



ECDC **CORPORATE**

Резюме на основните публикации 2009 г.

ECDC **CORPORATE**

Резюме на основните публикации 2009 г.



Стокхолм, януари 2010 г.

© Европейски център за профилактика и контрол върху заболяванията, 2010 г.

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

Съдържание

Въведение.....	1
Технически доклади	2
1. Ръководство за оценка на риска от заразни заболявания, предавани на борда на въздухоплавателни средства	2
2. Надзор и проучвания при пандемия в Европа.....	3
3. Ръководство за мерки в областта на общественото здравеопазване за намаляване въздействието на грипна пандемия в Европа: „Списък с мерки на ECDC“	4
4. Поредица „Здраве на мигрантите“: Достъп на мигрантските групи в страните от ЕС/ЕИП до профилактика, лечение и грижи във връзка с ХИВ	12
5. Поредица „Здраве на мигрантите“: Епидемиология на ХИВ и СПИН в мигрантските общности и етническите малцинства в страните от ЕС/ЕИП	16
6. Описание на дейностите по надзора на поведението във връзка с ХИВ/инфекциите, предавани по полов път, в Европа.....	20
7. Предизвикателството на бактериалните инфекции: време за ответни действия (съвместен технически доклад на ECDC/ЕМЕА)	22
8. Ефективност на интервенциите за поведенческа и психосоциална профилактика на ХИВ/СПИН сред мъжете в Европа, които имат сексуални контакти с мъже.....	28
Доклади с указания	30
9. Контрол на хламидиалните инфекции в Европа	30
10. Прилагане на антивирусни препарати срещу грип като мярка в областта на общественото здраве по време на грипна пандемия.....	33
11. Използване на специфични ваксини за пандемичен грип по време на пандемията от H1N1 през 2009 г.	37
Доклади за надзора.....	39
12. Надзор на туберкулозата в Европа, 2007 г.....	39
13. Годишен епидемиологичен доклад за заразните заболявания в Европа, 2009 г.....	42
14. Надзор на ХИВ/СПИН в Европа, 2008 г.....	51
Приложение: Публикации на ECDC през 2009 г.....	53

Въведение

През 2009 г. Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) публикува общо 43 научни документа. Най-съществените сред тях са:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009 (Годишен епидемиологичен доклад за заразните заболявания в Европа, 2009 г.)*, трето издание на ежегодната публикация на ECDC, съдържащо изчерпателно резюме на данните от наблюдението през 2007 г. и на заплахите, предмет на наблюдение през 2008 г.;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2007 (Надзор на туберкулозата в Европа, 2007 г.)* и *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008 (Надзор на ХИВ/СПИН в Европа, 2008 г.)*, доклади изготвени съвместно с Регионалния офис за Европа на Световната здравна организация (СЗО EURO), които обхващат положението в страните от Европейския съюз (ЕС) и Европейското икономическо пространство (ЕИП), както и в още 23 страни в европейския регион на СЗО;
- стартирането на „Здраве на мигрантите“, поредица от публикации, посветени на отделни заболявания, съдържащи анализи и обобщени прегледи на данни, тълкуване и указания за интервенции в областта на миграцията и във връзка с избрани заразни заболявания. Първите два документа за конкретни заболявания, публикувани през 2009 г., са посветени на ХИВ/СПИН;
- *The bacterial challenge: time to react (Предизвикателството на бактериалните инфекции: време за ответни действия)*, технически доклад, посветен на несъответствието между тежестта на инфекциите, причинени от мултирезистентни бактерии, и дейностите по разработване на нови антибиотици за тяхното лечение, изготвен съвместно с Европейската агенция по лекарствата;
- *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe (Описание на дейностите по надзора на поведението в Европа във връзка с ХИВ/инфекциите, предавани по полов път)*, задълбочен анализ на текущото положение по отношение на програмите за наблюдение на поведението, свързани с ХИВ и инфекциите, предавани по полов път, в страните от ЕС и Европейската асоциация за свободна търговия (ЕАСТ).

Резюмета на избрани документи на ECDC, като посочените по-горе, са съставени на всички езици на ЕС и на исландски и норвежки език, за да бъдат предоставени на политиците. Те отразяват духа на оригиналните публикации, но е възможно някои нюанси да са се изгубили в процеса на обобщаване. Читателите, които желаят да получат по-подробна информация, следва да се запознаят с пълния текст на документите, които са публикувани в интернет на адрес: www.ecdc.europa.eu.

В приложението е предоставен пълен списък на публикациите на ECDC за 2009 г. Всички те са достъпни в интернет чрез дадената по-горе връзка, придружени с кратко резюме на съответното съдържание. Избрани доклади се предлагат на хартия. За да получите печатно копие на някой от тях, изпратете електронно съобщение на адрес: publications@ecdc.europa.eu.

Технически доклади

1. Ръководство за оценка на риска от заразни заболявания, предавани на борда на въздухоплавателни средства

(Публикувано през юни 2009 г.)

През последните години устойчиво нараства броят на превозените пътници в националния и международния въздушен транспорт. Международните летища посрещат милиони пътници всеки ден, а гражданите имат възможност да обиколят света за броени часове. В същото време променящите се навици за пътуване пораждаат нови заплахи: в затворената среда на пътническите салони на съвременните самолети пътниците са изложени на риск от предаване на различни заразни заболявания.

Появата на тежкия остър респираторен синдром (ТОРС) през 2003 г. демонстрира потенциал за внезапна поява и глобално разпространение на ново заболяване чрез въздушния транспорт. Ранното откриване на заразни заболявания на борда на въздухоплавателни средства, съчетано с навременна оценка на риска, имат решаващо значение за предприемане на ответни действия в областта на общественото здравеопазване. Проследяването на пътници, евентуално изложени на заплаха от заразно заболяване по време на полет е важна стъпка за нейното ограничаване, а също и значително предизвикателство за международното общественото здравеопазване.

Проектът RAGIDA („Ръководство за оценка на риска от заразни заболявания, предавани на борда на въздухоплавателни средства“) съчетава данни, извлечени от научната литература с експертни познания с цел на лицата, отговорни за вземане на решения, да бъдат предоставени полезни варианти за действие. RAGIDA може да предостави ценна помощ за определяне на причинителите и когато трябва да се вземе решение дали да се пристъпи към проследяване на контактите сред пътниците и екипажите във въздушния транспорт, които са били изложени на заразни заболявания по време на полет.

В рамките на проекта RAGIDA експерти от института Robert Koch и ECDC определиха 12 заболявания: туберкулоза (ТБ), грип, ТОРС, менингококова болест, морбили, рубеола, дифтерия, хеморагична треска Ебола, хеморагична треска Марбург, треска Ласса, вариола и антракс. Систематично са прегледани повече от 3700 рецензирани статии и нерецензирани източници, за да бъдат анализирани обстоятелствата, при които се осъществява предаването на тези заразни заболявания на борда на въздухоплавателни средства. Освен това е проведено систематично проучване на ръководства за оценка и управление на риска от тези заразни заболявания, изготвени от международни органи в областта на въздушния транспорт и национални и международни агенции в областта на общественото здраве. Наред с горното е осъществен контакт със 73-ма експерти от 38 страни, които са предоставили допълнителни съвети и принос.

Резултатите от проведеното систематично проучване на литературата показват, че заболяванията туберкулоза, грип, ТОРС, менингококова болест и морбили се предават относително често на борда на въздухоплавателни средства. Броят на публикуване статии, в които се съобщава за потвърдени случаи на предаване на някое от тези заболявания, обаче, е изненадващо малък, особено имайки предвид големия брой на потенциалните контакти. С оглед на тези резултати може да се предположи, че броят на случаите на предаване на заболявания на борда на въздухоплавателни средства вероятно също е доста малък. Въпреки че е трудно да се направят заключения относно броя на инфекциите, причинени в резултат на предаване на борда на въздухоплавателни средства, вероятно потенциалът за разпространение на заразни заболявания във въздухоплавателни средства не е по-голям отколкото на земята.

В заключение оставаме убедени, че решения за извършване на оценка на риска и проследяване на контактите следва да се вземат индивидуално за всяко събитие при отчитане на определени фактори, например потенциала за епидемиологично разпространение, заразността и патогенността на индексните пациенти, функционалността на бордовите системи за вентилация, интензивността на контактите и информацията за разположението на местата на пътниците, както е посочено в настоящия технически доклад.

2. Надзор и проучвания при пандемия в Европа

(Публикувано през юни 2009 г.)

„Надзор и проучвания при пандемия в Европа“ е комплексна тема, включваща, както е посочено в настоящото резюме, четири отделни компонента:

- 1) ранно откриване и проучване;
- 2) обстойна ранна оценка;
- 3) мониторинг;
- 4) бързо проучване на ефективността и въздействието на мерките за противодействие (включително на безопасността на фармацевтичните мерки за противодействие) за намаляване на вредните последици.

Вероятността от възникване на пандемия в Европа е малка, което означава, че дейностите по ранно откриване и проучване вероятно ще бъдат проведени другаде, но Европа ще трябва да осъществи останалите три етапа. Лабораторният (микробиологичен) надзор има важно значение за всички компоненти, но обикновено е интегриран елемент от епидемиологичния и клиничния надзор. Ранната оценка (компонент 2) е жизнено важна поради броя на важните параметри на следващата пандемия, които не могат да се предвидят. Въпреки това не е необходимо във всички страни да се предприема ранна оценка. Най-добре е такава оценка да се извършва от първите засегнати европейски страни с помощта на Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) и Световната здравна организация (СЗО), като се ограничава до определяне на „стратегическите параметри“. Стойностите на тези параметри ще определят кои мерки в областта на общественото здраве и клинични мерки имат най-голям потенциал за успех. Получените в няколко страни резултати ще бъдат незабавно предоставени на всички останали страни.

Като елемент на ранната оценка ще се направи оценка на тежестта на пандемията. Такава оценка се прави трудно, но тя има важно значение, тъй като някои национални планове в Европа предвиждат предприемане на по-ограничаващи мерки при избухване на пандемия. Очаква се, че дейностите по изготвяне на тази оценка ще се реализират под ръководството на СЗО. Същевременно конкретните действия, свързани с оценката на риска, изискват европейски поглед, тъй като комплексният характер на понятието за тежест затруднява определянето на отделни мерки. Всички европейски страни трябва да извършват мониторинг (компонент 3) с оглед на правилното управление на националните им системи за здравеопазване и други услуги. Информацията, която централните органи на отделните страни биха желали да бъде обхваната от дейността по мониторинг, е твърде обширна, но тя следва да се ограничи до най-важните елементи, необходими за вземане на решения, и до съобщаване на ключова информация. Дейностите по мониторинг следва да бъдат пробно реализирани през сезоните на разпространение на грипа с цел проверка на тяхната осъществимост, като същевременно се вземе предвид и по какъв начин текущите системи за наблюдение ще се променят или ще изгубят своята ефективност в условия на пандемия. Системата за международен мониторинг (съобщаване на данни на СЗО и европейските органи) следва да бъде опростена, тъй като за много страни ще бъде трудно да предоставят текуща информация на международни органи и в същото време да изпълняват вътрешни процедури. Освен това не всички страни ще са в състояние да предоставят информация с очакваното от европейските органи ниво на детайли.

Проучванията на въздействието на мерките в областта на общественото здраве (и на безопасността на фармацевтичните мерки за противодействие) (компонент 4) са друга дейност, която следва да се изпълнява само в някои страни. Малко вероятно е да се изясни по време на самата пандемия дали мерките в областта на общественото здраве (и кои от тях) са били ефективни.

СЗО и ECDC работят съвместно с държавите-членки на ЕС за изготвяне на процедури и „макети на протоколи“ за компонент 2, т. е. „Процедура за ранна оценка“, като е планирано приложимостта на тези документи да бъде изпитана в рамките на упражнения и в реална оперативна обстановка по време на грипния сезон през 2009—2010 г. Появата на новия грипен вирус А(H1N1) означава, че ефективността на тези процедури и протоколи ще бъде изпитана срещу истински пандемичен щам. В момента в Европа се прилагат пилотни методи за оценка на ефективността на ваксината срещу грип (част от компонент 4). На национално равнище е важно компетентните органи да планират реализацията на компоненти 2—4, което включва съвместна работа с академични органи и учени и тяхното реалистично обезпечаване с ресурси през периода на пандемията.

3. Ръководство за мерки в областта на общественото здравеопазване за намаляване въздействието на грипна пандемия в Европа: „Списък с мерки на ECDC“

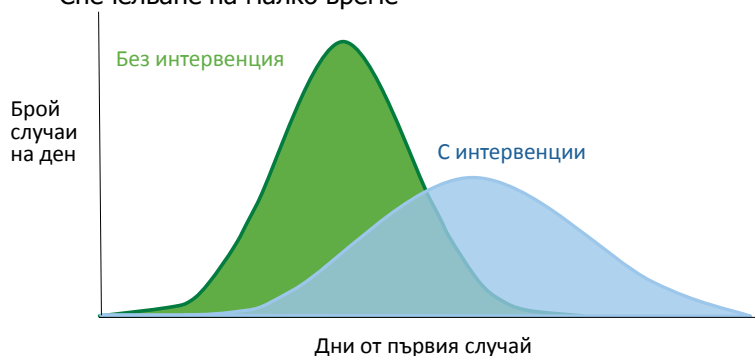
(Публикувано през юни 2009 г. и актуализирано през октомври 2009 г.)

Прилагането на мерки в областта на общественото здравеопазване (вж. обобщените таблици на стр. 7) до известна степен ще намали броя на заразените, нуждаещите се от здравни грижи и починалите по време на грипна пандемия. В резултат от тези мерки вероятно ще бъде постигнато и намаление на броя на хората, засегнати от тежки епидемии от сезонен грип. Посредством понижаване и евентуално забавяне на пика на пандемичната крива (фигура 3.1) мерките могат също така да смекчат вторичните последици от пандемията, които възникват при едновременно заболяване на много хора, т. е. отражението на масовите отсъствия от работа върху ключови функции, като предоставянето на здравни грижи, доставките на храни, горива, комунални услуги и т. н. Възможно е чрез прилагането на тези мерки в областта на общественото здравеопазване дори да се забави пикът на пандемичната крива до момент, когато по-непосредствено предстои въвеждането в употреба на пандемична ваксина, с което е възможно да се намали и общия брой на засегнатите от пандемията. Освен това теоретично е възможно тези мерки да доведат до забавяне на пика до момента на естествено намаляване на предаването на грипа през летните месеци.

Фигура 3.1 Цели на прилагането на мерки в областта на общественото здравеопазване по време на пандемия

Цели на мерките в общността за ограничаване предаването на грипа

- Забавяне и смекчаване на епидемичния пик
- Намаляване на максималното натоварване на системата за здравеопазването и заплахата
- Известно намаляване на общия брой на случаите
- Спечелване на малко време



Предложени са набор от мерки (вж. обобщените таблици), включващи индивидуални действия, като миене на ръцете и носене на маски, а също така и фармацевтични интервенции, като антивирусни препарати, ваксини срещу човешки птичи грип (наричани също предпандемични ваксини) и, на по-късен етап от развитието на пандемията, специфични ваксини, както и мерки в обществото за ограничаване на социалните контакти. Разпространено е схващането, че съчетания от мерки биха били още по-ефективни от единични мерки — т. нар. „защита в дълбочина“ или „многослонови интервенции“. Както изготвените модели, така и логиката показват, че предприемането на ранни интервенции е по-ефективно от изчакването пандемията да достигне напреднал етап на развитие.

Трудно можем да допуснем, че мерки като тези от категорията на ограничаването на социалните контакти няма да имат определен положителен ефект, реализиран чрез намаляване предаването на човешка респираторна инфекция, разпространяваща се по въздушно-капков път и чрез пряк контакт. Въпреки това, научните данни, на които се основава всяка мярка, често са недостатъчни. Наред с това не е изяснено взаимодействието между много от тези мерки. По-конкретно не е изяснен въпросът дали ефектът от мерките за ограничаване на социалните контакти е кумулативен. В някои случаи тази липса на яснота се

дължи на недостатъчни научни изследвания. По-често причината е, че мерките трудно могат да бъдат оценени с експериментални методи, и когато съответните мерки са прилагани в реални условия, те са били съчетани с други мерки. Поради това е изключително трудно да се направи преценка за абсолютния положителен ефект и относителните предимства на отделните мерки. Освен това степента на ефекта от мерките може съвсем разбираемо да варира в зависимост от характеристиките на пандемията. Например интервенциите, насочени към децата, може да са били особено ефективни по време на пандемията през 1957 г., когато предаването на инфекцията в по-младите възрастови групи е имало особено значение, но тези интервенции биха били по-малко ефективни по време на пандемията през 1918—1919 г. и 1968 г. Поради това не е възможно да се подготвят изчерпателни планове, отчитащи особеностите на всяка пандемия. Освен това, параметрите ефективност, осъществимост и разходи за провеждане на мерките за ограничаване на социалните контакти вероятно ще се различават в отделните европейски страни или дори в рамките на всяка страна (например в гъстозаселените градски райони в сравнение със селските райони).

Опитът от предишни пандемии, като тази от ТОРС, показва, че мерките в областта на общественото здравеопазване в известна степен се прилагат съобразно местните особености и практики. В САЩ по време на пандемията през 1918—1919 г. тези мерки са се провеждали организирано и често проактивно, докато в Европа по време на пандемии и на ТОРС те са били по-често реактивни.

Следователно има убедителни доводи за изготвянето на планове за готовност (планове, които са изпитани в рамките на упражнения с цел да бъдат изпълнявани при липса на друга информация). Има и указания на СЗО в този смисъл и много европейски страни са разработили такива планове. С оглед на изложените по-горе съображения, обаче, тези планове трябва да позволяват значителна степен на гъвкавост и да предвиждат структури за управление и контрол, които биха позволили своевременно внасяне на промени в светлината на новите данни и опит.

Всички мерки в областта на общественото здраве се характеризират с определени разходи, а много от тези мерки имат и вторични ефекти. Вторичните ефекти от повечето мерки често са значителни и в много случаи те изискват внимателен анализ. Предложените мерки, засягащи в по-голяма степен функционирането на обществото (например проактивно затваряне на училища и ограничения върху пътуванията), са свързани със значителни разходи и последствия, които също варират в зависимост от условията. Освен това би било трудно тези мерки да се прилагат за продължителен период. Поради това в ситуации на обикновен сезонен грип или лека пандемия предприемането на подобни мерки, по-специално на ранен етап, може да нанесе повече вреди, отколкото ако се остави инфекцията да се разпространи естествено и се лекуват пациентите с по-тежки симптоми.

Някои от мерките са относително прости за изпълнение и се препоръчват дори в ситуации на лек сезонен грип (например редовно миене на ръце и ранно самоизолиране при развиване на фебрилно заболяване). Тези мерки имат допълнителното предимство, че дават на хората възможност да реагират и им предоставят полезни съвети в трудно и тревожно време. Други мерки са трудни или твърде скъпи за изпълнение (например масовото прилагане на антивирусни препарати на заболелите), а трети разстройват в значителна степен функциите на обществото и се прилагат трудно за продължителен период (например затваряне на границите, ограничения на вътрешния транспорт). Следователно всички мерки изискват планиране, подготовка и практически опит.

Съображението за скъпите и разстройващи обществения живот мерки има решаващо значение. По време на пандемия от по-леко заболяване и с по-малък брой заболели лица, като пандемията през 1957 и 1968 г., някои обществени мерки (например проактивното затваряне на училища, работата по домовете и т. н.), макар че вероятно намаляват предаването на заболяването, често са свързани с по-големи разходи и разстройване на обществените функции от причинените от пандемията. Това означава, че чрез подобни мерки може да се реализира нетен положителен ефект, ако те се предприемат само по време на тежки пандемии, например такива, които са свързани с голям дял на хоспитализираните лица или причиняват сред заболелите смъртност, сравнима с тази от „испанския грип“ от 1918—1919 г.

Поради тези причини ранната оценка на клиничната тежест на пандемията в световен мащаб и в европейски условия има решаващо значение. Въпреки че ранното прилагане на мерките е логично, преждевременното предприемане на по-разстройващи обществения живот интервенции би било скъпо и може да затрудни прилагането на тези интервенции за необходимия период.

Понастоящем редица европейски страни разглеждат наличните възможности за правилна политика по отношение на тези мерки. Поради многообразието в Европа няма такава комбинация от мерки, която да е подходяща за условията във всички европейски страни: не съществува универсално решение, подходящо за всички. Общите дискусии относно мерките ще бъдат полезни и ще способстват за по-ефективен процес на вземане на решения. Някои страни вече са започнали значителна научна работа в тази област, на

която настоящият документ се основава отчасти и която би била полезна за всички европейски страни заедно с приноси от други страни.

Цел

С оглед на горните съображения и на факта, че мандатът на ECDC е да предоставя научни консултации, а не да предписва конкретни действия, настоящият документ е изготвен с цел да предложи списък с възможни мерки, като предостави здравна и научна информация относно тяхната вероятна ефективност, разходите (преки и непреки) за прилагането им, тяхната приемливост, обществените очаквания и други по-практически съображения. Целта е да се помогне на държавите-членки на ЕС и на европейските институции да решат индивидуално или колективно кои мерки да бъдат предприети. От друга страна, има и мерки, които са толкова очевидни или толкова неефективни, че простото излагане на научните данни е достатъчно, за да улесни вземането на политически решения.

Аудитория

Основната целева аудитория са лицата, които вземат политически решения, а допълнителни целеви групи са: обществото, медиите и всички, чиито интереси са свързани с борбата с грипа. . Разбирането от страна на медиите на мерките, особено на ограничителните е изключително важно условие за тяхното успешно прилагане в ситуация на пандемия.

Област на приложение

Настоящият документ е приложим в ситуации на разпространение на пандемия в Европа и по-конкретно на етапи 5 или 6 от развитието на пандемията съгласно определението на СЗО, а също и при епидемии от сезонен грип. Документът не разглежда различните обстоятелства в рамките на етап 4, особените потребности при първоначална поява на предполагаем пандемичен щам (Стратегията на СЗО за бързо ограничаване), нито комплексните въпроси на планирането и политиката, свързани с гарантирането непрекъснатостта на ключови услуги по време на пандемия (т. нар. планиране за непрекъснатост на дейностите в ситуация на пандемия). Последното във всички случаи попада извън мандата на ECDC.

Документът следва да се възприема като естествено продължение на предишните указания на ECDC за личните защитни мерки. Тези указания са обобщени в текста и таблиците. Публикувани са съответни научни данни за (предпандемични) ваксини срещу вируса на човешкия птичи грип H5N1 и тези данни са цитирани в текста. Указанията следва да се разглеждат в контекста на изготвените от СЗО през 2005 г. „Указания относно мерките за противодействие“ (публикувани през 2009 г.).

Обърнете внимание, че това са временни указания, тъй като ще бъдат проведени още научни изследвания и вероятно ще бъдат идентифицирани нови мерки за противодействие. Поради това списъкът с мерки ще бъде актуализиран периодично.

Обобщени таблици Характеристики на потенциалните интервенции за намаляване предаването на заболяването на етап 6 на пандемия/тежка епидемия от сезонен грип

Международни пътувания (затваряне на граници, ограничаване на влизането, съвети за пътуващи)

Интервенция	Качество на данните ¹	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове ²	Приемливост в Европа	Практически и други проблеми
1. Съвети за пътуващите	Б	Минимална	Малки	Много големи	Добра	Международните пътувания вероятно ще намалят значително и без тази мярка
2. Скрининг при влизане	Б, Бм	Минимална	Големи	Големи	Може да се очаква от местното население	Международните пътувания вероятно ще намалят и без тази мярка
3. Затваряне на граници или сериозни ограничения на пътуванията	Б, Бм	Минимална, освен ако ограниченията са почти пълни	Много големи	Много големи	Варира, но може да се очаква от част от местното население	Международните пътувания вероятно ще намалят и без тази мярка

Лични защитни мерки

Интервенция	Качество на данните	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове	Приемливост в Европа	Практически и други проблеми
4. Редовно миене на ръце	Б	Вероятно намалява предаването	Малки	Няма	Добра, но няма данни за спазването	Умерени ³
5. Добра респираторна хигиена (използване и изхвърляне на носни кърпички)	Б	Неизвестна, но се предполага	Малки	Малки	Добра, но няма данни за спазването	Малки
6. Всеобщо носене на маски извън жилищата	В, Вм	Неизвестна	Много големи	Малки	Неизвестна, но в повечето страни няма развита култура на носене на маски	Много големи — трудности, свързани с обучението, доставката и видовете маски, изхвърлянето и управлението на отпадъците. Може да има нежелани ефекти поради неправилна и повторна употреба
7. Носене на маски в здравни заведения⁴	В	Неизвестна	Умерени	Малки	Практикува се повсеместно	Умерени — трудности, свързани с обучението, определянето на високорисковите ситуации, доставката и видовете маски, особено респиратори

¹ Данни за ефективността: с А, Б и В са обозначени съответно добре, достатъчно и слабо обосновани с данни интервенции. А: Систематични прегледи, основани на разнообразни първични изследвания (а не предимно на моделиране), добре подготвени епидемиологични изследвания или конкретно експериментални проучвания (рандомизирани контролирани проучвания).

Б: Данни, получени в рамките на добре подготвени епидемиологични изследвания, обширни изследвания чрез наблюдение или експериментални изследвания, обхващащи от 5 до 50 участници, или експериментални изследвания с други ограничения (например посветени конкретно на грипа). Кодът Бм обозначава моделиране с ударение върху изследвания, основани на качествени първични данни. Поради това качеството може да е оценено с Бм и В.

В: Данни, основани на доклади за случаи, малки и недостатъчно контролирани изследвания, основани на наблюдение, недостатъчно обосновани по-големи изследвания, прилагане на познания за начините на предаване, периода на заразност и т. н. Кодът Вм се отнася до моделиране, основано на първични данни с недостатъчно количество или качество.

² Понякога са наричани ефекти от втори или трети порядък — например затваряне на граници, водещо до прекъсване на търговията и движението на важни доставки и работници.

³ Необходимост от значително подобряване на достъпа до помещения за често миене на ръце в ежедневни ситуации, като публични места, ресторанти за бързо хранене и др.

⁴ Лица, които имат директни контакти с множество граждани.

Интервенция	Качество на данните	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове	Приемливост в Европа	Практически и други проблеми
8. Носене на маски в други ситуации, свързани с висок риск⁵	B	Неизвестна	Умерени	Малки	Неизвестна, но мярката е логична	Умерени — трудности, свързани с обучението, определянето на високорисковите ситуации, доставката и видовете маски
9. Носене на маски от лица с респираторни инфекции	B	Неизвестна, но се предполага	Умерени	Позволява на заболелите и заразни лица да се движат и евентуално да заразяват други лица	Неизвестна, но мярката е логична. Включва жилищата и обществените сгради в приложното поле на настоящата препоръчителна практика в болниците.	Трудности, свързани с определянето на лицата, които са задължени да носят маски и доставката на маските. Проблем е и спазването на мярката от лицата, които имат дихателни затруднения поради респираторна инфекция
10. Ранно самоизолиране на заболелите⁶	B	Неизвестна, но се предполага	Умерени	Умерени ⁷ . Повишен риск за носителите и отсъствие от работа	Стандартна препоръка в много страни	Необходимост от обучение и осигуряване на оборудване на лицата, полагащи грижи в домашна обстановка, които ще бъдат изложени на риск. Предоставяне на обезщетения за изгубени доходи и споразумения с работодателите
11. Карантина⁸	B	Неизвестна	Много големи	Много големи поради загуба на производителност	Неясна	Много е трудно да се осигури справедливо прилагане на мярката; предоставяне на обезщетения за изгубени доходи

Мерки за ограничаване на социалните контакти

Интервенция	Качество на данните	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове	Приемливост в Европа	Практически проблеми
12. Ограничаване на вътрешните пътувания	Bm, B	Предполагат се незначителни ефекти на забавяне	Големи	Много големи, включително засягане функционирането на обществото ⁹	Неизвестна	Застрашава ключови обществени функции. Проблеми, свързани с отговорността и правното основание ¹⁰

⁵ Лица, които имат директни контакти с множество граждани в масово използвани превозни средства или места, свързани с превоз.

⁶ Обикновено в дома на лице, което започва да чувства симптоми на заболяване или треска.

⁷ Лицата се нуждаят от грижи в домовете си и както те, така и лицата, които се грижат за тях, отсъстват от работа.

⁸ Изолиране в домашни условия за няколко дни на лица, които изглеждат здрави, но е установено, че са били изложени на инфекцията.

⁹ Предимство на тази и някои други интервенции е, че по планиран начин се осъществява ограничение, което вероятно би настъпило естествено по-късно.

¹⁰ Възниква въпросът кой ще предостави обезщетения за настъпили икономически загуби, произтичащи от публични (правителствени) мерки.

Интервенция	Качество на данните	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове	Приемливост в Европа	Практически проблеми
13. Реактивно затваряне на училища	Бм, В	Вероятно има по-голям ефект от останалите мерки за ограничаване на социалните контакти	Умерени	Много големи поради необходимост от полагане на грижи за децата в домовете им ¹¹	Неизвестна, но не се прилага често в Европа	Необходимост от недопускане на контакти на децата, които са освободени от училище, с други деца. Проблеми, свързани с отговорността и правното основание. ^{10, 12} Трудности, свързани със сроковете и устойчивостта на мярката, както и с отварянето на училищата
14. Проактивно затваряне на училища	Бм, В	Може да има по-голям ефект от останалите мерки за ограничаване на социалните контакти и от реактивния вариант на мярката	Умерени	Както по-горе ¹¹	Неизвестна, но не се прилага често в Европа	Както по-горе, но съществуват още повече трудности, свързани със сроковете (риск от преждевременно затваряне), устойчивостта и повторното отваряне ^{10,12}
15. Реактивно затваряне на предприятия и организации	Вм	Неизвестна ⁹	Големи	Големи	Неизвестна, въпросът за обезщетенията е с решаващо значение ¹⁰	Проблеми, свързани с отговорността, обезщетенията, правното основание и повторното отваряне. Мярката е неприложима по отношение на ключови функции ¹³
16. Работа по домовете и намаляване на срещите	Вм, В	Неизвестна	Умерени	Умерени	Вероятно приемлива	Мярката е по-трудно приложима по отношение на ключови функции ¹³
17. Отмяна на общи събирания, международни събития и т. н.	В	Неизвестна	Много големи ¹⁰	Много големи ¹⁰	Вероятно зависи от въпроса за обезщетенията и от това дали са сключени застраховки ⁹ . Мярката може да е очаквана от обществото	Проблеми, свързани с отговорността и правната обосновка. Трудности, свързани с определянето на понятията „общо събиране“ или „международна среща“, както и с решението за отмяна на ограниченията

Прилагане на антивирусни препарати: ранно лечение

Интервенция	Качество на данните	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове	Приемливост в Европа	Практически проблеми
18. Всички лица със симптоми	А (само по отношение на предаването и за срока на заболяването), Бм	Предполага се, че ще е умерена, но данните са недостатъчни ¹⁴	Много големи	Умерени	Мярката е очаквана от обществото в повечето страни	Значителни логистични разходи и трудности, свързани с определянето на заболелите от грип лица, своевременното обхващане на всички нуждаещите се (в срок до 24 или 48 часа) и справедливото управление на запасите ¹⁵

¹¹ Децата се нуждаят от грижи в домовете им, а лицата, които се грижат за тях, отсъстват от работа.

¹² При предприемане на интервенции, насочени към децата, често се изхожда от предположението, че децата имат особено важна роля за предаването на инфекцията, което може да не е валидно за всяка пандемия.

¹³ Налице е сложен процес на разграничаване на *ключовите функции*, който е важен, но излиза извън обхвата на настоящия документ.

¹⁴ Според данните от изследванията ранното лечение при сезонен грип намалява продължителността на заболяването с един или два дни, както и предаването. Оценките за положителния ефект по отношение на хоспитализацията и

19. Предоставящите здравни и социални грижи или изложените ключови работници	A	Малка ¹⁵	Големи	Малки	Счита се за елемент от мерките за защита на персонала, който е важен за продължаването на работата	Трудности, свързани с определянето на лицата, попадащи в категориите здравни работници или изложени ключови работници ¹⁵
---	---	---------------------	--------	-------	--	---

Прилагане на антивирусни препарати: профилактика след установяване на случай

Интервенция	Качество на данните	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове	Приемливост в Европа	Практически проблеми
20. Семейството	Б, Бм	Умерена	Много големи	Умерени	Вероятно приемлива	Трудности, свързани с определянето на случаите, семействата, бързината на предоставяне, сигурността и управлението на запасите ¹⁶
21. Семейството и лицата със социални контакти	Б, Бм	Умерени	Много големи +	Умерени	Неизвестна, но съществува проблем с хората, които считат, че им е отказано лечение	Както по-горе плюс проблеми, свързани с разграничаването на групите
22. Семейството и лицата с географски контакти	Б, Бм	Умерени	Много големи +	Умерени	Неизвестна, но съществува проблем с хората, които считат, че им е отказано лечение	Както по-горе плюс още повече проблеми, свързани с разграничаването на групите

Прилагане на антивирусни препарати: продължаваща профилактика

Интервенция	Качество на данните	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове	Приемливост в Европа	Практически проблеми
23. Предоставящите здравни и социални грижи или ключови работници	В	Умерени	Много големи	Умерени	Неясна — възможно е здравните работници да не ги използват изобщо или да прекъснат лечението	Трудности, свързани с определянето на лицата, попадащи в категориите здравни работници и ключови работници. Проблем е и за какъв срок могат да се предлагат антивирусните препарати

смъртността се основават на наблюдения и са ограничени и значително по-слабо подкрепени.

¹⁵ Съществуват редица важни практически проблеми, свързани с определянето на заболелите от грип, как да се предоставят антивирусните препарати и т. н.

¹⁶ Трябва да се има предвид по какъв начин първите доклади за достоверни странични ефекти могат да бъдат бързо и ефективно проучени.

Ваксини: ваксина срещу човешки птичи грип¹⁶

Интервенция	Качество на данните	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове	Приемливост в Европа	Практически проблеми
24. Цялото население	Б, Бм	Неясна, зависи от антигенния тип на пандемията ¹⁷	Много големи	Големи ^{16,18}	Неизвестна ¹⁹	Въпроси, съобразно които следва да се определя приоритетният характер на групите
25. Предоставящите здравни и социални грижи или ключови работници	Б, Бм	Както по-горе	Много големи	Както по-горе	Както по-горе, освен това не е ясно дали тези групи ще приемат ваксинацията	Трудности, свързани с определянето на лицата, попадащи в категориите здравни работници и ключови работници
26. Ваксиниране първо на децата	Б, Бм	Както по-горе	Много големи	Както по-горе	Не е ясно дали родителите ще приемат ваксинацията, особено ако болестта протича по-леко при децата и ползите от ваксинацията са за други групи. Профилът на безопасност не е добре определен ²⁰ .	Необходимост от предварително планиране

Ваксини: специфична пандемична ваксина

Интервенция	Качество на данните	Ефективност (предимства)	Преки разходи	Непреки разходи и рискове	Приемливост в Европа	Практически проблеми
27. Пандемична ваксина	Б, Бм	Минимална при първата вълна	Много големи плюс необходимост от предварителни инвестиции	Малки	Вероятно приемлива в значителна степен ²⁰	Трудности, свързани с определянето на първоначалните приоритетни групи ¹⁵

¹⁷ При положение, че следваща пандемия се основава на антиген H5. Предимствата могат да се прогнозируют на основата на експериментални серологични реакции, но не е възможно да се получат данни от наблюдения и изследвания на пандемичен щам преди започване на предаването и етап 3. На тези етапи е възможно изследванията да се считат за неетични.

¹⁸ Финансов риск, свързан с възможността следващата пандемия да е свързана с антигенен щам, несъвпадащ с настоящия високопатогенен птичи грип (A/H5).

¹⁹ Никака страна досега не е опитвала да приложи масово ваксина с толкова ниска очаквана ефикасност, което поражда значителни комуникационни предизвикателства.

²⁰ Трябва да се има предвид по какъв начин първите доклади за достоверни странични ефекти могат да бъдат бързо и ефективно проучени.

4. Поредица „Здраве на мигрантите“: Достъп на мигрантските групи в страните от ЕС/ЕИП до профилактика, лечение и грижи във връзка с ХИВ

(Публикувано през юли 2009 г.)

Настоящият доклад обобщава констатациите от преглед на достъпа на мигрантите в Европейския съюз (ЕС) до профилактика, лечение и грижи във връзка с ХИВ, направен между май и септември 2008 г. Прегледът е поръчан от Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) като част от поредица доклади, посветени на миграцията и заразните заболявания в ЕС.

Настоящият доклад има за цел, въз основа на информация, събрана от проучване сред респонденти от всички 27 държави-членки на ЕС и три страни от Европейското икономическо пространство (ЕИП), както и на обстоен преглед на литературата, да представи общ преглед на актуалното положение и материали за бъдещи подходи, научни изследвания и услуги, насочени към подобряване на достъпа на мигрантските групи до услуги, свързани с ХИВ. Приблизително две трети от респондентите са представители на неправителствени организации (НПО), а останалите представляват правителствени организации. Поради това констатациите и предложените действия не отразяват задължително възгледите на националните правителства на държавите-членки на ЕС.

В раздел 1 на доклада накратко е описана предисторията и методологията на прегледа. В раздел 2 са описани основните констатации, отнасящи се до мигрантите и ХИВ, като е отделено особено внимание на факторите, които увеличават тяхната уязвимост по отношение на ХИВ и ги лишават от достъп до профилактика, лечение и грижи, както и на начина, по който ЕС и държавите-членки откликват на нуждите на мигрантите, свързани с ХИВ. В раздел 3 е разгледан пътят напред, като са обобщени предизвикателствата и предложените от респондентите действия за подобряване на достъпа на мигрантите в ЕС до услуги, свързани с ХИВ. Следва обобщение на основните констатации, предизвикателства и предложени действия.

Основни констатации

- ЕС е предприел важни стъпки във връзка с проблемите на миграцията и здравето като цяло и на миграцията и ХИВ в частност. *Декларацията от Дъблин относно партньорството за борба срещу ХИВ/СПИН в Европа и Централна Азия* от 2004 г. и приети по-късно декларации поставят ХИВ на по-важно място в европейския дневен ред. В рамките на Конференцията в Лисабон и на последващи срещи и доклади през 2007 г. вниманието е привлечено към въпроса за миграцията, здравето и ХИВ. Тези документи са повлияли политическия ангажимент на ЕС, който намира отражение в политическите и правните инструменти, приети с цел да се гарантира достъпът на мигрантите до здравни грижи, включително профилактика, лечение и грижи във връзка с ХИВ. Налице е обаче значително многообразие сред държавите-членки на ЕС по отношение на политическата и правната рамка и профилактиката, лечението и грижите за мигранти във връзка с ХИВ.
- Най-важните по отношение разпространението на ХИВ групи мигранти са от Африка на юг от Сахара, Източна Европа и Азия, а в отделни европейски страни и от Латинска Америка и Карибския регион. Важни подгрупи са търсещите убежище и бежанците, мигрантите без документи, лицата, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане, и мъжете, които имат сексуални контакти с мъже. Езиковите бариери, маргинализацията, социалното изключване и законодателните пречки са посочени като най-разпространените фактори, допринасящи за уязвимостта на мигрантите по отношение на ХИВ. Изтъкнати са и културните нагласи, религията, страхът от дискриминация и ограничените познания за ХИВ в мигрантските общности.
- Факторите, които пречат достъпа на мигрантите до здравни услуги, са свързани с политическия подход и законодателството, спецификата на предоставяне на услуги, самите мигрантски общности и обществото като цяло. Има данни, че политиката на , разпределяне на мигрантите на територията на страните, ограничава достъпа им до профилактика и лечение. Правният статут липсата на статут на постоянно пребиваващи и на здравно осигуряване — се посочва най-често като пречка пред лечението на ХИВ инфекции, по-специално от респонденти в новите държави-членки на ЕС. Липсата на съобразена с културните особености и съставена на съответните езици информация, подходящо квалифицирани специалисти и услуги, съобразени със специфичните потребности на мигрантите, представлява пречка по отношение на всичките три категории услуги. В рамките на мигрантските общности достъпът до услуги е пречатван от културата, религията, страха от дискриминация и ограничените познания за наличните услуги. В

обществото като цяло заклеймяването и дискриминацията срещу мигрантите препятстват достъпа им по-специално до профилактика и грижи; социалното положение на мигрантите е посочено като конкретна пречка за достъпа до лечение.

- Почти всички страни съобщават за предприети интервенции във връзка с ХИВ, насочени към мигрантските общности и подгрупи. Някои страни, и по-специално тези с по-дълга история на миграция, предоставят широк набор услуги посредством правителствени агенции, НПО и обществени организации. В други страни се предоставят малко или никакви услуги. Мигрантските общности вземат участие в изпълнението на интервенциите в повечето страни, но с няколко характерни изключения тяхното участие в разработването на такава политика ~~не~~ е ограничено. Въпреки това въпросът за миграцията и ХИВ е определен от респондентите като въпрос с нисък приоритет в голяма част от 30-те обхванати страни. По-висока е степента на приоритет на този въпрос в страните, където разпространението на ХИВ сред мигрантските групи е относително голямо.

Основни предизвикателства

- Политическите и законодателните рамки са предизвикателство пред общественото здравеопазване при предоставянето на услуги на мигрантите във връзка с ХИВ. Несъгласуваността между здравната и имиграционната политика по правило е контрапродуктивна за общественото здравеопазване. Достъпът до лечение на ХИВ на мигрантите без документи и здравно осигуряване е ключов проблем, пораждащ загриженост. Свързана с този проблем е и липсата на ясна и съгласувана законодателна рамка за здравните права на мигрантите. Областите, в които липсва информация, също са предизвикателство. Липсата на стандартизация в дейностите по събиране на данни в отделните страни затруднява сравняването на положението на мигрантите в ЕС. Независимо от значителния обем на проведените изследвания, обаче, все още съществуват пропуски в наличната информация, например относно миграцията и ХИВ в новите държави-членки на ЕС, рисковите форми на поведение във връзка с ХИВ, нуждите на мигрантите, свързани със здравето и ХИВ, и значението на културата и религията за вярванията, нагласите и формите на поведение, свързани със здравето, сред мигрантските общности.
- В някои страни все още е необходимо да се предприемат мерки по отношение на законодателните, административните и културните бариери пред достъпа до здравни услуги. Достатъчното и устойчиво финансово обезпечаване на предприеманите от държавни агенции и НПО интервенции за профилактика и грижи в мигрантските общности също е предизвикателство.
- Предизвикателство е и предприемането на мерки с достатъчен обхват за преодоляване на отрицателните социални нагласи към мигрантите, насърчавани от неподходящо отразяване в медиите и инициативи за посрещане на цялостните социални, икономически и правни потребности на мигрантите, тъй като това предполага съвместни усилия на органите, определящи политиката, специалистите в областите на здравеопазването и социалните грижи и гражданското общество.

Основни предложения

- За събирането на точни и сравними данни от наблюдение и за разработването на съгласувани и подходящи политики и интервенции е необходима общоприета в целия ЕС дефиниция на понятието „мигранти“. Респондентите предложиха и конкретни действия на европейско и национално равнище в областите на политиките, финансирането, научните изследвания, работата в мрежи и услугите.
- Приоритет на европейско и национално равнище да бъде разработването и прилагането на ясни политически и законодателни рамки за защита на правата на мигрантите и по-специално на мигрантите с ХИВ без документи и здравно осигуряване. Други предложени действия включват преодоляване на несъответствията в политическия подход по въпросите, свързани с ХИВ и миграцията и активизиране на участието на мигрантската общност в процесите на определяне на този подход. Като приоритетно действие е определено и осигуряването на финансиране за европейски мрежи и проекти, в рамките на които се осъществяват дейности, свързани с миграцията и ХИВ, както и за НПО, предоставящи на мигрантски групи здравни услуги, свързани с ХИВ.
- Предложени са няколко области на научни изследвания. На европейско равнище наред с други дейности са предложени изследвания за подобряване разбирането на моделите на миграцията, въздействието на европейското законодателство и политики върху достъпа до лечение, както и оценки на цената и предимствата на всеобщия достъп до лечение и на въздействието на интервенциите. На национално равнище са предложени дейности за осигуряване на по-добра епидемиологична информация, по-добро разбиране на мигрантските общности, което включва и знания, свързани с ХИВ, нагласите и формите на поведение, както и ролята на културата и религията, както и анализ на въздействието на законовите регулации и на ефективността на интервенциите за мигрантските групи.
- Приоритетните дейности в мрежи включват помощ от ЕС за европейска мрежа между организации, работещи в областта на миграцията и ХИВ, както и други механизми за споделяне на ресурси, опит и добри практики, а също и по-тесни връзки и сътрудничество между асоциациите на специалистите в областите на здравеопазването и социалните грижи и организациите, активни в областите на правата на мигрантите и правата на човека на равнище на ЕС и национално равнище.
- По отношение на предоставянето на услуги, повечето от респондентите изтъкват необходимостта от съобразени с културните особености материали и интервенции и съответно обучение за здравните работници и социалните работници в общностите, както и от по-активно участие на мигрантските общности в предоставянето на услуги. Като мерки за подобряване на обхващането и разширяване ползването на услугите са посочени основните в общностите подходи към изследванията за ХИВ,

като работа сред целевите групи и всеобхватни подходи към лечението и грижите, заедно с по-активни усилия за информиране на мигрантските общности относно достъпните услуги.

5. Поредица „Здраве на мигрантите“: Епидемиология на ХИВ и СПИН в мигрантските общности и етническите малцинства в страните от ЕС/ЕИП

(Публикувано през юли 2009 г.)

Предистория, обосновка и цел

Световната пандемия от ХИВ/СПИН отразява значителното социалноикономическо и здравно неравенство между индустриализираните и неиндустриализираните страни. По оценка на Общата програма на ООН за борба с ХИВ/СПИН (UNAIDS), през 2007 г. с ХИВ/СПИН са живели 33 млн. души; повече от 96% от новите случаи на ХИВ инфекции са възникнали в страни с ниски и средни доходи. От всички хора, живеещи с ХИВ/СПИН, 22,5 млн. живеят в Африка южно от Сахара (Субсахарска Африка), където разпространението на ХИВ сред възрастното население е 5%, което значително надхвърля средното прогнозно равнище за света, възлизащо на 0,8%. Карибският басейн, където разпространението възлиза на 1%, е вторият най-тежко засегнат регион, а Източна Европа с разпространение от 0,9% се нарежда на трето място.

Според Международната организация по миграция (МОМ) през 2006 г. приблизително 192 млн. души (3% от световното население) са били международни мигранти, 95 млн. от които са били жени. Организацията на обединените нации определя като международен мигрант всяко лице, което сменя своята страна на обичайно местопребиваване. Най-честата причина за миграция е търсенето на по-добри икономически възможности, което означава, че мнозинството от мигрантите пътуват от развиващи се към развити страни. Страните, от които през 2006 г. са дошли най-голям брой мигранти, са Китай, Индия и Филипините, а САЩ, Русия, Германия, Украйна и Франция са приели най-много мигранти. ЕС, който е един от най-богатите региони в света, е приел 64 млн. (8,8% от общия брой) мигранти, като броят на мигрантите, приети от отделните държави-членки се различава в широки граници. Освен това ЕС се гордее с факта, че е един от регионите в света с най-дълги традиции на зачитане на правата на човека. Въпреки това, както в много други региони в света, мигрантите в ЕС се сблъскват с тежки проблеми, свързани с тяхната интеграция. Миграцията и социалното изключване са причина за повишена уязвимост на мигрантите по отношение на ХИВ/СПИН и свързаните с инфекцията усложнения.

Епидемията от ХИВ е значим проблем, свързан с общественото здраве; в ЕС броят на случаите на ХИВ инфекции не престава да нараства от въвеждането на механизмите за отчитане на данни за ХИВ през 1999 г. Преобладаващият път за предаване на инфекцията е хетеросексуалният (53% от новите случаи на ХИВ инфекции, отчетени през 2006 г.), а на второ и трето място се нареждат мъжете, които имат сексуални контакти с мъже (37%), и инжекционно употребяващите наркотици (9%). Трябва да отбележим и 204 случая на предаване на ХИВ инфекция от майка на дете, отчетени през 2006 г. Необходимо е да се осъществява мониторинг върху неравенството в здравеопазването, дължащо се включително на статуса на мигранти. От 2000 г. насам бившият център за мониторинг EuroHIV събира информация за географския произход на съобщенията. Значителен и нарастващ дял от отчетените случаи на СПИН и ХИВ, дължащи се на хетеросексуални полови актове, се отнася до хора, произхождащи от страна, различна от страната, където е направено съобщението, най-често от Субсахарска Африка. Възможно е, обаче, и други групи мигранти да са непропорционално засегнати от ХИВ/СПИН, но данни за такива групи липсват. Абсолютният и относителният дял на мигрантите в националните епидемии от ХИВ се различава в отделните държави-членки на ЕС и зависи от моделите на миграция, колониалната история, състоянието на епидемиите от ХИВ в страните по произход и местоназначение, и от здравните и социални мерки за противодействие. Още в ранния период на епидемията стана очевидно, че един от основните проблеми е гарантирането на правата на хората, живеещи с ХИВ/СПИН; безспорно е, че ключови елементи в тази област са подходите, свързани с научни изследвания, правата на човека и общественото.

През 2007 г. португалското председателство на ЕС избра за своя основна тема въпроса за миграцията и здравето. С приетите през декември 2007 г. заключения на Съвета ECDC беше призован да предостави доклад за миграцията и заразните заболявания. В отговор на този призив ECDC започна подготовката на поредица доклади, които ще съставят Доклада на ECDC за миграцията и заразните заболявания в ЕС. Целите на настоящия доклад „Епидемиология на ХИВ и СПИН в мигрантските общности и етническите малцинства“ са да се определи тежестта, свързана с ХИВ инфекцията в мигрантските групи, и нейният принос към епидемиологията на ХИВ през периода 1999—2006 г.

Методология

Използвани са данни от ECDC/бившият център за мониторинг EuroHIV, отнасящи се до положението в световен мащаб и в отделните страни, като данните за абсолютния брой и относителния дял на случаите

на СПИН и ХИВ са анализирани по географски произход и по години (1999—2006 г.) с разбивка по пол и по категории на предаване. Когато ECDC не разполагаше с необходимите данни, беше установяван пряк контакт с ключовите източници на информация. Данни за броя на регистрираните мигранти в разбивка по пол и по години бяха получени от публични европейски бази данни, Евростат и националните статистически служби във всяка от участващите страни — чрез техните интернет страници или чрез директна кореспонденция.

Резултати

През 2006 г. в страните от ЕС 27 плюс Норвегия и Исландия са регистрирани 6746 случая на СПИН. Най-голям брой мигранти е установен сред случаите на предаване по хетеросексуален път; от случаите с известен географски произход, 1373 (50%) са възникнали в страна, различна от страната, която отчита случая, като 77% са от Субсахарския африкански регион. От общо 57 случая на СПИН с известен географски произход, възникнали в резултат на предаване от майка на дете, 23% са възникнали в Субсахарска Африка. Освен това, почти 20% от заболелите от СПИН мъже, които имат сексуални контакти с мъже, са мигранти; най-често те произхождат от Латинска Америка (106 случая) и други западноевропейски страни (52 случая). От общо 1 545 случая на СПИН сред инжекционно употребяващите наркотици 7% са мигранти, най-често от Западна Европа, Северна Африка и Близкия изток. Броят на случаите на СПИН в региона е намалял с 42% през периода 1999—2006 г. сред местните граждани и мигрантите от Западна Европа. Ръст на случаите на СПИН през периода 1999—2006 г. се наблюдава сред мигрантите от Източна Европа (с 200%), Субсахарска Африка (с 89%) и Латинска Америка (с 50%). Разпространението на СПИН е много по-голямо сред мъжете, отколкото сред жените в ЕС, но съотношението мъже/жени намалява. Поради това, въпреки че абсолютният брой на заболелите от СПИН мъже и жени от Субсахарска Африка, отчетен през 2006 г., е бил съответно 602 и 623, относителният дял от общия брой случаи на СПИН сред мъжете и жените е бил съответно 12% и 33%.

През 2006 г. в 27 държави-членки на ЕС плюс Норвегия и Исландия са отчетени 26 712 случая на ХИВ инфекция, за 29% от които не е посочен географски произход. Най-голям брой мигранти, както в абсолютно, така и в относително изражение, е отчетен сред случаите на предаване по хетеросексуален път. От хората с известен географски произход, 65% от общо 8354 случая на ХИВ инфекция са от страна, различна от страната, която отчита случая, голямото мнозинство от които (5046) са от Субсахарска Африка. От 169 случая на ХИВ инфекции с известен географски произход, дължащи се на предаване от майка на дете, 41% от носителите на инфекцията са от Субсахарска Африка. Освен това, 18% от общо 5048 носители на ХИВ инфекция с известен географски произход сред мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, са мигранти, като най-много от тях произхождат от Латинска Америка (215 случая) и Западна Европа (247 случая). От 1590 носители на ХИВ инфекция сред инжекционно употребяващите наркотици с известен географски произход, 86% са местни граждани, а 14% са мигранти, произхождащи най-често от Западна Европа (63 случая) и Източна Европа (64 случая). Броят на отчетените в Европа случаи с ХИВ инфекция е отбелязал рязък ръст през периода 1999—2006 г., както сред местните граждани, така и сред мигрантите. Този ръст трябва да се разглежда в светлината на въведената система за отчитане на данни за случаите с ХИВ в ЕС, която все още не функционира пълноценно.

ХИВ инфекциите в ЕС като цяло са много по-чести сред мъжете, отколкото сред жените, но съотношението мъже/жени намалява. През 2006 г. абсолютният брой на мъжете и жените, носители на ХИВ инфекция от Субсахарска Африка е възлизал съответно на 1764 и 2989. С оглед на факта, че общият брой на ХИВ инфекциите сред местните мъже и жени е бил съответно 7891 и 2 028, съотношението между мъжете от Субсахарска Африка и местните мъже възлиза на 0,1, а съотношението между жените от Субсахарска Африка и местните жени — на 1,5. Броят на отчетените случаи на ХИВ инфекции сред жените от Субсахарския африкански регион надхвърля с почти 1 000 случая същия показател сред местните жени, но 2910 случая на ХИВ инфекции сред жените са с неустановен географски произход. Броят на жените от Субсахарска Африка надхвърля с повече от 1000 броя на мъжете от този регион. След мъжете от Субсахарска Африка най-многобройна е групата на мъжете от Западна Европа (539 случая), следвани от мъжете от Латинска Америка (456 случая). Най-честите страни по произход на жените мигранти, носители на ХИВ инфекция, с изключение на Субсахарска Африка, се различават от страните по произход на мъжете, като на жени от Югоизточна Азия и Карибския регион се падат съответно 179 и 161 инфекции, а на жени от Западна и Източна Европа, и от Латинска Америка се падат съответно по 85 и 111 случая.

Наблюдава се значителна неравномерност по отношение на относителния дял на мигрантите, носители на ХИВ инфекция в различните страни. В страните, където заболяемостта от ХИВ инфекция е под 20 случая на милион души от населението (най-вече Централна Европа) приносът на мигрантите към епидемията е малък. За страните, където заболяемостта от ХИВ инфекция е между 21 и 49 случая на милион души от населението, с изключение на Литва, относителният дял на мигрантите сред отчетените случаи на ХИВ инфекции от 2006 г. насам надхвърля 40%. С оглед на различната численост на населението, броят варира

от 24 случая на ХИВ инфекции, диагностицирани сред мигранти в Кипър, до 258 случая, диагностицирани в Швеция. За страните, където заболяемостта от ХИВ инфекция е между 50 и 99 случая на милион души от населението, с изключение на Гърция, дялът на мигрантите сред отчетените случаи на ХИВ инфекции е 40% в Нидерландия и Германия, почти 60% в Норвегия, около 65% в Ирландия и Франция и 70% в Белгия. В страните, където заболяемостта от ХИВ инфекция е между 100 и 199 случая на милион души от населението, относителният дял на мигрантите сред отчетените случаи на ХИВ инфекция е около 30% в Австрия, 71% в Обединеното кралство и достига 80% в Люксембург. В Португалия, страната с най-висока заболяемост от ХИВ инфекция в ЕС, дялът на мигрантите сред отчетените случаи на ХИВ инфекции е приблизително 20%.

През периода 1999—2006 г. са отчетени 16 222 случая на туберкулоза като първоначално СПИН-определящо състояние (СОС), от които 8028 случая са диагностицирани при мигранти, 3883 от които са от Субсахарска Африка, а 2684 са с неустановен произход. Налице е значителна неравномерност на разпределението на туберкулозата като СОС с оглед на географския произход. Най-нисък дял е установен сред североамериканците (8%) и местните граждани (16%), а най-голям сред мигрантите от Субсахарска Африка, (40%), Източна Европа (40%), Югоизточна Азия (32%) и Латинска Америка (30%).

От приблизително 495 млн. души, регистрирани от националните статистически служби в 27-те държави-членки на ЕС плюс Норвегия, Исландия и Лихтенщайн, около 32,5 млн. (6,5%) са регистрирани като чужденци. Информация за гражданството на тези хора е налична за 30-те страни, включени в настоящото проучване, с изключение на България, Естония, Франция и Люксембург. От тези 32,5 млн. регистрирани мигранти половината са от Европа (6,5 млн. са с произход от Западна Европа, 7,4 млн. са от Централна Европа и 2,3 млн. са от Източна Европа), следвани от мигрантите от Латинска Америка (2,31 млн.) и Карибския регион (261 000), Южна и Югоизточна Азия (2,25 млн.), Северна Африка и Близкия изток (2,19 млн.) и Субсахарска Африка (1,32 млн.).

Дискусия и ограничения

Мигрантските групи, състоящи се в голяма степен от хора, идващи от Субсахарска Африка, имат значителен и нарастващ дял от случаите на СПИН и ХИВ инфекции, отчетени в 27 страни от ЕС плюс Норвегия и Исландия пред периода 1999—2006 г. Въпреки че дялът на мигрантите от Субсахарска Африка сред отчетените случаи на предаване на ХИВ инфекция сред хетеросексуални и мъже, които имат сексуални контакти с мъже, е много голям, значителна част от диагностицираните случаи сред мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, също са свързани с мигранти, най-вече от Западна Европа и Латинска Америка и от Карибския регион, което подчертава необходимостта да се отчете сексуалното многообразие на мигрантите, живеещи с ХИВ/СПИН. Приносът на мигрантските групи към епидемията от СПИН и ХИВ е значително по-голям сред отчетените случаи при жени, което подчертава феминизацията на епидемията от ХИВ/СПИН сред мигрантите в ЕС. Причините за уязвимостта на жените по отношение на ХИВ инфекцията имат както социална, така и биологична основа. Тези данни подчертават необходимостта от действия за приемане на съобразени с пола политики за профилактика и лечение на СПИН на национално равнище. В тясна връзка с голямата тежест на ХИВ инфекцията сред жените от Субсахарска Африка е много големият дял на мигрантите от Субсахарска Африка от отчетените случаи на ХИВ инфекции в ЕС сред мъжете, които имат сексуални контакти с мъже. Въпреки че намаляването на броя на възникналите преди раждането ХИВ инфекции в ЕС е важно постижение в областта на общественото здраве, все още са налице значителни предизвикателства, особено сред майките мигранти.

Наблюдава се значителна неравномерност по отношение на относителния дял на мигрантите, носители на ХИВ инфекция в различните страни. В страните в Източна Европа и в някои страни в Централна Европа този дял е под 10%, докато в повечето северноевропейски страни той надхвърля 40%. В повечето страни в Западна Европа дялът на мигрантите сред заразените с ХИВ варира между 20% и 40%. Тези стойности съответстват на тенденциите в областта на миграцията, като в страните, където дялът на мигрантите, носители на ХИВ инфекция е по-висок, се характеризират и с по-висок дял на мигрантите от общото население в голяма степен в резултат на колониалната история на тези страни и на по-нови социалноикономически и демографски дисбаланси. Наблюдава се и значителен и бъдещ тревога дял на случаите с неустановен географски произход, най-вече в Обединеното кралство, Франция, Белгия и Германия.

Наличните понастоящем данни не позволяват да се направи разграничение между случаите с ХИВ инфекция, при които заразяването е станало в ЕС и извън границите на Съюза. Други доклади подкрепят становището, че повечето случаи на ХИВ инфекция сред хора от Субсахарска Африка вероятно са възникнали в страните по произход, като сравняват средната продължителност на престоя в Европа с броя на CD4 клетките при диагностицирането на ХИВ инфекцията. Има обаче и данни, че хората с произход от Субсахарска Африка се заразяват с ХИВ в страните от ЕС. За групите мигранти с произход от други региони няма достатъчно данни за мястото на заразяване, но наличните данни по отношение на

мигрантите, инжекционно употребяващи наркотици, показват, че те се заразяват с ХИВ в Европа. Макар че обсъждането на страната, където вероятно е възникнала инфекцията, е изключително противоречиво, тъй като за съжаление поражда неприкрити расистки реакции, установяването на мястото на заразяване с ХИВ инфекция и заболяване от СПИН има важно значение от гледна точка на общественото здравеопазване, тъй като може да е сигнал за неефективни практики в областта на първичната или вторичната профилактика на ХИВ или и двете.

Късното диагностициране на случаите с ХИВ инфекция е голям проблем в ЕС и САЩ, като данните показват, че този проблем е дори още по-остър по отношение на ХИВ-позитивните мигранти с произход извън Западния подрегион. Броят на случаите със СПИН, отчетени в повечето страни от ЕС, бележи рязък спад от средата на деветдесетте години на миналия век насам, което се обяснява до голяма степен с ефекта от масовия достъп до високоактивна антиретровирусна терапия (НААРТ). Сред по-голямата част от мигрантите, обаче, такъв спад не се наблюдава в резултат на късно диагностициране на ХИВ инфекцията и по-ограничен достъп до НААРТ и прилагане на този вид лечение, което може да има отрицателно отражение върху смъртността сред ХИВ-позитивните мигранти в ЕС. Наред с това подходящото лечение на ХИВ инфекцията е и стратегия за превенция на предаването на вируса, тъй като пациентите, които са подложени на НААРТ, са по-малко заразни. Подходът на лечение и профилактика е приложим и към туберкулозата, тъй като навременното изследване за наличие на ХИВ инфекция със сигурност би довело до намаляване на свързаната с ХИВ туберкулоза. Установено е, че лечението на туберкулоза е равностойно на предотвратяване на предаването на това заболяване, а с това и на вторичните случаи.

Тълкуването на приноса на мигрантите към епидемиологията на ХИВ инфекцията в региона има ограничения с оглед на неравномерното въвеждане и прилагане на системите за отчитане на случаите с ХИВ инфекция и недостатъчното попълване на променливата „географски произход“ в държавите-членки на ЕС. На практика много големият дял непопълнени стойности в тази категория е предупреждение по отношение тълкуването на данните, което подчертава необходимостта от засилен надзор на ХИВ инфекцията в ЕС с цел гарантиране на необходимите стандарти за качество.

В заключение, представените в настоящия доклад данни не са изненадващи за специалистите в областта, особено ако разглеждаме епидемиологията на ХИВ инфекцията и миграционните процеси в световен мащаб, които са обусловени от неравенството в света. Във връзка с усилията за поставяне на епидемията от ХИВ/СПИН под контрол следва да бъдат премахнати бариерите пред достъпа до профилактика и лечение на ХИВ инфекцията за мигрантите в ЕС. Данните, изложени и анализирани в настоящия доклад, потвърждават, че е налице нефункциониране на първичната и вторичната профилактика на ХИВ инфекцията и е необходимо да се предприемат решителни действия.

6. Описание на дейностите по надзора на поведението във връзка с ХИВ/инфекциите, предавани по полов път, в Европа

(Публикувано през септември 2009 г.)

Предистория

Епидемията, причинена от човешкия имунодефицитен вирус (ХИВ) и други инфекции, предавани по полов път, продължава да е значителен проблем в областта на общественото здраве в Европа. Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) е създаден през 2005 г. с цел да укрепи капацитета на Европейския съюз (ЕС) за профилактика и контрол върху заразните заболявания, като ХИВ- и други инфекции, предавани по полов път, са сред приоритетните заболявания. Надзорът е важна дейност в това отношение и ECDC има ясен мандат да поддържа и координира базите данни за надзор на заразните заболявания на цялата територия на ЕС. Надзор от второ поколение е надзор, който съчетава мониторинг, както на биологични (нови случаи на ХИВ/СПИН и инфекции, предавани по полов път), така и на поведенчески показатели (например сексуално поведение, използване на предпазни средства). Този подход е важен, както за обосноваване на дейността по разработване на политика, така и за оценка на резултатите от нея.

През 2008 г. ECDC възложи на международен екип от експерти да изготви задълбочен анализ на актуалното състояние на програмите за надзор на поведението, свързани с ХИВ и инфекциите, предавани по полов път в европейските страни и да разработи предложение за рамка за въвеждане на ключов набор от поведенчески показатели, свързани с ХИВ и инфекциите, предавани по полов път в Европа. Настоящият доклад представя описание на системите за надзор на поведението, свързани с ХИВ- и инфекциите, предавани по полов път в държавите-членки на ЕС и в страните от Европейската асоциация за свободна търговия (ЕАСТ). Дейностите по надзора са разгледани по отношение на следните групи от населението: общото население; младежите; инжекционно употребяващите наркотици; мъжете, които имат сексуални контакти с мъже; хората, живеещи с ХИВ/СПИН; лицата, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане; пациентите на клиники за инфекции, предавани по полов път; мигрантите и етническите малцинства.

Методи

Във всички страни от ЕС и ЕАСТ беше изпратен набор въпросници. Наборът включваше девет отделни въпросника: един, посветен на националната система за надзор на поведението и надзор от второ поколение като цяло и по един въпросник за всяка от групите, включени в проучването. Във въпросника, посветен на системата за надзор като цяло, се вписва информация за наличието и определението на:

- национална или регионална система за надзор на поведението;
- функционирането на система за надзор от второ поколение на национално или регионално равнище;
- потенциални или реални бариери, пречатващи създаването на устойчиви системи за надзор от второ поколение.

Въпросниците, отнасящи се до отделните групи, съдържаха на първо място въпроса дали за съответната група е въведена система за надзор, след което беше поискана информация за наличието на поведенчески проучвания (или други видове дейности за събиране на данни), провеждани след 1985 г. за отделните групи, обхванати от проучването, относно:

- методологията, приложена в рамките на всяко проучване или система за събиране на данни;
- основните показатели, които се проследяват понастоящем;
- публикациите по темата.

Въпросникът беше изпратен по електронната поща до лицата за контакт за надзор на ХИВ инфекцията във всяка страна; тези лица имаха възможност да организират попълването на всички въпросници, отнасящи се до отделни групи, от компетентните специалисти в съответната страна. След това отговорните лица събраха въпросниците и ги изпратиха обратно за анализ на експертния екип. Проект на доклад беше обсъден на Експертната среща за надзор на поведението, проведена в Монтьо (Швейцария) през февруари 2009 г., а също така беше изпратен за валидиране на лицата за контакт за надзор на ХИВ инфекцията във всяка страна, които бяха организирали попълването на въпросниците в съответните страни.

Резултати

Двадесет и осем от общо 31 страни, включени в проучването, попълниха и върнаха обратно набора от въпросници (не отговориха България, Румъния и Португалия). Описанието на дейностите за надзор на поведението в страните от ЕС/ЕАСТ демонстрира значително многообразие между отделните страни по отношение на етапа на развитие на надзора на поведението: 15 страни съобщават, че имат изградени системи за надзор на поведението във връзка с ХИВ/инфекции, предавани по полов път (Белгия, Кипър, Дания, Естония, Финландия, Франция, Германия, Латвия, Литва, Полша, Словения, Испания, Швеция, Швейцария и Обединеното кралство), а още една страна (Нидерландия) съобщава за осъществяване на надзор на няколко конкретни групи от населението, но не и за изградена официална национална система за общ надзор на поведението.

Степента на формализация на надзора на поведението в рамките на „система“ се различава в много широки граници в отделните страни. От 16-те страни, които съобщават за извършване на надзор на поведението, само осем посочват наличието на документ, в който е описана системата за надзор или по силата на който е формализирано нейното съществуване. В много страни, които съобщават за наличие на система за надзор на поведението, тази система е била изградена постепенно, като с времето в нейния обхват са включвани нови групи, в някои случаи без определяне на ясни цели на надзора. Освен това в много страни, включително в такива, които разполагат с формално уредени системи за надзор на поведението, често липсва нормативно определена периодичност или срокове за провеждане на надзора на поведението в отделните групи. Организацията на дейностите по надзора на поведението също се характеризира с многообразие: в страните, разполагащи с формално уредени системи за надзор на поведението, организацията и координацията се осъществява от Министерството на здравеопазването, национална здравна агенция или университет. В страните, чиито системи са в по-малка степен формално регулирани, се извършва неформална координация чрез мрежа от институции: държавни агенции, университети, неправителствени организации (НПО) и т. н. Що се отнася до адекватността на системата (т. е. вида групи от населението, обхванати от надзора), в много случаи не е извършена идентификация или надзор на рисковите групи или тези дейности не са пълноценно осъществени. Групите, които най-често са обект на надзор, са общото население, младежите, мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, и инжекционно употребяващите наркотици. Надзор на поведението на лицата, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане, и техните клиенти, мигрантите и етническите малцинства, хората, живеещи с ХИВ/СПИН, и пациентите в клиниките за инфекции, предавани по полов път, се извършва само в няколко страни.

Що се отнася до системите за надзор от второ поколение, сред 16-те страни, които съобщават за осъществяване на надзор на поведението, 13 съобщават и за дейности по надзора от второ поколение, а други две съобщават за извършване на такъв надзор само в по една група от населението. Формално организирани системи от този вид, ръководени от управляващи или координиращи органи, са налице в шест страни.

За всяка от разгледаните групи страните, които предоставиха информация за приетите от тях приоритетни показатели, са по-малобройни от тези, които посочиха, че събират информация по съответните теми. Това вероятно се дължи на факта, че единствено страните, които прилагат модела на надзор, са избрали конкретни показатели, които да бъдат предмет на надзора периодично, и могат да дефинират прецизно тези показатели. Що се отнася до темите, които са предмет на общ мониторинг, нивото на съответствие на приоритетните теми за отделните групи от населението е доста високо; това може да послужи като насока за избор на показатели, които са общи за отделни страни или групи, предмет на надзора. Тъй като все още е налице значително многообразие, следва на европейско равнище да продължи осъществяването на процес на хармонизиране на показателите, които са специфични за всяка група. В групи, по отношение на които се осъществява или би могло да се осъществява надзор на поведението посредством извадки, основани на услуги или кохорти, следва да се проведат предварителни дискусии със заинтересованите страни относно въвеждането на надзор на поведението чрез подобни механизми.

В областите, където вече е налице европейски консенсус, следва да се предлагат вече съгласувани показатели, а определените показатели следва да подлежат на преобразуване в международно съгласувани показатели. Въз основа на общия анализ са предложени основни показатели, които са общи за всички групи. Те се отнасят до броя на сексуалните партньори, използването на презерватив при последния полов акт, правено ли е изследване за ХИВ, дали респондентите са плащали за секс и познанията за ХИВ. Основните показатели следва също да обхващат систематично образователното равнище, националността/етническия произход и сексуалната ориентация.

7. Предизвикателството на бактериалните инфекции: време за ответни действия (съвместен технически доклад на ECDC/ЕМЕА)

(Публикувано през септември 2009 г.)

Основни констатации

Налице е несъответствие между тежестта на инфекциите, причинени от мултирезистентни бактерии, и разработването на нови антибиотици с цел решаване на проблема.

- Резистентността към антибиотици е висока при грам-положителните и грам-отрицателните бактерии, които причиняват сериозни инфекции при хората, и достига 25 или повече процента в няколко държави-членки на ЕС.
- Резистентността нараства в ЕС при някои грам-отрицателни бактерии, като неотдавна такава нарастване е установено при *Escherichia coli*.
- Всяка година около 25 000 пациенти в ЕС умират от инфекции, причинени от включените в проучването мултирезистентни бактерии.
- Инфекциите, причинени от мултирезистентни бактерии, водят до допълнителни разходи за здравеопазване и загуби на производителност в ЕС в размер на не по-малко от 1,5 млрд. EUR годишно.
- Установено е, че понастоящем се разработват петнадесет системно прилагани антибактериални агента с нов механизъм на действие или насочени срещу нови бактериални мишени, които имат потенциал за решаване на проблема с мултирезистентността. По-голямата част от тези медикаменти са в ранни етапи на разработка и се разработват основно срещу бактерии, за които вече съществуват възможности за лечение.
- Налице е изразена липса на нови агенти или механизми на действие срещу мултирезистентните грам-отрицателни бактерии. Установени са два такива агента с нови или потенциално нови бактериални мишени и документирано действие, които са в ранен етап на разработка.
- Налице е спешна необходимост от европейска и световна стратегия за преодоляване на проблема.

През 2007 г. Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC), Европейската агенция по лекарствата (ЕМЕА) и международната мрежа Действие срещу антибиотичната резистентност (Action on Antibiotic Resistance, ReAct) започнаха дискусия, посветена на необходимостта от документиране на несъответствието между честотата на мултирезистентните бактериални инфекции в ЕС и разработването на нови антибиотици. В резултат през 2008 г. беше създадена съвместна работна група на ECDC и ЕМЕА със задачата да документира факти и данни, които ще позволят изготвяне на реалистични прогнози за мащаба на несъответствието през следващите години.

Следните резистентни на антибиотици бактерии са избрани за включване в проучването, защото са чести причинители на инфекции на кръвта и защото особеностите на тяхната резистентност към антибиотици в повечето случаи маркират мултирезистентност към антибиотици:

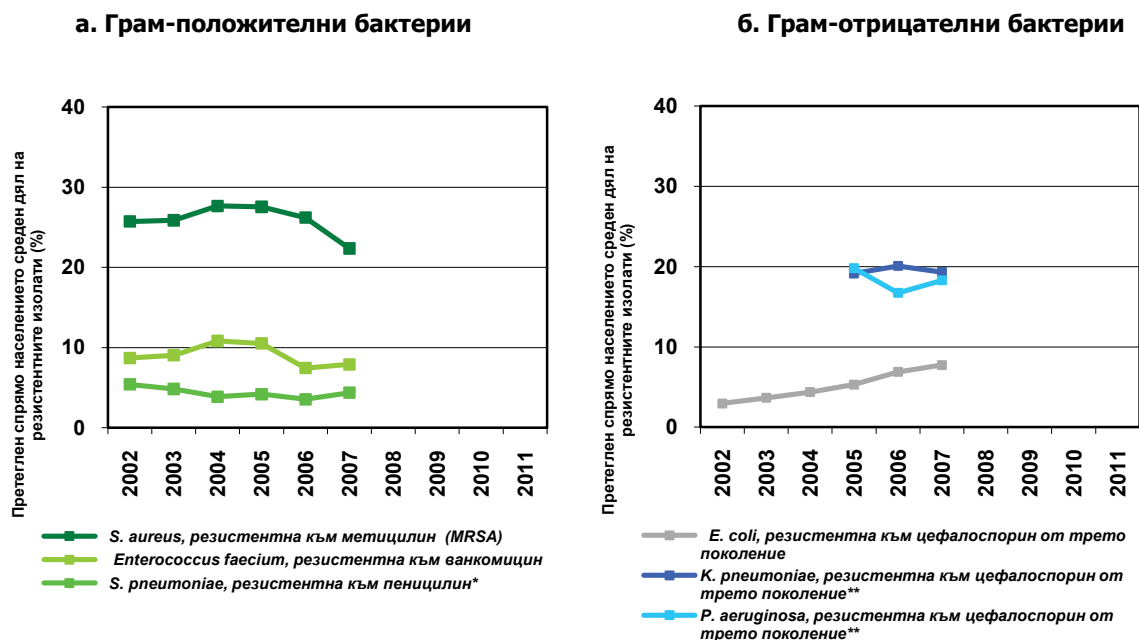
- *Staphylococcus aureus*, резистентност към метицилин (MRSA);
- *S. aureus*, междинна резистентност към ванкомицин и резистентност към ванкомицин (VISA/VRSA);
- *Enterococcus* spp. (например *Enterococcus faecium*), резистентност към ванкомицин (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae*, резистентност към пеницилин (PRSP);
- Enterobacteriaceae (например *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), резистентност към цефалоспорин от трето поколение;
- Enterobacteriaceae (например *K. pneumoniae*), резистентност към карбапенем;
- Неферментативни грам-отрицателни бактерии (например *Pseudomonas aeruginosa*), резистентност към карбапенем.

Тенденции и тежест на инфекциите, причинени от мултирезистентни бактерии в ЕС

Данни за тези избрани за включване в проучването резистентни към антибиотици бактерии, причиняващи инвазивни инфекции (предимно инфекции на кръвта), са получени от Европейската система за надзор на антимикробната резистентност (EARSS) за държавите-членки на ЕС, Исландия и Норвегия за всички години през периода 2002—2007 г.

Тенденциите по отношение на дела на резистентните към антибиотици изолати от кръвните изолати на включените в проучването бактерии, които са чести причинители на инфекции на кръвта в Европа, са илюстрирани на фигура 7.1.

Фигура 7.1 Среден относителен дял на резистентните кръвни изолати към общия брой кръвни изолати на най-често причиняващите кръвни инфекции бактерии. Годишно разпределение за периода 2002 – 2007 г., държавите-членки на ЕС плюс Исландия и Норвегия



* *S. pneumoniae*: с изключение на Гърция, която не е предоставила данни за тази бактерия в EARSS.

** *K. pneumoniae* и *P. aeruginosa*: с изключение на Белгия и Словакия, които не са предоставили данни за тези бактерии в EARSS.

През 2007 г. средният относителен дял на кръвните изолати на *Staphylococcus aureus*, при които е установена резистентност към метицилин (% MRSA), е най-високият дял на резистентни на антибиотици изолати сред обхванатите бактерии, които често причиняват инфекции на кръвта в Европейския съюз. Този дял, обаче, намалява през последните години (фигура 7.1). Това се дължи на тенденциите на намаляване на MRSA в няколко държави-членки, постигнато вероятно в резултат на реализирането на планове за действие на национално равнище, каквито са документирани във Франция, Словения и Обединеното кралство. Средният дял на MRSA е достигнал ниво, близко до това на включените в проучването резистентни към антибиотици грам-отрицателни бактерии.

Делът на кръвните изолати на *S. aureus*, при които е установена междинна резистентност към ванкомицин (VISA), е много малък (по-малък от 0,1%) в държавите-членки на ЕС, Исландия и Норвегия. През 2007 г. в EARSS не са отчетени резистентни на ванкомицин изолати на *S. aureus* (данните не са представени на фигура 7,1).

От друга страна, средният относителен дял на кръвните изолати на *Escherichia coli*, която е най-често срещаната грам-отрицателна бактерия, причиняваща инфекции при хората, при които е установена резистентност към цефалоспорини от трето поколение, нараства с устойчиви темпове.

В същото време не се наблюдава намаляване на резистентността към цефалоспорини от трето поколение при *Klebsiella pneumoniae* или към карбапенеми при *Pseudomonas aeruginosa* (фигура 7.1).

През 2007 г. средният относителен дял на кръвните изолати на *K. pneumoniae*, получени в държавите-членки на ЕС, Исландия и Норвегия, при които е установена резистентност към карбапенеми, е като цяло много малък (медианна стойност = 0%), с изключение на Гърция, където той е достигнал 42% (данните не са представени на фигура 7.1).

Социалната и икономическата тежест на резистентните към антибиотици бактерии може да се определи само за следните пет резистентни към антибиотици бактерии: MRSA, резистентна към ванкомицин *Enterococcus faecium*, резистентни към цефалоспорин от трето поколение *E. coli* и *K. pneumoniae* и резистентна към карбапенем *P. aeruginosa*.

Изследването потвърди, че MRSA не е най-честата отделна мултирезистентна бактерия в Европейския съюз. Общият обем на случаите на обикновени резистентни към антибиотици грам-положителни бактерии (най-вече MRSA и резистентна към ванкомицин *Enterococcus faecium*), обаче, е сравним с този на обикновените грам-отрицателни бактерии (резистентни към цефалоспорин от трето поколение *E. coli* и *K. pneumoniae*, и резистентна към карбапенем *P. aeruginosa*).

Според оценките, през 2007 г. в Европейския съюз, Исландия и Норвегия приблизително 25 000 пациенти са починали от инфекции, причинени от някои от обхванатите резистентни към антибиотици бактерии. Освен това, в резултат на инфекции, причинени от някои от обхванатите резистентни към антибиотици бактерии, са реализирани приблизително 2,5 млн. допълнителни дни болнично лечение и допълнителни разходи в болниците, нахвърлящи 900 млн. EUR.

На тази основа беше направена оценка на загубата на производителност, дължаща се на тези инфекции. Въз основа на данните за 2007 г. разходите за извънболнични грижи са оценени на около 10 млн. EUR, а загубата на производителност поради отсъствия от работа на пациенти с инфекции са оценени на повече от 150 млн. EUR годишно. Загубата на производителност, дължаща се на смъртни случаи на пациенти с инфекции, е оценена на около 450 млн. EUR годишно. Като цяло разходите за обществото, произтичащи от инфекции, причинени от обхванатите от изискването резистентни към антибиотици бактерии, са оценени на около 1,5 млрд. EUR годишно.

Има много основания (например ограничен кръг на обхванатите бактерии, неотчитане на инфекциите на пациенти, лекувани в извънболнични условия, отчитане на средните разходи за болнично лечение, които не включват специалните разходи за пациентите, като разходите за интензивно лечение) в подкрепа на заключението, че тези данни подценяват социалната и икономическата тежест на инфекциите, причинени от резистентни към антибиотици бактерии.

Разработване на научноизследователски и приложни подходи в областта на антибактериалните агенти

Във връзка с изготвянето на оценка на състоянието на дейностите за разработване на антибактериални лекарства, в две търговски бази данни (Adis Insight R&D и Pharmaprojects), беше проведено търсене на информация за антибактериални агенти в етап на клинична разработка в цял свят. Беше решено да не се провежда задълбочено проучване на агентите, които не са достигнали етап на клинични изпитвания, поради големия брой препарати, работата по които бива изоставяна на етапа на предклиничните изпитвания, и оскъдните данни, достъпни за анализ.

Когато беше възможно, агентите, установени в резултат на проведеното търсене, бяха подложени на оценка на тяхното антибактериално действие срещу обхванатите в проучването бактерии въз основа на данни от клинични изпитвания, съдържащи се в базите данни или в научната литература. При липсата на действителни или получени *in vitro* данни авторите на прегледа използват и разумни предположения за действието на някои агенти, основани на свойствата на сходни агенти (например агенти от същия клас или с общ механизъм на действие), за да съставят „най-благоприятен сценарий“.

Освен това, авторите на прегледа трябваше да посочат за всеки агент дали принадлежи към нов или към съществуващ клас антибиотици, както и дали той:

- действа върху същата мишена и по същия начин като поне един лицензиран преди това антибактериален агент;
- има известен механизъм на действие върху нова мишена; или
- има нов механизъм на действие.

Основните резултати от този анализ са, както следва:

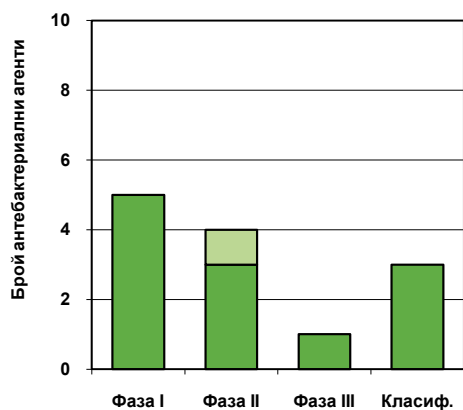
- от 167 агента, идентифицирани в резултат на проведените търсения, бяха установени 90 антибактериални агента с *in vitro* действие, отговарящо на най-благоприятен сценарий (въз основа на действителни данни или на предположение, основано на характерните за съответния клас свойства на механизма на действие) срещу поне един организъм от групата бактерии, обхванати на основание на тяхното значение за общественото здраве;
- от тези 90 агента, 24 бяха нови форми на лицензирани антибактериални агенти, а 66 бяха нови активни вещества;
- от идентифицираните 66 нови активни агента, само за 27 беше установено, че имат нова мишена или нов механизъм на действие, в резултат на което предлагат потенциално предимство пред съществуващите антибиотици;
- от тези 27 агента 15 могат да се прилагат системно;

- от 15-те агента, годни за системно прилагане, за осем беше установено, че имат действие срещу поне една от обхванатите в проучването грам-отрицателни бактерии;
- от осемте агента с действие срещу грам-отрицателни бактерии четири имат действие, потвърдено с действителни данни, а за други четири е прието, че имат действие въз основа на предположение, основаващо се на известните свойства или механизми на действие на класа антибиотици;
- от четирите агента с действие срещу грам-отрицателни бактерии, потвърдено въз основа на действителни данни, два действат върху нови или потенциално нови мишени и нито един няма нов механизъм на действие.

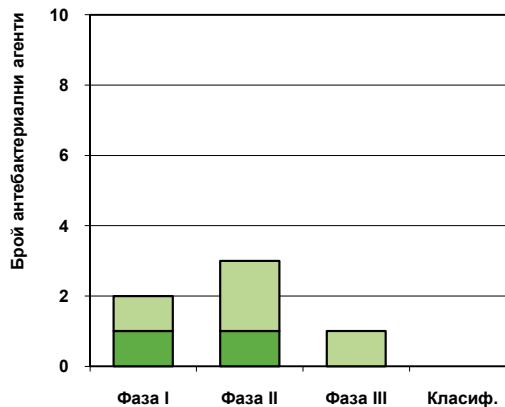
На фигура 7.2 е илюстрирана информация за тези 15 антибактериални агента. Трябва да се отбележи, че само пет от тези агенти са достигнали до етап на клинични изпитвания с цел установяване на тяхната клинична ефикасност (етап 3 или следващ от клиничната разработка).

Фигура 7.2 Нови системни антибактериални агенти с нова бактериална мишена или нов механизъм на действие и *in vitro* действие, определено въз основа на действителни данни (означени с оцветени в по-тъмен цвят стълбчета) или *in vitro* действие, определено теоретично въз основа на свойствата или механизмите на действие на агенти от същия клас (означени с оцветени в по-светъл цвят стълбчета) срещу обхванатите бактерии (най-благоприятен сценарий), по етапи на разработване (n=15).

а. Грам-положителни бактерии



б. Грам-отрицателни бактерии*



Забележка: In vitro действието, определено въз основа на действителни данни, е илюстрирано в основата на всяко стълбче с по-тъмен цвят. Теоретично определеното in vitro действие, основано на свойствата или механизмите на действие на агенти от същия клас (където е приложимо), е илюстрирано в горната част на всяко стълбче с по-светъл цвят.

** Два карбапенема не са включени във фигура 7.2б, тъй като не са по-активни от вече известни карбапенени срещу грам-отрицателни бактерии. Относителната новост на тези агенти се основава на по-добър профил на действието срещу резистентни към антибиотици грам-положителни бактерии, поради което са включени във фигура 7.2а.*

Тежестта на бактериалната резистентност в ЕС е вече значителна и вероятно ще се увеличава. Въз основа на актуалните данни се очаква, че през следващите години ще възникнат проблеми, свързани по-специално с резистентност на грам-отрицателни бактерии.

В същото време, в процес на разработка са много малък брой антибактериални агенти с нови механизми на действие, които биха помогнали за посрещане на предизвикателството на мултирезистентността. Особено остра е липсата на нови агенти за лечение на инфекции, причинени от мултирезистентни грам-отрицателни бактерии.

Настоящият доклад документира несъответствие между тежестта на инфекциите, причинявани от мултирезистентни бактерии, и разработването на нови антибактериални агенти за справяне с проблема. Налице е спешна необходимост от европейска и световна стратегия за преодоляване на несъответствието. Необходимо е да се предприемат мерки, стимулиращи разработването на нови лекарства.

8. Ефективност на интервенциите за поведенческа и психосоциална профилактика на ХИВ/СПИН сред мъжете в Европа, които имат сексуални контакти с мъже

(Публикувано през ноември 2009 г., изменено през декември 2009 г.)

Предистория

С оглед на липсата на ефективна и достъпна ваксина и на невъзможността с помощта на съществуващите ретровирусни терапии инфекцията да се излекува напълно, поведенческата и психосоциалната профилактика с цел ограничаване на рисковите форми на сексуално поведение остава централен елемент в усилията за намаляване на предаването на ХИВ/инфекции, предавани по полов път, сред мъжете, които имат сексуални контакти с мъже. Тъй като длъжностните лица, които планират програми и определят политиката, се нуждаят от описания на специфичните интервенции и количествени оценки на ефектите от интервенциите, за да вземат информирани решения относно финансирането на дейностите по профилактика и научните изследвания в тази област, е налице необходимост от систематичен преглед, в рамките на който да бъдат актуализирани текущите знания за мерките за профилактика на ХИВ/инфекциите, предавани по полов път, насочени към мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, в Европа.

Цели

Целта на прегледа беше да се направи обобщение и оценка на ефективността на мерките за профилактика на ХИВ/инфекциите, предавани по полов път, насочени към живеещите в Европа мъже, които имат сексуални контакти с мъже, и да се определят характеристиките на интервенциите, които са свързани с ефективността, както и потенциалните празноти в наличните научни данни.

Методи

Беше извършено систематично търсене на съответна научна литература по въпроса в осем международни бази данни и в референтни списъци с приложими прегледи и изследвания. Изследванията бяха избрани въз основа на определени критерии и бяха подложени на оценка на риска от отклонения на резултатите. Резултатите бяха обобщени в таблици и бяха изчислени прогнозни ефекти за резултатите по отношение на сексуалното поведение.

Резултати

Резултатите бяха получени въз основа на данни от шест контролни изследвания, обхващащи общо 4111 участници от четири различни европейски страни. Резултатите показаха, че е налице „висок“ или „неопределен“ риск от отклонения в една или повече от областите, предмет на оценка, във всички изследвания. Обобщената оценка за ефекта от четирите интервенции, за които бяха налични данни, показва, че мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, участващи в инициативи за профилактика на ХИВ/инфекции, предавани по полов път, съобщават по-рядко за незащитен анален полов акт. Наличните данни бяха недостатъчни за проучване на характеристиките на интервенциите, които имат най-пряко отношение към мащаба на ефекта. Много малко от участниците в изследванията бяха цветнокожи и само едно изследване включваше биологично измерване на инфекциите, предавани по полов път, като показател за промяна.

Дискусия

Въпреки развития етап на епидемията от ХИВ/инфекции, примерите за обстойни оценки на резултатите от каквито и да са форми на интервенции за поведенческа профилактика във връзка с ХИВ/инфекциите, предавани по полов път, насочени към мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, в Европа, са твърде малко. Резултатите сочат възможното наличие на краткосрочни ефекти от интервенциите, изразяващи се в намаление на дела на мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, които извършват незащитен анален полов акт, но липсата на достатъчно контролирани изследвания сочи необходимостта от научни изследвания в тази област. Научната общност следва да обсъди възможностите за репликиране на интервенциите и в идеалния случай да проведе обширни научни изследвания, преди да се пристъпи към изпълнение на нова програма.

Заклучение

Налице е общ недостиг на оценки на резултатите от интервенциите, насочени към намаляване на рисковите форми на поведение във връзка с ХИВ/инфекциите, предавани по полов път, сред мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, в Европа. Разработването на стратегии за поведенческа профилактика във връзка с ХИВ/инфекциите, предавани по полов път, с цел предотвратяване на нови инфекции, както и оценката на такива програми за профилактика за мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, е важен компонент от цялостна стратегия за ограничаване на ХИВ/инфекциите, предавани по полов път, обхващащ комплекса от дейности за профилактика и грижи.

Доклади с указания

9. Контрол на хламидиалните инфекции в Европа

(Публикувано през юни 2009 г.)

Защо хламидиите представляват проблем за общественото здраве?

Chlamydia trachomatis е един от най-честите в Европа причинители на бактериални инфекции, предавани по полов път. Равнищата на разпространение сред сексуално активните млади хора са обикновено между 5% и 10%. Броят на диагностицираните случаи нараства в много европейски страни, отчасти поради по-честите изследвания и използването на по-чувствителни тестове. Пациентите с генитални хламидиални инфекции често имат симптоми на възпаление на уrogenиталния тракт, включително уретрит и цервицит, но по-голямата част от тях не проявяват симптоми. Хламидиалните инфекции представляват значителен проблем за общественото здраве, защото нелекуваните инфекции могат да предизвикат възпаления в малкия таз, субфертилни и намаляване на възпроизводителната функция при някои жени. Наред с това хламидиалните инфекции способстват за предаване на ХИВ. Разходите за лечение на субфертилни, причинена от хламидиални инфекции, са високи, тъй като това лечение включва хирургически операции на маточните тръби и оплождане *in vitro*. Макар че съществува евтино и ефективно лечение на хламидиалните инфекции, контролът им е предизвикателство, поради асимптоматичното протичане при повечето хора.

Дейности за контрол на хламидиалните инфекции в Европа

В резултат на проведено систематично проучване на дейностите за контрол на хламидиалните инфекции в 29 европейски страни бяха установени значителни различия в организацията на контролните дейности. Повече от половината от обхванатите страни съобщиха, че не се провежда организирана дейност, а наличие на национални програми за контрол беше установено само в две страни.

Осъществяване на контрола на хламидиалните инфекции

Първата стъпка към въвеждане на всеобхватна и ефективна програма за контрол е приемането на стратегия за контрол на хламидиалните инфекции, основана на широки консултации с ключовите заинтересовани страни. Стратегията следва да отчита специфичните възможности и ограничения в страната и да се основава на преглед на данните за включените интервенции и мерки. Стратегията може да се основава на поетапния подход, изложен в настоящото ръководство.

Поетапният подход се препоръчва с цел да се гарантира наличието на прецизно интегрирана профилактика на инфекциите, предавани по полов път, и организиране на пациентите, преди да се пристъпи към комплексни интервенции, например скрининг.

Описани са четири нива на програми за контрол на хламидиалните инфекции:

- ниво А, първична профилактика: тя включва насърчаване на здравословния начин на живот и здравно обучение, училищни програми и предоставяне на презервативи;
- ниво Б, управление на случаи: дейностите на това ниво надграждат дейностите на ниво А, като се добавя текущо наблюдение на случаите, прецизно диагностициране на хламидиални инфекции, клинични услуги и услуги за управление на пациентите и партньорите. Всяка от тези дейности предполага наличието на ясни и основани на научни данни насоки, както и периодичен одит;
- ниво В, извършване на изследвания, когато се откриват възможности за това: дейностите на това ниво надграждат ниво Б, като се добавят изследвания, предлагани текущо на една или повече групи, получаващи други клинични услуги, с цел откриване на случаите, например идентифициране на асимптоматични случаи;
- ниво Г, програма за скрининг: това ниво надгражда дейностите по ниво В с добавяне на организирано извършване на редовни изследвания за хламидиални инфекции, с които се обхваща значителен дял от определена група от населението, с цел намаляване на разпространението на хламидиалните инфекции в тази група.

Доказателствата за въздействието на програмите на ниво В и ниво Г са ограничени и поради това, където се изпълняват такива програми, те следва да бъдат подлагани на внимателна оценка с цел ориентиране на бъдещата политика. По-специално е необходимо да се извършва мониторинг и оценка на въздействието на

такива програми върху контрола на хламидиалните инфекции сред населението. Въвеждането на програма за скрининг за хламидиални инфекции следва да се планира не по-малко внимателно от всяка друга програма за скрининг с изготвяне на оценка на всички потенциални предимства, вреди и разходи.

Ефективното ресурсно обезпечаване и изпълнение на национални стратегии за контрол на хламидиалните инфекции изисква лидерство и ангажираност от страна на отговорните за определяне на здравната политика органи. Най-подходящите национални стратегии за отделните страни вероятно ще се различават, и тези стратегии следва да бъдат разработвани в консултации с професионални организации на здравните работници, финансиращи институции и доставчици на здравни и диагностични услуги.

Оценка на програмите за контрол на хламидиалните инфекции

Програмите за контрол имат за цел намаляване на разпространението на хламидиалните инфекции, но осъществяването на мониторинг в това отношение е трудно, тъй като за това са необходими периодични проучвания сред населението. Съществуват обаче много други показатели за ефективност, които следва да бъдат заложили във всяка програма още от началото на нейното разработване.

На национално равнище в рамките на програмите следва да се осъществява мониторинг на показатели, свързани с политиките и насоките, съдържащи се в съответната програма, с изпълнението и процедурите и с резултатите от програмата. Тези показатели трябва да се основават на специфични цели, отговарящи на нивото на изпълнение.

Когато страните преминават към по-високо ниво на контрол, те трябва да вземат решения въз основа на обстойна оценка на наличните данни за ефективността, икономическата ефективност и вредите. Тази дейност ще бъде улеснена, ако страните правят необходимото всички изпълнявани дейности да бъдат оценявани и резултатите от тези оценки да бъдат споделяни с останалите европейски страни. По този начин направените в настоящия момент инвестиции в програми ще подобрят съществуващите знания за хламидиалните инфекции, ще улеснят вземането на решения в бъдеще и ще подобрят здравето на населението.

На европейско равнище целта следва да бъде намаляване на дела на страните, които съобщават, че не осъществяват организирани дейности.

Цел на настоящия документ

Настоящият документ служи като ръководство за определящите политиката органи в Европейския съюз относно националните стратегии за контрол на хламидиалните инфекции. Той не съдържа конкретни клинични или диагностични указания, а дава рамка за разработване, прилагане или усъвършенстване на национални стратегии за профилактика и контрол на хламидиалните инфекции. За основа на такива подробни указания следва да се ползват актуални систематични научни прегледи.

Здравните политики, например клиничните указания, следва да се основават на най-добрите налични научни данни. Като правило, обаче, са налице по-малко данни, които могат да се ползват като основа за вземане на такива решения относно политиката. Нашата цел с настоящия ръководен документ е да подпомогнем разработването на местни и основани на научни данни насоки в контекста на солидни национални стратегии за контрол на хламидиалните инфекции. Такива стратегии следва да са съобразени не само с клиничните и епидемиологичните фактори (например разпространението на хламидиалните инфекции сред населението), но също и с наличните по места системи за здравни грижи, инфраструктура и ресурси.

Ръководството е разработено от техническа експертна група въз основа на данните, представени в доклада на ECDC „Преглед на дейностите по контрол на хламидиалните инфекции в страните от ЕС“, проучване на дейностите по контрол на хламидиалните инфекции, който е използван заедно с други актуални систематични прегледи на дейностите по скрининг и контрол на хламидиалните инфекции.

Настоящото ръководство разглежда обикновената, предавана по полов път форма на *Chlamydia trachomatis* (серотипове D–K) и не обхваща *Lymphogranuloma venereum* или трахома.

10. Прилагане на антивирусни препарати срещу грип като мярка в областта на общественото здраве по време на грипна пандемия

(Публикувано през юни 2009 г., актуализирано през август 2009 г.)

Настоящият информационен документ е предназначен да се използва като научен ресурс от всички в Европейския съюз и страните от ЕИП/ЕАСТ, които разработват политики и практики във връзка с прилагането на антивирусни препарати срещу грип, особено в условия на грипна пандемия. Документът е изготвен въз основа на научни данни, ръководства на СЗО, експертни становища (включително на Консултативния форум на ECDC) и препоръки, съдържащи се в национални планове на европейски страни за готовност за пандемия. В него са разгледани предимно възможности за прилагане на антивирусни лекарства в условията на грипна пандемия.

Наличните научни данни за ефективността на антивирусните препарати при лечение или профилактика и съответно за прилагането на такива препарати като мярка в областта на общественото здраве при пандемия са получени от изследвания, проведени през периоди на развитие на сезонен грип сред здрави възрастни индивиди и в по-малка степен сред една от по-високорисковите групи (стари хора) и сред по-големи деца.

Тези данни показват, че някои антивирусни препарати и особено неврамидазните инхибитори (оселтамивир и занамивир) дават определени предимства при лечението, като намаляват продължителността на заболяването от грип обикновено с 1—2 дни, както и усложненията и необходимостта от приемане на антибиотици от заразените лица. Този ефект е ограничен от необходимостта лекарствата да се приемат на ранен етап (до 48 часа от появата на симптомите). Съществуват и не много добре документирани данни от изследвания чрез наблюдение, че приемът на лекарствата може да намали заболяемостта и дори смъртността при по-тежко болелите пациенти, дори ако е осъществен по-късно от 48 часа. В много случаи са отчетени незначителни странични ефекти, най-често гадене и дори в някои случаи повръщане, при прием на пероралната форма (оселтамивир), поради което производителят препоръчва медикаментът да се приема по време на хранене.

Извършените изпитвания върху здрави възрастни показват, че инфекцията може да бъде предотвратена с профилактично лечение с равнище на ефективност между 70% и 90%, при условие, че лекарството се взема според предписанието. Научните данни за предимствата по отношение на общественото здраве при по-високорисковите групи и условия са по-малко убедителни, но е установено известно намаление на инфекциите, например при огнища на сезонен грип в затворена обстановка, например в старчески домове. Това показва, че подобни лекарства могат да окажат въздействие върху нивото на предаване на вируси и да помогнат за предотвратяване на заразяване.

В много редки случаи вируси с първична резистентност към едно или повече антивирусни лекарства могат да възникнат по естествен път в резултат на генетични мутации и естествено пресортиране на генома на вируса. Това се случи грипния сезон 2007—2008 г. в Европа, когато се появи грипен вирус, резистентен към оселтамивир. Това събитие не беше свързано с прилагане на антивирусни препарати и тази възможност не бива да влияе върху основната политика относно прилагането на антивирусни препарати при пандемия. Но възможността за поява на патогенен нов вирус, резистентен към антивирусно лечение поражда истинска загриженост и при евентуална поява на такъв вирус по време на пандемия може да се наложи предприемане на бързи промени в политиките относно антивирусното лечение, особено по отношение на профилактиката. Това явление не трябва да се смесва с вторичната резистентност към антивирусни препарати, която възниква много по-често при прилагане на такива медикаменти. Обикновено в резултат се получават вируси, които не могат да се предават от човек на човек, поради което явлението не е проблем за общественото здраве.

Съществуват различни стратегии за прилагане на антивирусни лекарства, които са обусловени от приетите от компетентните органи общи цели в областта на общественото здраве, наличието на антивирусни препарати и други практически съображения. Тези цели могат да включват лечение на по-тежко болелите, лечение или защита на хората в по-висок риск, лечение на всички случаи, намаляване на равнището на предаване на инфекцията или защита на здравните работници и други важни специалисти. ECDC предлага йерархично организирани приоритети.

По време на пандемия, във връзка с големия брой на болелите и потенциалната тежест на инфекцията, съществуват значителни практически предизвикателства, свързани с удовлетворяването на потенциалните нужди от антивирусни препарати, както за лечение на заразените, така и за предотвратяване на инфекция (профилактика). Много страни са натрупали запаси от антивирусни препарати, предназначени конкретно за

използване по време на пандемия. Според наличните данни понастоящем запасите от антивирусни препарати в европейските страни варират от количества, достатъчни за покриване на няколко процента от населението, до такива, достатъчни за повече от 50% от населението. Дори когато съществуват запаси, обаче, почти неизбежно по време на пандемия търсенето на антивирусни препарати ще надвиши предлагането. Поради това е важно да се провежда дългосрочно стратегическо и логистично планиране с цел повишаване ефекта от съществуващите запаси. Важен общ принцип е, че наличието на запаси има ограничен ефект, ако те не са придружени със съответните съгласувани цели и система за администрация и предоставяне.

Следователно определянето на ясни цели като елемент от дейностите по планиране с оглед на пандемична ситуация има решаващо значение за достигане на максимален ефект от запасите от антивирусни препарати. При планирането следва да се вземат предвид общият обем и наличността на антивирусните препарати, очакваната епидемиология (прогнози за равнищата на заразяване и т. н.), мащаба и продължителността на огнището и числеността на групите от населението. Моделирането също може да се използва като полезен инструмент за прогнозиране на резултатите от различните стратегии за антивирусно лечение в условия на пандемия, но това не е прост процес. Въз основа на наличните данни ECDC предлага следната стратегия за определяне на приоритетите при прилагането на антивирусни препарати:

1. **Хора с по-тежко заболяване.** Приоритет е да се осигури лечение на хората с по-тежки симптоми на грип, дори когато е пропуснат 48-часовият „прозорец“ от появата на симптомите, в рамките на който се счита, че антивирусните препарати са ефективни. При това, за тези пациенти е още по-важно да се осигурят достатъчни количества подходящи антибиотици за лечение на вторични инфекции и други лекарства от първа необходимост.
2. **Хора в най-голям риск от тежко заболяване.** Сред тези лица с приоритет могат да се ползват хората, застрашени в най-голяма степен от развиване на тежко заболяване. По отношение на сезонния грип това са лицата, за които се препоръчва ваксиниране срещу сезонен грип: старите хора, лицата с хронични заболявания и здравните работници, които са в пряк контакт с пациентите. Тези приоритети могат да бъдат коригирани по време на пандемия, за да бъдат включени групите, които са в най-голям риск от заразяване с пандемичния щам. Когато циркулират едновременно пандемични и сезонни вируси, групите в по-висок риск по отношение на сезонен и пандемичен грип следва да бъдат обединени. Някои страни могат да обмислят провеждане на профилактика за домакинства, в които живеят хора в по-висок риск, но провеждането на подобна политика би било сложно.
3. **Всички току що заболели.** След по-тежките случаи лечението с антивирусните препарати може да бъде приоритетно насочено към хората, които току що са се разболели (в срок до 48 часа от появата на първите симптоми), защото в този период антивирусните медикаменти са най-ефективни.
4. **Провеждане на профилактика.** Страните, които разполагат с по-големи запаси от антивирусни препарати, могат да ги прилагат също и профилактично. Групите, които следва да бъдат включени в мерките за профилактика, са: лицата в пряк контакт със заболелите, членовете на семействата и ключови служители и работници с цел осигуряване непрекъснатост на дейността на предприятията и организациите. Не се препоръчва запасяване с антивирусни препарати по домовете, тъй като наличните количества са ограничени, но неизбежно някои хора вероятно ще поискат отпускане на медикаменти от своите лекари, както се случи във връзка с птичия грип.
5. **Здравните работници,** които са в пряк контакт с пациентите, са специален случай. Те трябва да имат разумна защита посредством лични предпазни средства. Ако се разболеят, те следва да получават своевременно лечение с антивирусни препарати и да се лекуват в домовете си. Страните, които разполагат с по-големи запаси от антивирусни препарати, могат да обмислят провеждане на профилактика сред някои групи от тези работници.

Още по-големи предизвикателства са свързани с организационните аспекти на предоставянето на антивирусни препарати. Става дума по-конкретно за данните, че ограничените ползи от антивирусното лечение могат да се реализират само, ако то започне през първите 48 часа след появата на симптомите. Този аспект е от значение по време на пандемия. Следователно, за да се гарантира ефективно прилагане на антивирусните препарати за лечение на инфекцията, следва да бъдат заделени ресурси за разработване на процедури и системи за своевременно разпространение и предоставяне на тези препарати.

Въз основа на съвместната работа на ECDC и Регионалния офис за Европа на СЗО с държавите-членки може да се посочи, че следните оперативни въпроси, свързани с доставките и управлението на националните запаси от антивирусни препарати и други стратегически материали, предполагат внимателно планиране преди настъпването на пандемия:

1. В началния етап на пандемията трябва да бъде взето решение дали тежестта на инфекцията на нивото на отделните пациенти обосновава предлагане на антивирусни препарати на всички лица, които са развили симптоми, или дори опит за забавяне или ограничаване.
 2. Да се гарантира, че клиничните работници разполагат по всяко време с антивирусни препарати, за да лекуват пациентите с най-тежки симптоми.
 3. Да се гарантира своевременното предоставяне на антивирусни препарати на хората, които се нуждаят най-много от тях, тъй като тези препарати са ефективни, ако се приложат в рамките на 48 часа от появата на симптомите.
 4. Определяне на ключовите групи, които следва да получат приоритетно антивирусно лечение въз основа на предварително съгласувани критерии (основен списък на приоритетните групи).
 5. Да се осигури възможност за промяна на приоритетите, когато има данни, че групите в най-висок риск не съвпадат с предварително определените въз основа на опита от епидемиите от сезонен грип.
 6. Да се гарантира, че районите, които са засегнати първи, няма да изчерпят националните запаси, и да се осигури организация за пренасочване на ресурсите в цялата страна.
 7. Да се изработи позиция относно гражданите, които се опитват да натрупат индивидуални запаси и дружествата, които се стремят да защитят персонала си.
 8. Извършване на мониторинг на резистентността към антивирусни препарати и по-специално на първичната резистентност, както и осигуряване на възможности за промяна на националните стратегии за лечение във връзка с предстоящо изчерпване на запасите от антивирусни препарати или възникне резистентност към такива препарати (особено когато медикаментите се използват за профилактика).
 9. Да не се обременяват първичните здравни услуги с възлагане на дейности по предоставяне на антивирусни препарати на пациенти с леки или умерени симптоми, когато те са затруднени да лекуват по-тежко болелите пациенти. С тази мярка се избягва и събирането на едно място на вероятно заразени хора за получаване на антивирусни препарати (например на опашки или в чакални), което би спомогнало за по-нататъшно разпространяване на инфекцията.
 10. Гарантиране наличието на необходимите количества от други ключови медикаменти и особено, но не само, подходящи антибиотици.
 11. Осигуряване на възможност за мониторинг на спазването на указанията, особено сред лицата с леки симптоми и тези, които са подложени на профилактика.
 12. Предвиждане на по-леките и често срещани странични ефекти на оселтамивир, по-специално гадене, и отчитане на възможността за по-редки случаи на по-тежки странични ефекти.
 13. Подготовка на предоставянето на учебни материали и подходи, улесняващи ползването на инхалатори занамивир, особено на лицата, които могат да се затруднят да ги ползват.
 14. Планиране на специфични подходи за работа с отделни групи, например бременните жени и малките деца.
 15. Подготовка на ефективни, надеждни и изпитани комуникационни стратегии за специалисти и обществеността, засягащи всички изброени по-горе въпроси, като елемент на по-обща комуникационни дейности по време на пандемия.
- Освен това ECDC предлага изграждане на някои практически системи, които могат да функционират на равнище ЕС:
16. Държавите-членки да съобщават чрез системата за ранно предупреждение и реагиране (EWRS) своите приети основни политики и предприети значителни промени.
 17. Изграждане на системи, които да регистрират съобщения и слухове за неблагоприятни събития, и на съвместни механизми на EMEA и ECDC за реагиране при неизбежната поява на тази съобщения.
 18. Съвместно осъществяване от ECDC, референтната лаборатория на мрежата на Общността и СЗО на мониторинг за поява на резистентност към антивирусни препарати.
 19. Планиране на действия във връзка с неизбежната поява на директни продажби чрез интернет на антивирусни препарати и други медикаменти от нерегулирани източници.

В резултат на съвместната работа са набелязани редица приоритети за изследователската и приложна дейност, включващи необходимост да се определи дали лечението с антивирусни препарати дава резултати, когато се предприема извън 48-часовия „прозорец“, особено при пациенти с по-тежки симптоми. Допълнителен приоритет е наличието на системи в държавите-членки, които могат да установят в реално време дали антивирусните препарати са действително ефективни срещу пандемични вируси, както и системи за ранно откриване на действителни случаи на неефективност на лечението и профилактиката, които могат да са индикация за поява на резистентност.

11. Използване на специфични ваксини за пандемичен грип по време на пандемията от H1N1 през 2009 г.

(Публикувано през август 2009 г.)

През април 2009 г. беше идентифициран и характеризиран нов щам на човешки грип A(H1N1). Очаква се, че равнищата на поразяване от този пандемичен щам на вируса A(H1N1) ще бъдат по-високи, отколкото при сезонните щамове, поради по-ниските равнища на съществуващ имунитет сред населението (с изключение на по-възрастните хора, много от които изглежда имат известен имунитет). Следователно трябва да се очаква, че действителният брой на случаите на грип, които ще трябва да бъдат обработени от системите за здравни грижи за кратък период от време, ще бъде по-голям от очаквания при епидемия от сезонен грип.

Ваксинацията със специфична за конкретния щам пандемична ваксина се счита за една от най-ефективните ответни мерки за защита на хората в случай на пандемия. Специфичните пандемични ваксини, обаче, не могат да бъдат разработени моментално, доставките от производителите ще бъдат неравномерни и ще възникнат проблеми при разпределянето на ваксините. Осигуряването на необходимите количества ваксини в разумен срок ще бъде трудно. Стратегическото прилагане на ваксини, предприето въз основа на внимателно определени приоритети за ваксиниране на отделните групи от населението, има важно значение за постигане на максимален ефект от наличните дози.

Преди да се вземе решение на кого да се предложи ваксинация и как да се приоритизират целевите групи от населението, следва да се определят общите цели на ваксинацията. Тези цели могат да се различават в отделните страни и/или региони. Те ще варират по-специално с оглед на наличните ресурси, количества ваксини и спринцовки и т. н., както и на практическите въпроси, свързани с разпределянето и предоставянето. Тези различия между страните ще породят комуникационни проблеми, когато станат очевидни, и във връзка с това трябва да се предприеме необходимата подготовка.

Целите на стратегията за ваксинация при пандемия могат да се разгледат в две основни категории, които в никакъв случай не се изключват взаимно: а) намаляване на последствията — защита на лицата, които са изложени на най-голям риск от тежко заболяване; и б) защита на предоставянето на основни услуги.

Грипният вирус A(H1N1)v е нов вирус, а в всички пандемии в ново време се различават една от друга и от текущите епидемии от сезонен грип. Това означава, че рисковите групи (които са изложени на по-висок риск от тежко заболяване) може да се различават от определените рискови групи за щамове на сезонния грип. Освен това се привеждат различни стратегии, поставящи по-голямо ударение върху необходимостта от поддържане непрекъснатостта на основните услуги посредством имунизация. Във връзка с това могат да се различават и целевите групи (групи, които се ваксинират и които могат да попадат или да не попадат в рисковите групи).

Въз основа на актуалните данни за пандемията от A(H1N1) през 2009 г. следните групи от населението са определени като рискови групи:

- хора на възраст до 65 години с хронични заболявания, както следва:
 - хронични респираторни заболявания;
 - хронични сърдечносъдови заболявания;
 - хронични метаболитни разстройства (по-специално диабет);
 - хронични бъбречни и чернодробни заболявания;
 - лица с имуноен дефицит (вроден или придобит);
 - хронични неврологични или невромускулни заболявания;
 - други заболявания, които увреждат имунитета или затрудняват дихателната функция;
- малки деца (и по-специално тези до 2-годишна възраст);
- бременни жени.

Така определените групи се различават в известна степен от групите, за които много страни препоръчват имунизация срещу сезонен грип, особено по отношение на хората над 65-годишна възраст. Хората в напреднала възраст изглежда са изложени на по-малък риск от инфекция, вероятно поради наличие на съществуващ имунитет, но има данни, че ако се заразят, те се разболяват по-тежко от по-младите хора.

В допълнение може да се предложи имунизация на други групи, които не са изложени на повишен риск от тежко заболяване (целеви групи). Има аргументи за ваксиниране на децата, тъй като при тях равнищата на поразяване са по-високи (макар и от по-леки форми на заболяване) и те могат да способстват за усилване на местни огнища. Има и аргументи за имунизация на всички здравни работници. Целта на такава мярка е да се предотврати заразяването на хора от рисковите групи от здравни работници, както и да бъдат

защитени здравните работници при контактите им със заразени пациенти, с което да се осигури непрекъснатостта на здравните услуги. С определени предизвикателства е свързано и имунизирането на хора, които се грижат за лица, при които имунизацията не би била ефективна (например хора, лекувани с имunosупресивна терапия). Бебетата до шестмесечна възраст не могат да се ваксинират на този етап поради липса на данни за имуногенността и безопасността, поради което има аргументи за ваксиниране на лицата, които са в най-близък контакт с тях. Други потенциални целеви групи са специалистите, които са необходими за осъществяване на мерки за противодействие на пандемията.

Настоящото ръководство се основава на актуалния сценарий на епидемията от А(H1N1) от 2009 г. Подчертани и обсъдени са областите, в които са налице съществени неясноти. С получаването на повече данни, доказателства и становища настоящият документ ще бъде актуализиран заедно с оценката на риска на ECDC, с която е свързан.

Въз основа на опита от предишни пандемии, по време на които патогенността и заразността на вирусите са нараствали с времето, са представени три допълнителни сценария. Включени са и приложения, в които са обобщени данните, свързани с ваксинацията на определени рискови групи срещу сезонен грип и актуалния пандемичен грип, и са представени общи оценки за числеността на рисковите и целевите групи. Основата, на която са направени изчисленията, е представена достатъчно подробно, което ще позволи на специалистите в държавите-членки да приложат методологията към населението в съответните страни или да направят сравнение с използваните за тази цел методи.

Доклади за надзора

12. Надзор на туберкулозата в Европа, 2007 г.

(Публикувано през март 2009 г.)

От 1 януари 2008 г. Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) и Регионалният офис за Европа на Световната здравна организация съвместно координират надзора на туберкулозата (ТБ) в Европа. Тяхната цел е да гарантират високо качество на стандартизираните данни за ТБ, обхващащи всички 53 страни в европейския регион на СЗО.

През 2007 г. бяха отчетени 477 327 случая на ТБ от 51¹ страни в европейския регион на СЗО плюс Лихтенщайн². Средната стойност на показателя за регистрираните заболявания е 54 случая на 100 000 души, като между отделните страни се наблюдават значителни различия и през последните години се отчита постепенно нарастване на стойността на показателя в посока от запад на изток. Това съответства на увеличение с 54 497 случая в сравнение с 2006 г. и на общо увеличение на показателя за регистрираните заболявания с 13% (от 48/100 000 на 54/100 000), което се дължи главно на регистрирането в Руската федерация на случаи на повторно лечение, които в миналото не са били регистрирани, което е резултат от разширяването на обхвата на системата за регистрация и подобрения достъп на пациентите до лечение в тази страна. Равнището на регистрираните случаи на заболявания, които не са лекувани, в целия регион е намаляло с 2,5% (от 36,6 на 35,7 случая на 100 000 души). Като цяло равнищата на смъртност от ТБ през последните години съответстват на общите равнища на регистрираните заболявания по отношение на тяхното географско разпространение на територията на региона (медианно общо равнище: 0,6/100 000, граници, в които варира стойността в отделните страни: 0,0—22,3). Медианното равнище на първичната мултирезистентната туберкулоза (МР ТБ) е 1,5% в 22-те страни, които предоставят данни за МР ТБ. Средният дял на успешно излекуваните пациенти е 73%, като 11% от пациентите не са довършили участието си в изследването, смъртните случаи са 8%, а случаите на неуспешно лечение са 7%.

Страни от Европейския съюз (ЕС) и Европейското икономическо пространство (ЕИП)/Европейската асоциация за свободна търговия (ЕАСТ) (30 страни)

През 2007 г. двадесет и седемте държави-членки на ЕС и трите страни от ЕИП/ЕАСТ (Исландия, Норвегия и Лихтенщайн) са отчетели 84 917 случая на ТБ. Равнищата на регистрирани заболявания (общо 17/100 000) са били най-високи в Румъния (118), България (40) и балтийските страни (36—71). Между 2003 и 2007 г. общите равнища на регистрираните заболявания са намалявали с 4% годишно, което отразява намаляване на нелекуваните случаи на ТБ. Значително нарастване е установено, обаче, в Малта (+61%) и Исландия (+37%), а известно увеличение е отчетено в Швеция (+5%) и в Обединеното кралство и Кипър (по +3%), като най-често това са случаи с произход от други страни. През 2007 г. 21% от случаите (граници на стойностите в отделните страни: 0—78%) са били на лица с чуждестранен произход, почти две трети от които са от Азия и Африка, а 6% са от източноевропейски страни извън ЕС и централноазиатски страни. Разпространението на ХИВ сред случаите на ТБ е нараснало между 2001 и 2007 г. в Естония и Латвия (от < 1% на съответно 11% и 4%) и се е удвоило в Обединеното кралство през периода 2000—2003 г. (от 4% на 8%). В останалите страни, които са предоставили данни, разпространението на ХИВ сред случаите на ТБ е било 1% или по-малко в пет страни, 2—5% в други седем страни и 14% в Португалия. Случаите на мултирезистентност са останали по-многобройни в балтийските страни (обща мултирезистентност: 10—21%), отколкото в останалите страни (0—4%), където мултирезистентност е установена по-често при случаи с чуждестранен произход. Двадесет и една страни са предоставили данни от наблюдение на резултатите от лечението (НРЛ) на потвърдени случаи на белодробна туберкулоза за 2006 г. По отношение на случаите, включени в кохортите за НРЛ, при 80% от нелекуваните до момента случаи е постигнат успешен резултат. Преждевременното отпадане от изследването е по-често сред случаите с белодробна туберкулоза при лица с чуждестранен произход, отколкото сред местните граждани (съответно 35% срещу

¹ Липсват данни за Монако и Сан Марино.

² Лихтенщайн е включена в доклада, но не е представена само като страна от ЕИП/ЕАСТ, тъй като не е включена в европейския регион на СЗО.

16%), а броят на отчетените смъртни случаи е по-малък (8% срещу 4%). Равнищата на смъртност от ТБ варират между 0,0 и 10,9/100 000 (по данни за 29 страни, най-новите от които са за 2001—2006 г.).

Западен подрегион (страни извън ЕС) (5 страни)

През 2007 г. 881 случая на ТБ бяха отчетени от три страни — Андора, Израел и Швейцария, като равнищата варират от 5,6 до 7,3 случая на 100 000 души. Като правило равнищата бяха ниски и по-голямата част от отчетените случаи на ТБ бяха с чуждестранен произход. Данни от наблюдение върху резистентността към медикаменти бяха предоставени от Швейцария и Израел, като разпространението на МР ТБ сред всички изследвани случаи в двете страни е било съответно 2,3% и 6,7%. Данни за резултатите от лечението за случаите, регистрирани през 2006 г., са предоставени от Израел, като постигнатото равнище на успешно излекуване е 74% за новите потвърдени случаи на белодробна туберкулоза.

Балкански страни (7 страни)

Балканските страни отчетоха 26 296 случая през 2007 г., 75% от които бяха отчетени от Турция (допълнителни 930 случая бяха отчетени от администрираната от ООН провинция Косово). Общото равнище на регистрирани заболявания от ТБ през 2007 г. е било 29/100 000, като този показател е по-висок в Босна и Херцеговина (62), отколкото в Албания, Хърватия, Бившата югославска република Македония, Черна гора, Сърбия и Турция (стойността на показателя между 14 и 28). Разпространението на ХИВ сред случаите на ТБ е било 0,0—0,4% в страните, които са предоставили данни (Албания, Босна и Херцеговина, Бивша югославска република Македония, Черна гора и Сърбия). Общо в четирите страни, които са предоставили данни за МР (Албания, Черна гора, Бивша югославска република Македония и Сърбия), делът на случаите на първична и придобита мултирезистентност е бил съответно 0—0,6% и 9,7—34,6%. Равнището на успешно излекуваните случаи сред новите потвърдени случаи на белодробна туберкулоза през 2006 г. е бил 80—97% в пет страни и по-нисък в други две страни, които са предоставили данни (35—70%). Равнищата на смъртност от ТБ са варирали между 0,25 и 21/100 000 (по данни за пет страни, като последните пълни данни са за периода 2001—2006 г.).

Източен подрегион (12 източноевропейски страни извън ЕС и централноазиатски страни)

През 2007 г. в източния подрегион на европейския регион са отчетени 365 233 случая на ТБ, 59% от които от Руската федерация. Равнищата на регистриране на заболяванията от ТБ през 2007 г. (общо 131/100 000) са били най-високи в Казахстан (258), Република Молдова (178), Руската федерация (151), Грузия (135) и Киргизстан (125), следвани от Армения, Азербайджан, Беларус, Таджикистан, Туркменистан, Украйна и Узбекистан (между 59 и 119). Средногодишното увеличение през периода между 2002 и 2007 г. не се различава от наблюдаваното през периода 1998—2002 г. (+6%). Броят на новите случаи е намалял между 2006 и 2007 г. в шест страни. Разпространението на ХИВ сред случаите на ТБ е било 1% или по-ниско в пет страни през последните години, но в същото време е било по-високо в Руската федерация и Украйна (съответно 7% и 6% сред новите случаи през 2007 г.). Националните и регионалните данни за резистентността към лекарства за редица страни показват масово и голямо разпространение на мултирезистентността. Общото разпространение на МР ТБ варира от 14% до 57%, макар че представителността на данните за отделните страни варира. В страните, които са предоставили данни за резултатите при новите случаи на белодробна туберкулоза с положителни цитопатологични изследвания (2006 г.), средното равнище на успешно излекуване е било 64% (варира от 58% до 86%). Ниският дял на спешно излекуваните случаи, свързан с голям процент на случаите на неуспешно лечение (средно равнище: 12%, варира между 3% и 16%), се дължи основно на високо разпространение на първична мултирезистентност и отпадане на пациенти от следващите етапи на изследването (средно: 13%, варира между 4% и 35%). Равнищата на смъртност от ТБ са варирали от 3,0 до 22,3/100 000 (всички страни с изключение на Туркменистан са предоставили пълни данни, най-новите налични данни са за година в периода 2003—2006 г.).

Заклучения

Източноевропейските страни извън ЕС и централноазиатските страни остават регионален приоритет по отношение на контрола върху ТБ. В тези страни положението често е усложнено от ниска специфичност или ниско качество на информацията и от траен недостиг на ресурси, необходими за предприемане на подходящи мерки за противодействие, и/или неадекватно използване на наличните ресурси. На запад от споменатите страни се наблюдават различни тенденции. Индустриализираните страни, които се стремят към премахване на туберкулозата, признават все по-често натрупването на случаи сред конкретни уязвими групи от населението. В страните със средни равнища на тежест на заболяването, например балтийските държави, разпространението на МР ТБ остава високо. Въз основа на анализа на данните могат да се формулират редица препоръки по отношение на надзора в подкрепа на засилването на контрола върху ТБ, включително:

- стандартизиране на определението за случаи, използвано в целия регион, както и на инструмент за управление на данни;
- интегриране на ТБ в общата система за надзор на заразните заболявания;
- по-активно използване на кохортния анализ за мониторинг на резултатите от лечението;
- по-задълбочено проучване на едновременната епидемия от ТБ/ХИВ;
- внимателна оценка на разпространението на МР ТБ и на тенденциите, свързани с тази мултирезистентност, на равнище на отделните страни и на регионално равнище.

13. Годишен епидемиологичен доклад за заразните заболявания в Европа, 2009 г.

(Публикувано през октомври 2009 г.)

Предистория

През 2007 г. ECDC предложи обстоен Годишен епидемиологичен доклад (AER), съдържащ задълбочен преглед на всички области, включени в осъществявания от ECDC надзор, който да се изготвя всеки три до пет години. Това предложение беше подкрепено от Консултативния форум на ECDC. Във връзка с това настоящото издание на доклада представлява общо описание на ситуацията по отношение на заразните заболявания в Европейския съюз, но съдържа задълбочен анализ само на една област: заразните заболявания, предотвратими чрез ваксинация. В доклада са представени данни за разпространението на заболяванията през 2007 г., дадени в стандартни таблици и диаграми, които са придружени с ограничени коментари, и са оценени заплахите за здравето през 2008 г.

Значителна тежест на заразните заболявания за общественото здраве

Основните заплахи, свързани със заболявания в ЕС, не са се променили значително от публикуването на предишното издание на доклада и включват:

- антимикробна резистентност;
- инфекции, свързани със здравни грижи;
- заболявания, предотвратими чрез ваксинация, със специален акцент върху пневмококвите инфекции;
- инфекции на дихателните пътища, със специален акцент върху грипа (пандемичен потенциал и ежегодни сезонни епидемии) и туберкулозата;
- ХИВ инфекция.

Резюме на надзора на заразните заболявания през 2007 г.

В глава 3 са събрани и представени всички случаи, отчетени за 2007 г. от 27-те държави-членки на ЕС плюс трите страни от ЕИП/ЕАСТ Исландия, Лихтенщайн и Норвегия. Както е посочено в много от разделите в тази глава, осветени на отделни заболявания, към сравненията на заболяемостта в отделните страни следва да се подхожда внимателно. Системите за надзор са различават и съотношението между отчетената и действителната заболяемост варира в отделните страни за много заболявания. В повечето случаи е полезно да се направят сравнения на тенденциите във времето, тъй като това е една по-устойчива характеристика на системите за надзор.

С оглед на това, по-долу са представени някои от основните констатации от проведения на цялата територия на ЕС надзор на заразните заболявания за основните групи заболявания и/или условия, пораждащи загриженост.

Антимикробна резистентност и инфекции, свързани със здравни грижи (AMR/HCAI)

През 2007 г. резистентната към метицилин *Staphylococcus aureus* (MRSA) остана значителен проблем в цяла Европа. Въпреки това, в някои от високо ендемичните страни делът на MRSA изглежда се стабилизира, а в няколко страни са наблюдавани дори тенденции на намаляване.

По отношение на неподатливостта към пеницилин при *Streptococcus pneumoniae* (PNSP), в Европа се наблюдаваше смесена картина, като повечето от северноевропейските страни са отчели ниски равнища, а южноевропейските и средиземноморските страни са отчели относително високи равнища. Като цяло, обаче, равнищата на устойчивост към пеницилин и резистентност към еритромицин останаха стабилни в повечето страни.

С разпространението на клонален комплекс 17, огнища на резистентна към ванкомицин *Enterococcus faecium* продължиха да засягат повече на брой болници в различни страни.

Резистентността към флуорохинолони, аминопеницилин, аминогликозид и цефалоспорици от трето поколение при *Escherichia coli* нарасна значително през последните години в почти всички страни, предоставящи данни. Това е важно наблюдение, защото то е сигнал за развитието на все по-мултирезистентни грам-отрицателни бактерии и дори на напълно резистентни щамове.

През 2007 г. беше потвърдена тенденцията на намаляване на инфекциите в хирургичните отделения след операции за протезиране на тазобедрената става, което илюстрира важното значение на надзора, включително междуболничните коригирани с оглед на риска сравнения, в областта на профилактиката и контрола върху инфекциите, свързани със здравни грижи.

Заболявания, предотвратими чрез ваксинация

През 2007 г. равнището на регистрираните случаи на инвазивно заболяване от *Haemophilus influenzae* в Европа останаха стабилни и много под нивото от 1 случай на 100 000 души. Ваксината срещу Hib продължи да има значителен ефект върху заболяемостта от тази инфекция във всички страни, където е въведена.

Общото равнище на регистрирани случаи на инвазивна менингококова болест през 2007 г. беше 1 на 100 000 души, сходно с равнището през 2006 г., като серогрупи В (77%) и С (16%) останаха основните причинители на инвазивна менингококова болест в Европа. Ваксината, която е в обща употреба, обхваща само серогрупа С.

В сравнение с предходната година през 2007 г. бяха отчетени значителни увеличения на броя на потвърдените случаи на инвазивни пневмококови заболявания (IPD), отчетени от Австрия и Словения, дължащи се най-вероятно на въведени неотдавна подобрения в системите за надзор в тези страни. Като цяло е трудно да се направи сравнение между равнищата на регистрирани заболявания в отделните държави-членки, поради значителните различия на системите за надзор на IPD в ЕС. Седемвалентната пневмококова конюгирана ваксина (PCV7) е лицензирана в ЕС през 2001 г., но честотата на използване на тази ваксина варира в държавите-членки.

През 2007 г. в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ беше отчетен по-малък брой случаи на морбили в сравнение с 2006 г., но това заболяване остава приоритет на мерките в областта на общественото здраве с 2 795 потвърдени случаи, включително един смъртен случай и два случая на енцефалит. През последните три години само в три страни не са регистрирани случаи на морбили.

През 2007 г. заушката остана предотвратимо чрез ваксинация заболяване с едно от най-високите равнища на регистрирани случаи в Европа, но общата тенденция към намаляване на броя на случаите се запази и на практика отчетеното през 2007 г. равнище на регистрирани заболяванията от заушка е най-ниското от 1995 г. насам.

Както и през предходната година, през 2007 г. бяха отчетени ниски равнища на потвърдени случаи на рубеола.

Инфекции на дихателните пътища

Грипният сезон 2007—2008 г. в Европа се характеризира с умерена клинична активност, като пикът на циркулация на грипния вирус А(H1N1) беше последван от пик на циркулацията на грип В. Бяха изолирани само няколко щамове на вируса А(H3N2).

Важно ново явление беше появата на първия вирусен щам на сезонен грип, резистентен към антивирусния препарат оселтамивир: А(H1N1-H247Y). Този щам се предаваше безпрепятствено от човек на човек, но неговото разпространение в региона варираше в широки граници — от повечето от половината от всички изолирани щамове в някои страни до само няколко процента в други. Появата и разпространението на този резистентен вирус не биха могли да се обяснят с предходно използване на антивирусни препарати.

Както и през 2006 г., бяха регистрирани поредица огнища от високо патогенен птичи грип при птици в Европа, най-често сред домашни птици, но не са отчетени свързани с тези инфекции случаи при хора. Едно огнище на ниско патогенен животински птичи грип А(H7N2) възникна в Обединеното кралство през май 2007 г. с няколко свързани случая на подобно на грип заболяване и/или конюнктивит при хора.

Равнището на регистрирани случаи на Легионерска болест в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ през 2007 г. остана стабилно със стойност от 1,1 случая на 100 000 души от населението. Броят на отчетените свързани с пътувания случаи на Легионерска болест нарасна в сравнение с 2006 г., което вероятно се дължи на по-ефективните дейности по надзора; в същото време броят на свързаните с пътувания групи от случаи намалеха, което може би отразява резултатите от изготвените от Европейската работна група по легионелни инфекции (EWGLINET) насоки за контрол върху Легионерската болест.

По отношение на туберкулозата (ТБ) от 2003 г. насам в 25 страни е отчетено устойчиво намаляване на равнищата на регистрирани заболявания. Както и през 2006 г. 20% от общия брой случаи са лица с чуждестранен произход, предимно от Азия и Африка. И през разглежданата година случаите на мултирезистентност (МР) бяха по-чести в балтийските държави, отколкото в останалите страни и като цяло бяха по-многобройни сред заболелите от чуждестранен произход. И през 2007 г. данните сочат хетерогенна ситуация с разпространението на туберкулозата, като има страни с ниска заболеваемост, където нараства броят на диагностицираните случаи сред групите, родени в други страни, други страни с умерени до високи равнища на регистрирани случаи, където все още случаите на МР ТБ са редки, както и страни с относително високи равнища на регистрирани случаи и голям дял на случаите с МР ТБ. Като цяло,

през 2007 г. страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ отчетоха 41 205 потвърдени случая на ТБ (8,2 случая на 100 000 души от населението).

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

През 2007 г. ХИВ инфекцията запазва основното си значение за общественото здраве в Европа, като липсват признаци за намаляване на броя на отчетените нови диагностирани случаи. Броят на диагностицираните случаи на СПИН, обаче, продължава да намалява с изключение на някои източно- и централноевропейски страни. Основният начин на предаване на инфекцията варира между отделните страни и географски региони, което илюстрира значителното многообразие на епидемиологията на ХИВ в Европа.

През 2007 г. инфекциите с *Chlamydia trachomatis* продължават да са най-често отчетаните предавани по полов път инфекции (както и най-широко разпространеното отчетано заболяване като цяло в Европа). Повече от четвърт милион потвърдени случаи на инфекции с *C. trachomatis* са отчетени от 22 страни от ЕС и ЕИП/ЕАСТ, което съответства на общо равнище от 122,6 случая на 100 000 души от населението. *Chlamydia* продължи да засяга основно млади хора на възраст между 15 и 24 години. Действителната заболяемост от инфекции с *C. trachomatis* вероятно е по-висока и равнищата на регистриране на инфекции вероятно отразяват практиките на скрининг и броя на проведените изследвания, а не действителната заболяемост.

Специално трябва да се отбележи отчетеното от Швеция увеличение с 45% на случаите в сравнение с 2006 г., което вероятно се дължи на въведените нови методи за изследване за откриване на новия вариант на *C. trachomatis*, докладван за първи в Швеция през ноември 2006 г. Проведено в целия ЕС изследване разкри, че този вариант е разпространен само в Швеция и сред сексуални партньори на шведи в други страни.

Повечето европейски страни разполагат със системи за надзор на хепатит В и С, но поради различията между тях, засягащи по-специално структурата на системите, практиките на отчетане, методите на събиране на данни и прилаганите определения за случаите, е трудно да се направи сравнение между данните за отделните страни.

Заболявания, предавани чрез храната и водата, и зоонози

Кампилобактериозата остава най-често докладваната причина за стомашно-чревни заболявания в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ, като през 2007 г. равнището на регистрираните случаи е нараснало с повече от 15% в сравнение с 2006 г. Значителните различия между системите за отчетане в отделните страни, съчетани с високата степен на неотчитане в някои страни, прави извънредно трудно прякото сравнение между тях.

През 2007 г. равнището на регистрирани заболявания от салмонелоза в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ остана високо, но тенденцията към намаляване, наблюдава от 2004 г. насам се запази.

През 2007 г. общо 13 952 потвърдени случая на хепатит А бяха отчетени от 29 страни от ЕС и ЕИП/ЕАСТ, като епидемиологичната картина на хепатит А варира в широки граници в страните от региона. През ноември 2007 г. в Латвия възникна огнище на хепатит А.

Заболявания, свързани с околната среда, и векторно преносими заболявания

През август 2007 г. Италия съобщи за възникнало огнище на треска Чикунгуня с 217 лабораторно потвърдени случая. Предаването на заболяването в страната е започнало след внасянето му от завръщащ се посетител в Индия и потвърждава, че комарът *Aedes albopictus* действително е вектор, който може да пренася ефикасно вируса на географската ширина на ЕС.

През 2007 г. 22 страни от ЕС и ЕИП/ЕАСТ отчетоха общо 637 потвърдени случая на инфекции от Ку-треска, равнище, сходно на регистрираното през 2006 г. (583 случая). Огнища на Ку-треска бяха отчетени от Нидерландия и Словения, където са регистрирани съответно 168 и 86 случая.

Общо 40 потвърдени случая на хеморагична треска, по-голямата част от които инфекции с Ханта вирус, са отчетени от седем държави-членки.

Резюме на заплахите през 2007 г.

От началото на дейностите за събиране на епидемиологични данни през юли 2005 г. до края на 2008 г. ECDC е извършил мониторинг върху 696 заплахи. През 2008 г. ECDC извърши мониторинг върху 250 заплахи, от които 227 (91%) са открити през 2008 г., 14 (6%) са пренесени от 2007 г. и девет (4%) са

повторно възникнали заплахи. Повторно възникналите заплахи бяха свързани с птичия грип в цял свят и в европейския регион, световното положение с треската Чикунгуня, полиомиелита, треската Денга, холерата и морбили, както и с нов вариант на болестта на Кройцфелд-Якоб и високо мултирезистентната туберкулоза.

По-подробно, някои от заплахите, предмет на мониторинг, включват:

- резистентните към оселтамивир грипни вируси А(Н1N1) в 21 държави-членки, чийто дял варира от по-малко от 1% в Италия до 68% в Норвегия;
- през 2008 г. беше извършен мониторинг върху пет огнища на хепатит А с международно значение, което е значително увеличение спрямо предходните години;
- огнище на инфекция от *Shigella sonnei*, което засегна повече от 140 служители, изложени на инфекцията в кафенето на работното им място в Швеция;
- осемдесет и пет групи случаи на легионелоза, регистрирани през 2008 г.;
- единадесет огнища на морбили, отчетени през 2008 г. в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ, които са предизвикали вторични случаи в други държави-членки, въпреки намалението на заболяемостта от морбили в Европа от 2006 г. насам. Това означава увеличение на отчетените огнища в сравнение с 2007 г. (седем) и 2006 г. (две);
- единадесет заплахи, свързани с туберкулоза, са оценени през 2008 г. Всички тези събития са свързани с движение на пациенти, страдащи от туберкулоза: седем случая, са свързани с пътуване по въздуха, а три — с пътуване по море;
- смъртоносна инфекция с вируса Марбург при турист, завърнал се от Уганда в Нидерландия през юли 2008 г.;
- първи случай на Кримска-конгоанска хеморагична треска (СCHF), потвърден в Северна Гърция през юли 2008 г.

Заклучения

Въз основа на резюмето на основните данни и тенденции можем да заключим, че приоритетите във връзка с дейностите по профилактика и контрол на заразните заболявания в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ не са претърпели значителни промени от предишното издание на годишния епидемиологичен доклад, но трябва да подчертаем няколко момента.

Данните за 2007 г. показват, че антимикробната резистентност представлява все по-значителна заплаха за общественото здраве в Европа. Международните пътувания и търговия способстват за разпространението на антимикробната резистентност. Проблемът изисква международно сътрудничество, както и координирани усилия на национално равнище за ограничаване и предотвратяване възникването на антимикробна резистентност.

По отношение на свързаните със здравни грижи инфекции е необходимо да се предприеме стандартизирано проучване на разпространението в целия ЕС, за да се оцени тежестта на всички видове болнични инфекции в Европа. Разработването на европейски стандартизиран протокол за провеждане на това проучване на разпространението е включено в работната програма на ECDC и ще даде основа за адаптиране на различните национални протоколи за проучване разпространението на инфекциите, свързани със здравни грижи, което ще направи възможни международни сравнения.

В областта на предотвратимите чрез ваксинация заболявания продължава да поражда загриженост възможността след въвеждането на ваксината серотипите, обхванати от пневмококовата конюгирана ваксина, да бъдат заменени със серотипи, които не са обхванати от ваксината, каквото развитие вече е наблюдавано в Съединените щати. Във връзка с това в ЕС може да се наложи предприемане на по-щателно наблюдение, включващо и лабораторен надзор.

В съответствие с очакванията почти 90% от случаите на морбили, отчетени в ЕС и страните от ЕИП/ЕАСТ, са неваксинирани; това показва, че заболяването морбили все още е проблем за групите от населението с ниско обхващане от ваксинации. Нещо повече, всички смъртни случаи или случаи, при които са възникнали усложнения, са на неваксинирани пациенти. Следователно повишаването на нивото на обхващане в Европа остава приоритет в областта на общественото здраве, макар че е възможно заболяването да не бъде премахнато през 2010 г.

В някои случаи възникват ваксинални инфекции от заушка при индивиди, които са получили две дози от ваксина MMR, и този въпрос трябва да бъде допълнително проучен.

Държави-членки са положили допълнителни усилия за потвърждаване на всички случаи на рубеола, които са регистрирали, с няколко изключения. Повишаването на прецизността и специфичността на наблюдението върху рубеолата има извънредно важно значение във връзка с поставената от СЗО цел за премахване на заболяването през 2010 г.

Необичайна характеристика на грипния сезон през 2007—2008 г. е появата на резистентен към оселтамивир грипен вирус А(H1N1). Това е първият случай на наблюдаван сезонен вирус на човешки грип, резистентен към неврамидазен инхибитор, който се предава безпрепятствено от човек на човек. В рамките на дейностите по наблюдение на резистентността към антивирусни препарати на сезонните грипни вируси следва да продължи извършването на мониторинг върху възможната повторна поява на резистентни щамове.

По отношение на контрола върху туберкулозата и в разнообразните епидемиологични условия в страните от ЕС и ЕИП/ЕАСТ броят на страните с висока/средна заболяемост от ТБ остана непроменен и въпреки постигнатия в отделните страни напредък към овладяване на епидемията, е необходимо да се отдели сериозно внимание от гледна точка на дейностите по контрол, което включва оптимизиране на дейностите по надзора. В някои страни с ниска заболяемост данните показват устойчиво намаляване на броя на случаите сред местните граждани и изразено преместване на тежестта на епидемията върху по-уязвимите групи от населението, например мигрантските групи. Отчитането на едновременната заболяемост от ТБ/ХИВ остава непълно, необходимо е да бъде допълнително разширено обхващането с изследвания за податливост на лекарства, както и отчитането и анализът на резистентността към лекарства от втора линия.

Разработването и осъществяването на засилен надзор на хепатит В и С е приоритет на ECDC. По-добрите данни от надзора са необходими за набавяне на необходимата информация за мониторинг на тенденциите, разбиране на различията в епидемиологията и оценка на програмите за профилактика в ЕС. Както и при ХИВ инфекцията, обаче, хроничният характер на двете заболявания затруднява разграничаването на заболяемостта и разпространението, проблем, който няма лесно решение.

Накрая, в областта на заболяванията, предавани чрез храната и водата, при изготвянето на бъдещи доклади ще бъде направен опит за по-ясно разграничаване на данните за серогрупите O157 и non-O157 на продуциращите vero/shiga токсини бактерии *Escherichia coli* (VTEC), тъй като тези серогрупи се характеризират с различни степен на приоритет в системите в отделните страни и поради това имат различно обхващане, като O157 е подчертано по-добре обхваната от останалите серогрупи.

Таблица А. Обобщен преглед на общата тенденция, равнище на регистрирани заболявания в ЕС и основни засегнати възрастови групи за заразните заболявания, отчетени в страните в ЕС и ЕИП/ЕАСТ през 2007 г. Брой на страните, предоставили данни (n=30)

Заболяване	Обща тенденция за 10-годишен период	Равнище на регистрирани заболявания в ЕС на 100 000 души (2007 г.)	Основни засегнати възрастови групи (2007 г.)
Инфекции на дихателните пътища			
Грип	↔	Липсват данни	Недостатъчни данни
Птичи грип	↑	0	Няма случаи
Легионерска болест (легионелоза)	↑	1,1	над 65
Туберкулоза	↓	8,2	25—44
ХИВ, инфекции, предавани по полов път, и вирусни инфекции, предавани по кръвен път			
Хламидиална инфекция	↑	122,6	15—24
Гонорея	↔	9,5	15—24
Хепатит В	↓	1,5	25—44
Хепатит С	↑	6,9	25—44
ХИВ	↑	6,0	25—44
СПИН	↓	1,2	25—44
Сифилис	↑	4,4	25—44
Заболявания, предавани чрез храната и водата, и зоонози			
Антракс	↔	<0,01	Недостатъчни данни
Ботулизъм	↔	<0,1	25—44
Бруцелоза	↓	0,1	25—64
Кампилобактериоза	↑	46,7	0—4
Холера	↓	<0,01	25—44
Криптоспоридиоза	↓	2,4	0—4
Ехинококоза	↓	0,2	45—64
Продуцираща Verocytotoxin <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,6	0—4
Жиардиаза	Недостатъчни данни	61,7	0—4
Хепатит А	↓	2,8	5—14
Лептоспироза	↔	0,2	45—64, 25—44
Листерия	↑	0,4	над 65
Салмонелоза	↓	34,3	0—4
Шигелиоза	↓	2,1	0—4
Токсоплазмоза	↓	0,8	5—14
Трихинелоза	↔	0,2	25—44
Туларемия	↔	0,3	45—64
Тифоидна/паратифоидна треска	↓	0,2	0—4
Вариант на болестта на Кройцфелд-Якоб	Недостатъчни данни	<0,01	15—24
Йерсиниоза	↑	2,9	0—14

Заболяване	Обща тенденция за 10-годишен период	Равнище на регистрирани заболявания в ЕС на 100 000 души (2007 г.)	Основни засегнати възрастови групи (2007 г.)
Нововъзникващи и векторно преносими заболявания			
Малария	↔	1	25–44
Чума	Недостатъчни данни	0	Няма случаи
Ку-треска	↓	0,2	15–24, 45–64
Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	Недостатъчни данни	0	Няма случаи
Едра шарка	Недостатъчни данни	0	Няма случаи
Вирусни хеморагични трески	Недостатъчни данни	Недостатъчни данни	Недостатъчни данни
Чикунгуя	Недостатъчни данни	<0,01	Недостатъчни данни
Западнонилска треска	Недостатъчни данни	<0,01	> 15
Жълта треска	Недостатъчни данни	0	Няма случаи
Заболявания, предотвратими чрез ваксинация			
Дифтерия	↓	<0,01	45–64, 5–14
Инвазивна инфекция от <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	над 65, 0–4
Инвазивна менингококова болест	↓	1,0	0–4
Инвазивна пневмококова инфекция	↔	6,3	над 65, 0–4
Морбили	↓	0,6	0–4
Заушка	↓	4,3	5–14
Коклюш	↓	4,4	5–14
Полиомиелит	Недостатъчни данни	0	Няма случаи
Бяс	Недостатъчни данни	<0,01	Недостатъчни данни
Рубеола	↓	1,2	0–4
Тетанус	↓	<0,1	над 65
Антимикробна резистентност и инфекции, свързани със здравни грижи			
Антимикробна резистентност	↑	Не е приложимо	Няма случаи
Нозокомиални инфекции	↑	Не е приложимо	Няма случаи

14. Надзор на ХИВ/СПИН в Европа, 2008 г.

(Публикувано през декември 2009 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. Като цяло, въпреки непълната отчетност, броят на отчетените нови диагностицирани случаи на ХИВ инфекция през 2008 г. се е повишил, докато броят на диагностицираните случаи на СПИН продължава да намалява в европейския регион на СЗО като цяло, с изключение на Източния подрегион, където броят на случаите на СПИН е нараснал.

- През 2008 г. са отчетени 51 600 диагностицирани случая на ХИВ инфекция от 48 от общо 53-те страни в европейския регион на СЗО и Лихтенщайн (липсват данни за Австрия, Дания, Лихтенщайн, Монако, Русия и Турция). Най-голямо разпространение е отчетено от Естония, Латвия, Казахстан, Молдова, Португалия, Украйна и Обединеното кралство.
- 7565 случая на СПИН са отчетени от 47 страни (липсват данни за Дания, Швеция, Казахстан, Лихтенщайн, Монако, Русия и Турция).
- През 2008 г. са отчетени 25 656 нови диагностицирани случаи на ХИВ инфекция от страните от Европейския съюз и Европейското икономическо пространство (ЕС/ЕИП) (липсват данни за Австрия, Дания и Лихтенщайн). В ЕС/ЕИП най-високи равнища са отчетени от Естония, Латвия, Португалия и Обединеното кралство.
- В ЕС/ЕИП основният начин за предаване на ХИВ инфекция 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/епидемиологични подрегиона на европейския регион на СЗО основният начин на предаване варира, което илюстрира значителните различия в епидемиологията ХИВ инфекцията в Европа. В Източния подрегион инжекционната употреба на наркотици все още е основният начин на предаване, докато в Централния подрегион основният начин на предаване на ХИВ инфекцията е секс между мъже, следван от хетеросексуален контакт. В Западния подрегион основният начин на предаване е секс между мъже, следван от хетеросексуален контакт, като се изключват случаите с произход от страни с генерализирана епидемия.
- От 2000 г. насам процентът на отчетените нови диагностицирани случаи на ХИВ на 1 милион души от населението почти се е удвоил от 44 на 1 милион души през 2000 г. до 89 на 1 милион души през 2008 г., на база на информация от 43 страни, които систематично отчитат данни за надзор на ХИВ.
- В 46-те страни, които са отчитали систематично данни за СПИН за периода 2000—2008 г., броят на отчетените диагностицирани случаи на СПИН е намалял от 12 072 случая (19 случая на милион) на 7564 случая (12 случая на милион).
- Представените тук данни имат някои ограничения, дължащи се на непълно отчитане и липса на информация от някои страни, както и на забавено отчитане на данните. Това ограничава изводите, които могат да се направят по отношение на мащабите и обхвата на епидемиите от ХИВ и СПИН в Европа. Ако данните се коригират за отчитане на тези ограничения, общият брой на случаите на ХИВ инфекции за 2008 г. най-вероятно би се удвоил. Освен това се очаква, че отчетеният за 2008 г. брой ще бъде актуализиран през следващите години поради забавеното отчитане от няколко страни.

Препоръки за наблюдение върху 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 пълна и своевременна информация;
- подобрят качеството на отчетените данни, най-вече по отношение на вероятните пътища на предаване.

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:

- За страните в Източния подрегион: интервенциите за контрол върху ХИВ сред лицата, употребяващи наркотици чрез инжектиране, включващи програми за намаляване на вредите, 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 към лицата с високорискови партньори.
- За страните в Централния подрегион: профилактиката трябва да бъде съобразена с обстоятелствата във всяка една страна, за да се ограничи епидемията до сегашното ѝ ниско равнище. Тъй като, обаче, епидемията сред мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, нараства, интервенциите за контрол на ХИВ в тази група следва да бъдат укрепени приоритетно.
- За страните в Западния подрегион: интервенциите за контрол на ХИВ сред мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, следва да бъдат крайъгълен камък на стратегиите за профилактика на ХИВ, като следва да включват иновативни програми за тази група. Интервенциите за профилактика, лечение и грижи трябва да бъдат адаптирани, за да достигнат до мигрантското население.
- Като цяло следва да се насърчава консултирането и изследването за ХИВ, за да се гарантира ранно диагностициране и достъп до лечение и консултиране с цел предотвратяване или намаляване на по-нататъшното предаване и да се подобрят резултатите от лечението в по-дългосрочен план за съответните лица. Следва да се гарантира равенство на достъпа до лечение и грижи във връзка с ХИВ за всички нуждаещи се групи от населението, за да могат страните да постигнат общата цел за всеобщ достъп до профилактика, лечение и грижи.

Приложение: Публикации на ECDC през 2009 г.

Този списък включва само официалните публикации на ECDC през 2009 г. Всички публикации могат да се намерят на интернет портала на Центъра (www.ecdc.europa.eu), а много от тях се предлагат и на хартия. Някои публикации бяха актуализирани през годината или бяха подготвени втори издания — посочените в списъка месеци се отнасят до последните издания.

През годината служителите на ECDC публикуваха или сътрудничиха в издаването на редица научни статии и публикации, включително на *Eurosurveillance*, които не са описани тук. Наред с това Центърът изготви голям брой кратки комуникационни материали, свързани с грипната пандемия, като оценки на риска и предложения, свързани с планирането. Тези материали са достъпни в интернет, но не са изброени тук.

Технически доклади

Май

Development of *Aedes albopictus* risk maps

Юни

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

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

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Юли

Migrant health series: Background note

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

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

Септември

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

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

Ноември

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

Ръководства на ECDC

Май

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

Юни

Chlamydia control in Europe

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

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

Август

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

Ноември

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

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

Доклади за наблюдение

Март

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Юни

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

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

Октомври

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

Декември

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Доклади от срещи

Март

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

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

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

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

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

Април

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Май

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Юни

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

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

Август

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

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Октомври

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

Ноември

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

Декември

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

Технически документи

Юли

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

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

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

Септември

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

Ноември

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

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

Декември

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

Корпоративни публикации

Тримесечни (март, юни, септември, декември)

ECDC Insight

Executive Science Update

Юни

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

Август

Annual Report of the Director: Summary – 2008