въпреки че надвишават тези в други развити страни като САЩ и Австралия. Независимо от това няма място за задоволство, тъй като подобна благоприятна епидемиологична ситуация е наблюдавана преди десетилетия в някои страни, което доведе до спад в осведомеността и до ограничаване на ресурсите и услугите за профилактика и контрол на ТБ. Последниците се изразяват в повторното разпространение на заболяването, активирано от епидемия от ХИВ, и развитието на мултирезистентна (MDR) ТБ. Това поражда необходимост от подновяване на усилията в посока на програми за контрол и дейности за гарантиране на ранно диагностициране, за достъпност на необходимата терапия и завършване на лечението.

С оглед на това положение, през март 2007 г. Европейският комисар по здравеопазването на Европейския съюз (ЕС), Маркус Киприану, отпрати искане към Европейския център за профилактика и контрол на заболяванията (ECDC) да изготви предложение за план за действие за борба с ТБ в ЕС.

Дългосрочната цел на Рамковия план за действие по отношение на ТБ е да се контролира и в крайна сметка да се ликвидира ТБ в ЕС. Повечето от дейностите, насочени към намаляване на социалната значимост на туберкулозата, разчитат на националните усилия, като институциите на ЕС оказват подкрепа на държавите-членки в тяхната работа. Целите на плана са:

- повишаване на политическото и обществено съзнание относно ТБ като въпрос на общественото здраве в ЕС;
- помощ и подкрепа за усилията на държавите-членки на ЕС в борбата с ТБ, съобразени с националната епидемиологична ситуация и предизвикателства;
- принос за контрола върху ТБ в ЕС чрез подкрепа за тези страни, от които произхождат внесените заболявания от ТБ.

Това предложение се основава на четири принципа: осигуряване на навременни и качествени грижи за всички; укрепване на капацитета на здравните системи; разработване на нови инструменти; изграждане на партньорства и сътрудничества с държавите и заинтересованите страни. Около тези принципи са организирани осем области за стратегическо развитие. Накратко, това са препоръчаните цели/действия за всяка от осемте области:

#### **Област 1. Ангажименти относно контрола на ТБ, обществената осведоменост и капацитета на здравните системи**

1. Да се повиши политическия ангажимент и ангажиментът по отношение на ресурсите на държавите-членки към плановете за контрол върху ТБ като част от общите стратегии за общественото здраве.
2. Да се повиши капацитетът на здравните системи на държавите-членки за провеждане на дейности по контрол и ликвидиране на ТБ.

#### **Област 2. Надзор**

1. Оценяване на епидемиологичните характеристики и разпространението на ТБ сред населението във времето и географски, както в държавите-членки, така и в Европа като цяло.
2. Осъществяване на мониторинг върху дейностите по контрол върху ТБ и въвеждане на тази информация в цикъла на вземане на решения, за да се създаде възможност за подходящи интервенции за доразвиване на националните и европейски плановете за ТБ.
3. Идентифициране и описание на групите от населението в уязвимо положение с повишен риск от ТБ и неблагоприятна прогноза, към които трябва да бъдат насочени целеви дейности, свързани с общественото здраве.

### **Област 3. Лабораторно обслужване**

1. Разработване и въвеждане на висококачествено модерно лабораторно обслужване, което удовлетворява клиничните нужди, нуждите на общественото здравеопазване и изследователските нужди, свързани с ТБ.
2. Гарантиране на безопасно, точно, качествено лабораторно обслужване и подходящо обучен персонал.
3. Осигуряване на инвестиции за дългосрочно подпомагане на лабораторните услуги.

### **Област 4. Своевременни и качествени грижи за всички при туберкулоза**

1. Своевременна диагностика на всички заболявания и осигуряване на подходящо лечение на ТБ и грижи.
2. Съобразяване на интервенциите спрямо специфичните епидемиологични ситуации и групите от населението в уязвимо положение за гарантиране на максимална ефективност на контрола върху ТБ на всички нива.
3. Постигане на последователно прилагане на мерки за овладяване на огнищата.
4. Посрещане на индивидуалните здравни нужди на всички пациенти с туберкулоза.

### **Област 5. Мултирезистентна туберкулоза (MDR ТБ) и високорезистентна туберкулоза (XDR ТБ)**

Следващите цели се отнасят за всички държави-членки, но специално внимание трябва да бъде отделено от тези страни, за които проблемът с MDR- и XDR ТБ е най-сериозен.

1. Оптимизиране и укрепване на надзора и мониторинга на MDR- и XDR ТБ.
2. Подобряване по-специално на услугите за изследване на лекарствената чувствителност към противотуберкулозни лекарства в рамките на ЕС, в контекста на укрепването на лабораторните услуги за изследване на ТБ.
3. Подобряване на грижите за и лечението на пациенти с MDR- или XDR ТБ, включително контрол върху инфекциите, и практики за проследяване/профилактика на контактните лица.
4. Подобряване на достъпа до и на предлагането на лекарства от първа и втора генерация, гарантирайки рационалното използване на противотуберкулозните лекарства.

### **Област 6. Едновременна инфекция с туберкулоза/ХИВ**

1. Намаляване на тежестта на едновременната инфекция с ТБ/ХИВ в ЕС чрез укрепване на взаимодействието между плановете за ТБ и ХИВ/СПИН или на съответните здравни услуги.
2. Поощряване на изследователските дейности и на клиничните проучвания на равнище ЕС, свързани с едновременната заболяемост от ТБ/ХИВ.

### **Област 7. Нови инструменти за контрол на ТБ**

1. Определяне на приоритети за фундаментални, приложни и оперативни изследвания в ЕС.
2. Осигуряване на финансиране и координация.

### **Област 8. Изграждане на партньорство и сътрудничество между страните**

1. Запазване на водеща позиция на ТБ в политическия, техническия и изследователския дневен ред на ЕС и на националните публични институции, с оглед на конкуриращите се приоритети и ограничените ресурси.
2. Помощ за премахване на стигматизацията, за осигуряване на ранно и своевременно откриване на ТБ, MDR ТБ и XDR ТБ и насърчаване на хората да търсят лечение в съответствие с Хартата на пациентите, страдащи от ТБ, за грижи при туберкулоза.
3. Осигуряване на наличност, достъпност, уместност и финансова изгода на последващото лечение, и преди всичко — на успешност.
4. Подобряване на съвместното сътрудничество и координация между ECDC, ЕК, отделните страни, СЗО и други заинтересовани страни.

## 7. Надзор на заразните заболявания в Европейския съюз, дългосрочна стратегия: 2008–2013 г.

(Публикувано през май 2008 г.)

Настоящата дългосрочна визия и стратегия относно бъдещия надзор на заразните заболявания в ЕС е разработена с цел да се улесни управлението на решенията за дългосрочно развитие на Европейската система за надзор. Стратегията обхваща годините до 2013 г., което е в съответствие с многогодишния стратегически план на ECDC (одобрен от управителния съвет на ECDC през юни 2007 г.). Нещо повече, предвижда се ефект на взаимно допълване с лабораторната стратегия на ECDC.

Стратегията си поставя за цел да определи условията и обхвата на надзора, неговите цели и задачи и неговите организационни изисквания. Тя също очертава пътищата за подкрепа на държавите-членки и представлява пътна карта за изпълнение.

Общата цел е да се допринесе за ограничаването на заболяемостта и разпространението на заразните заболявания в Европа, като на взимашите решения, професионалистите и работниците в сферата на здравеопазването се осигурят необходимите данни за общественото здраве, информация и доклади, в усилие да бъдат подкрепени действия, които ще доведат до своевременна профилактика и контрол на заразните заболявания в Европа. Високата надеждност и съпоставимост на данните относно заразните заболявания от държавите-членки са задължителни за постигането на тази цел.

Един по-координиран подход за наблюдение ще:

- подобри регионалната съпоставимост на данните;
- ограничи комплексността на наблюдението в Европа;
- позволи към наблюдението да се подходи по един обединяващ начин;
- избегне дублиране на работата;
- осигури по-добри сведения за общественото здраве в дългосрочен план, благодарение на по-точната и надеждна информация;
- улесни укрепването на националните системи за надзор;
- бъде най-вероятно икономически по-ефикасен и устойчив;
- позволи по-лесен достъп до данните и тяхното използване;
- подобри откриването и проследяването на международните огнища;
- допринесе за изграждането на капацитет; и
- осигури включването на заболяванията в научноизследователските програми и програмите за надзор в съответствие с европейските приоритети.

ECDC разработва система за надзор на заразните заболявания, основано на показатели, на европейско равнище, наречена „Европейската система за надзор“ (The European Surveillance System — TESSy). TESSy ще бъде полезен инструмент за подобряване на събирането, потвърждаването, съхранението и разпространението на данни от надзора на всички държави-членки на ЕС и страните от ЕИП. Първоначално TESSy ще събира ограничен набор от основни променливи, важни за рутинния надзор на случаите на заразни заболявания. След като TESSy бъде възприета и въведена в употреба повсеместно като регионална стандартна база данни, дългосрочната цел на ECDC за допълнително намаляване на сложността и работното натоварване на всички участници ще бъде подпомогната чрез:

- стандартизация на набирането на данни относно надзора на заразните заболявания;
- осигуряване на отчитане и получаване на данни „на едно гише“ от държавите-членки;
- стандартизиране на докладите, изготвени въз основа на данните от надзора; и чрез
- осигуряване на последователен и лесно достъпен общ преглед на текущото положение в ЕС.

Ще бъде потърсено решение също на битувания проблем за двойното отчитане на някои заболявания, с различните регионални организации, които участват в надзора — като СЗО/Европа и ЕЦМНН, за да се ограничи и по възможност да се премахне дублирането на усилията.

Ще трябва да бъде установена преходна процедура за принципите на сътрудничество при обмена на данни между ECDC и държавите-членки, както и ECDC и целевите мрежи за наблюдение (DSN), за да се определят ясно ролите на доставчиците и потребителите на информация, както в държавите-членки, така и в ECDC (и други партньори, например СЗО). Тази преходна процедура, освен други детайли, следва да включва също и процедури за публикуване на резултатите от анализа на данни. Въз основа на опита от преходната процедура, ще бъде установена окончателна, по-подробна, дългосрочна процедура с участие на заинтересованите страни.

Бъдещото сътрудничество с експерти по съответните заболявания (номинирани от компетентните органи) ще бъде структурирано по следния начин: заболяванията/патогените ще бъдат разпределени в шест основни групи. При необходимост в рамките на всяка от тези шест групи или оперативни групи ще бъдат обособени по-специализирани (по съответни заболявания) подгрупи. Всяка от шестте групи ще провежда ежегодни срещи, където ще се обсъждат въпроси, отнасящи се до надзора на цялата група заболявания. При необходимост, едновременно с това могат да се провеждат по-специализирани паралелни сесии за конкретни заболявания. За всяка от шестте основни групи по заболявания/оперативни групи ще бъде сформирана координационна група и тези групи ще поемат голяма част от функциите, изпълнявани от бившите инициативни групи на DSN.

Качественото лабораторно обслужване в страните са от съществено значение за укрепване на надзора на равнище ЕС. ECDC ще продължи да надгражда върху вече извършената работа и ще подпомага укрепването на лабораторния капацитет на държавите-членки, страните от ЕИП/ЕАСТ и страните кандидатки в сътрудничество с Комисията, компетентните органи на ECDC и националните микробиологични фокусни центрове на държавите-членки.

ECDC ще работи усилено, за да гарантира, че всяка страна разполага с достъпни услуги на национални референтни лаборатории (НРЛ), пряко или косвено, които да позволяват на всички страни да потвърдят диагностицирането, изолирането и допълнителното характеризирание на патогените — като основа за докладване за потвърдени и вероятни случаи на заболявания при нормални и извънредни условия. ECDC ще се свърже с тези НРЛ и ще им помогне да обединят своите данни с епидемиологичните (и клинични) данни на национално ниво. Осигуряването на качеството на лабораторните методи е от решаващо значение за гарантирането на потвърдени и точни данни, а през този период ще бъдат представени и европейски стандарти.

ECDC ще приложи своята стратегия за надзор на два етапа: първият етап е преходен период, който ще продължи до 2010 г., с основен акцент върху постепенното интегриране на надзора на аразните заболявания в Европейския съюз на настоящите целеви мрежи за наблюдение с ECDC; по време на втория етап (2010—2013 г.) ECDC ще е поеме пълната отговорност за надзора а в последствие ще може да се съсредоточи върху разработването и консолидирането на системи с възможно най-високо качество за Европа.

За да запазят тази стратегия и нейните цели своята приложимост и актуалност, те ще бъдат преразглеждани от държавите-членки и ключовите заинтересовани страни, така че при необходимост да могат да бъдат включени нови данни и нововъзникващи стратегии.

## Доклади от срещите

### 8. Заразни заболявания и определящи социални фактори

(Срещата е проведена през април 2007 г., докладът е публикуван през февруари 2008 г.)

Настоящият доклад разглежда работната среща относно определящите социални фактори при заразните заболявания, проведена от ECDC, на която присъстваха изследователи от сферите на заразните заболявания и определящите социални фактори. Основните цели на работната среща бяха:

- да се оцени значението на социалното неравенство за социалната значимост на заразните заболявания;
- да се установят добрите практики за справяне с неравенствата в здравеопазването, използвани в областта на профилактиката и овладяването на заразните заболявания;
- да се разработят стратегии и мерки за справяне с неравенствата в здравеопазването, произтичащи от определящите социални фактори.

Докладът се фокусира върху ключовите теми и дискуссионни области на работната среща и е организиран в пет основни раздела:

- определящи социални фактори при заразните заболявания;
- въпроси за специфични заболявания;
- целеви интервенции, насочени към преодоляване на социалното неравенство;
- политики за преодоляване на социалното неравенство; и
- определяне на приоритетни действия.

В течение на работната среща е установено, че при социалната значимост на заразните заболявания съществува социално несъответствие, което е най-малко толкова голямо, колкото това при незаразните заболявания. Може би сред определени групи и за определени инфекции несъответствието е дори по-голямо. Макар че по правило маргинализираните групи са най-засегнати, социалният градиент не въздейства по един и същи начин на всички инфекции: най-високите в социално-икономическата иерархия групи могат да бъдат изложени на по-голям риск от определени инфекции поради определено високорисково поведение.

Съществува изразена необходимост да се знае повече за социалната значимост на заразните заболявания в Европа, за да се определят приоритетите при оценката, изследванията, интервенциите и промените в политиките. Това действие по очертаване на картината вече е започнало, например по отношение на ТБ.

Една препоръка, съставена на работната среща, бе да се допълни надзора на заразните заболявания с един или два определящи социални фактора. Това може да даде основни познания, а след това с помощта на проучвания могат да бъдат получени по-подробни познания. Биологичните маркери на заразните заболявания могат да бъдат включени в стандартни здравни изследвания, по възможност в рамките на европейските изследвания.

Друго заключение, направено на работната среща, бе, че определящите социални фактори вече не са включени в научноизследователския дневен ред. Те трябва отново да бъдат включени там, тъй като съществува празнота в знанията относно определящите фактори, които активират инфекциите сред различните региони и населения. Един важен, но често пренебрегван параметър, са условията, в които хората живеят и работят. Рисковите фактори при заразните заболявания не са индивидуални рискови фактори, а патогените могат да се различават при различните социално-икономически групи. Наличната информация трябва да се използва възможно най-добре, за да се проучат определящите социални фактори при заразните заболявания. Конкретни области, в които е необходимо да се направят повече изследвания, са мигрантите, намаляването на стигматизацията и социалните и политически процеси, които оказват влияние върху неравенството в здравеопазването.

На срещата е отправено специално искане за база данни на добрите интервенции. Целта на подобна база данни би била да се гарантира добър поток на информация, особено от региони, които не публикуват голяма част от нея, но разполагат с богат опит.

Здравната просвета е посочена като приоритет за политическите действия в две насоки. Здравната просвета трябва да бъде водеща в дневния ред на политиките за образование от най-ранна възраст и след

това. Тази здравна просвета следва да включва и поглед към определящите социални фактори по въпросите на здравето, така че идните поколения да могат да влияят върху политическите процеси. Обучението следва да включва ефектите върху здравето на социалното изолиране, трябва да учи на конкретни умения за предпазване от рискове за здравето и да позволява на хората да мислят самостоятелно и да определят своето излагане на рискови фактори. На второ място, обучението за определящите социални фактори в медицинските училища и факултетите за обучение на медицински сестри, за обучение по социология и др., трябва да бъде засилено. Бъдещите здравни работници трябва да бъдат привлечени в дебата и да се застъпват за промени в определящите фактори нагоре по веригата. Сферата на общественото здравеопазване трябва да даде своя принос в дебата относно социалните неравенства и тяхното отражение върху здравето.

Налице е ясен приоритет да се открият определящите макросоциални фактори и да се работи със секторите извън сферата на общественото здравеопазване (политически, обществен, машиностроителен и др.). За да се окаже подкрепа на такова застъпничество, трябва да се обмислят и дискутират цели. Могат да се използват добрите примери от историята на всички европейски страни. ECDC може да играе важна роля като застъпник на тезата за значимостта на неравенството при контрола на заразните заболявания.

## 9. Изменение на околната среда и работна среща по заразните заболявания

(Срещата е проведена през март 2007 г., докладът е публикуван през май 2008 г.)

### Цели на срещата

- Да се преразгледат сведенията относно последиците от глобалното изменение на климата и екологичните промени върху социалната значимост на заразните заболявания в Европа;
- да се обсъдят компетенции в областта на общественото здравеопазване, необходими за справяне с изменението на климата и заплахите от заразни заболявания; и
- да се идентифицират нуждите от научни изследвания.

### Изменение на климата

Междуправителственият панел за изменението на климата посочва, че климатът се изменя; очакват се по-високи температури, покачване на морското равнище и повече екстремни атмосферни явления. Тези изменения се отразяват върху екосистемите, водата, земеделието, социално-икономическото развитие и по този начин — пряко или косвено — върху здравето на населението. Изменението на климата и други екологични промени могат да окажат влияние върху разпространението на заразните заболявания по различни начини. Всички участници се съгласяват, че „ангажиментът за постоянен състав“ на въздуха — изменението на климата, по отношение на което вече сме поели ангажменти — ни призовава за незабавни действия.

### Заплахи от заболявания

Участниците в срещата обсъдиха последиците от изменението на климата и други свързани с него екологични промени върху векторно преносимите заразни заболявания и заболяванията, предавани чрез гризачи, водата, храната и въздуха. Въпреки че информацията е оскъдна, бяха направени следните изводи:

- Идентифицирани са някои векторно преносими заболявания и заболявания, предавани чрез гризачи, които е възможно да изменят обхвата на разпространението си въз основа на изменението на климата (температура, екстремни атмосферни явления, сезонност) и факторите на околната среда (използване на земята, екосистеми, обезлесяване, хидрология, биологично разнообразие). Тук се включват арбовирусни заболявания като тропическа треска „Денга“, чикунгуния, западнонилски вирус и потенциално — малария. Гъстотата и разпределението на популациите на гризачите също се влияят от атмосферните условия.
- Европа трябва да бъде подготвена за внос на заболявания, предавани чрез водата, като холера, локализиранни огнища, активирани при екстремни валежи, както и здравни проблеми, свързани с преливане на отпадни води и отпадъци. Отбелязва се важността също на потенциалните промени в честотата на проявите на диария. Групите, изложени на най-голям риск, включват бедните, възрастните хора, най-младите, маргинализираните групи, пътуващите, изложени на риск в чужбина, както и тези, които са с намален имунитет или вече страдат от някакво заболяване.
- Заболяванията, предавани чрез храната, са преразгледани във връзка с измененията в човешкото поведение и променените модели на контакти между дивите и домашните животни, особено при условия на засушаване.



- Изострянето на астмата и хроничните обструктивни белодробни заболявания е определено като най-значимия ефект от изменението на климата върху респираторното здраве. Поради широкото разпространение на тези заболявания те са посочени като маркери за наблюдение, подходящи за проследяване на влиянието на изменението на климата.

### **Компетентности, свързани с общественото здраве**

Участниците постигнаха съгласие, че необходимите умения са ключови компетентности, свързани с общественото здраве и представляват ценности, които съществуват — или трябва да съществуват — във всички страни. Постигнато е споразумение по следните точки:

- Укрепването на капацитета за справяне с новите заплахи от заразни заболявания, свързани с изменението на климата, може да бъде разглеждано като път за укрепване на общественото здраве в по-широк смисъл. От особено значение е нуждата от координиране на междусекторната работа и работата между агенциите.
- Разгледаните четири области на компетентности, свързани с общественото здраве, са наблюдение, научни изследвания, осигуряване и политика. Вече съществуват стратегии за надзор на някои проблеми, свързани с изменението на климата, но в областта на заразните заболявания съществуват празнини.
- Една необходима първа стъпка ще бъде извършването на оценка на риска, която ще идентифицира рисковите фактори и групите в уязвимо положение. Така ще се поставят основите на обоснована платформа за клинични насоки/насоки за обществено здраве и политически препоръки.
- Едно сериозно препятствие са празнините в ентомологичните знания. Този проблем може да се реши посредством по-обширно ентомологично обучение.
- Съществува липса на широкообхватна система за мониторинг, но групата постигна съгласие, че не е необходимо изграждането на система, която да обхваща цяла Европа, тъй като голяма част от потенциално опасните заболявания се срещат рядко в много региони.
- Постигна се съгласие за подход на реагиране при необходимост. Този подход поставя акцент върху по-голяма гъвкавост и прави възможно бързото реагиране при възникване на проблеми. Той се основава на възприетото положение, че до този момент много малка част от заразните заболявания — разгледани във връзка с изменението на климата и други екологични промени — са причинявали тежки проблеми.
- Необходимо е да се повиши обществената (и може би дори професионалната) осведоменост относно някои от основните проблеми, за да се подобри разбирането за определени неизбежни промени.
- Новата Зелена книга относно изменението на климата предлага уникална възможност за укрепване на капацитета на Европейската комисия в областта на политиките за обществено здраве.

### **Научноизследователски нужди, предизвикателства и препятствия**

Срещата разглежда разнообразни научноизследователски въпроси, включително нуждата от установяване на индикатори и рисковите групи. Участниците отбелязаха, че в различните държави-членки възможностите по отношение на провеждането на мониторинг и научни изследвания на изменението на климата значително се различават. Те предложиха до пълното въвеждане в експлоатация на всички системи за обществено здравеопазване и мониторинг да се използват наблюдателни пунктове във всички страни, което може да бъде едно бързо решение за набиране на информация за цяла Европа.

Друга руга потребност е достъпът до данни за дълги периоди. Предизвикателство е тези данни да бъдат свързани със спътниковите данни и да се достигне до полезни заключения, свързани с човешкото здраве. Откриването на дългосрочни процеси в изменението на климата е още едно научноизследователско предизвикателство.

### **Препоръки за действие**

При разработването на работни програми и последващи политики за обществено здраве, фокусирани върху изменението на климата и заразните заболявания, съществува необходимост да се:

- надгражда върху съществуващите инициативи и капацитети;
- развива култура на двустранно печеливш подход при междусекторната работа и работата между агенциите;
- вземе предвид, че различните части на региона ще се повлияят от изменението на климата по различен начин;
- вземат предвид различните възможности за отговор в отделните държави-членки;
- анализират разнообразни възможни подходи за надзор;
- потърсят начини за справяне с трудностите при надзора;

- разработи съвместно широкообхватна стратегия за наблюдение на рисковия хоризонт;
- улесни подготовката и въвеждането на професионални учебни програми; и
- укрепил комуникационния капацитет.

## Приложение: Публикации на ECDC през 2008 г.

Този списък включва само официалните публикации на ECDC през 2008 г. Служителите на ECDC публикуваха или сътрудничиха в издаването на редица научни статии и публикации, включително на *Eurosurveillance*, които не са описани тук. Всички документи по-долу могат да бъдат открити на уебсайта на ECDC (<http://ecdc.europa.eu>).

### *Технически доклад*

*Май*

Review of Chlamydia control activities in EU countries

### *Ръководство на ECDC*

*Януари*

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

*Август*

Priority risk groups for influenza vaccination

### *Надзорни доклади*

*Декември*

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

### *Доклад за резултатите от проведена мисия*

*Август*

Measles outbreak in Austria: risk assessment in advance of the EURO 2008 football championship

### *Специални доклади*

*Март*

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

*Май*

Surveillance of communicable diseases in the European Union. A long-term strategy: 2008–2013

*Юли*

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

### *Доклади от срещи*

*Януари*

Networking for public health (27–28 February 2007)

*Февруари*

Consultation on vector-related risk for chikungunya virus transmission in Europe (22 October 2007)

Infectious diseases and social determinants (26–27 April 2007)

*Март*

Now-casting and short-term forecasting during influenza pandemics (29–30 November 2007)

Second consultation on outbreak investigation and response in the EU (15 November 2007)

Third meeting of the Chairs of Commission and Agency scientific committees/panels involved in risk assessment (6–7 November 2007)

*Май*

Environmental change and infectious disease (29–30 March 2007)

*Юни*

Training strategy for intervention epidemiology in Europe (11–12 September 2007)

*Октомври*

Annual meeting on TB surveillance in Europe (3–4 June 2008)

HIV testing in Europe: from policies to effectiveness (21–22 January 2008)

*Декември*

Workshop on linking environmental and infectious diseases data (28–29 May 2008)

### **Технически документи**

*Януари*

Core competencies for public health epidemiologists working in the area of communicable disease surveillance and response, in the European Union

### **Корпоративни публикации**

*Тримесечно издание (март, юни, септември, декември)*

ECDC Insight

Executive science update

*Юни*

Annual report of the Director 2007

*Декември*

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future