



ECDC **CORPORATE**

Резюме на основните публикации 2010 Г.

ECDC CORPORATE

Резюме на основните публикации през 2010 г.



Предложен цитиран източник: Европейски център за профилактика и контрол на заболяванията. Резюме на основните публикации през 2010 г. Стокхолм: ECDC; 2011 г.

Стокхолм, април 2011 г.

© Европейски център за профилактика и контрол на заболяванията, 2011 г.

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

Съдържание

Въведение.....	v
Технически доклади.....	1
1 Оценка на риска от заразяване с Ку-треска.....	1
2 Надзор и профилактика на хепатит В и С в Европа.....	3
Ръководства на ECDC.....	5
3 Управление от органите за обществено здраве на спорадични случаи на инвазивна менингококова болест и лица, които са били в контакт със заразени лица.....	5
4 Изследване за ХИВ: повишаване на ползването на услугата и ефективността в Европейския съюз.....	8
Доклади за надзора.....	12
5 Надзор на туберкулозата, 2008 г.....	12
6 Надзор на грипа в Европа, 2008/2009 г. — от седмица 40/2008 г. до седмица 39/2009 г.....	14
7 Надзор на инвазивните бактериални заболявания в Европа, 2007 г.....	15
8 Годишен епидемиологичен доклад за заразните болести в Европа, 2010 г.....	18
9 Надзор на антимикробната резистентност в Европа, 2009 г.....	24
10 Надзор на ХИВ/СПИН в Европа, 2009 г.....	26
Специални доклади.....	28
11 Прилагане на Декларацията от Дъблин относно партньорството за борба с ХИВ/СПИН в Европа и Централна Азия: доклад за напредъка от 2010 г.....	28
12 Пандемията от А(Н1N1) в Европа през 2009 г. — преглед на опита.....	32
13 Напредък по отношение премахването на туберкулозата — последващи действия в резултат на Рамковия план за действие за борба с туберкулозата в Европейския съюз.....	35
Приложение: Публикации на ECDC през 2010 г.....	37
Технически доклади.....	37
Ръководства на ECDC.....	37
Доклади за надзор.....	37
Специални доклади.....	39
Доклади от срещи.....	39
Доклади за мисии.....	39
Технически документи.....	39
Корпоративни публикации.....	40
Редовни публикации.....	40

Въведение

През 2010 г. Европейски център за профилактика и контрол на заболяванията (ECDC) публикува общо 35 научни документа. Най-съществените от тях са:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe* (Годишен епидемиологичен доклад за заразните болести в Европа, 2010 г.), четвърто издание на ежегодната публикация на ECDC, съдържаща изчерпателно резюме на данните от надзора през 2008 г.;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2008* (Надзор на туберкулозата в Европа, 2008 г.) и *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009* (Надзор на ХИВ/СПИН в Европа, 2009 г.), доклади, изготвени съвместно с Регионалния офис за Европа на Световната здравна организация (СЗО), които обхващат надзорни данни за положението в държавите от Европейския съюз (ЕС) и Европейското икономическо пространство (ЕИП), както и в още 23 държави в европейския регион на Регионалния офис за Европа на СЗО;
- *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report* (Прилагане на Декларацията от Дъблин относно партньорството за борба с ХИВ/СПИН в Европа и Централна Азия: доклад за напредъка от 2010 г.), преглед на напредъка, постигнат до 2010 г., въз основа на данни от 49 държави.
- *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009* (Надзор на антимикробната резистентност в Европа, 2009 г.). *Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)* (Годишен доклад на Европейската мрежа за надзор на антимикробната резистентност (EARS-Net)), първият годишен доклад на EARS-Net след преминаване на Европейската система за надзор на антимикробната резистентност (EARSS) към ECDC на 1 януари 2010 г., този доклад предоставя европейски справочни данни относно антимикробната резистентност за целите на общественото здраве.
- *The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience* (Пандемията от А(Н1N1) в Европа през 2009 г., преглед на опита), обширен преглед на епидемиологията и вирусологията на пандемията през 2009 г. в държавите от ЕС и ЕИП.

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 2010 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 Оценка на риска от заразяване с Ку-треска

(публикуван през май, 2010 г.)

По искане на Европейската комисия беше проведена **оценка на риска** за оценяване на въпроси, свързани с Ку-треската и предаването ѝ, въздействието върху здравето на хроничната Ку-треска и рисковете за бременните жени. Във връзка със съществуващото понастоящем огнище в Нидерландия от ECDC беше поискано, също така да разгледа въпросите за трансграничното разпространение и необходимостта от по-добри системи за надзор. Оценката на риска беше извършена съгласно принципите на методологиите, основани на доказателства, чрез определяне на термини за търсене за всеки въпрос, критерии за включване и изключване за идентифицирани проучвания и оценка на качеството на доказателствата. Преглед на най-добрите налични доказателства беше представен на и обсъден с експертна група с представители от Нидерландия, Франция, Германия, Обединеното кралство и САЩ. Тази дейност беше предприета и едновременно съгласувана с оценката на риска от заразяване с Ку-треска от Европейския орган за безопасност на храните.

Острата Ку-треска обикновено е леко, самоограничаващо се, грипоподобно заболяване, но понякога то протича с пневмония, хепатит и други симптоми. В повечето случаи тя може да бъде излекувана успешно с двуседмичен курс на лечение с доксициклин.

Coxiella burnetii е облигатна междуклетъчна бактерия, която може да бъде предадена чрез **кръвта и тъканите**. Рискът от такова предаване е нисък и в литературата съществува само един документиран случай. При възникване на огнище на заболяването следва да бъде определена ендемичната област и да бъдат обсъдени превантивните мерки за безопасност, каквито са активният надзор сред реципиентите на кръв и тъкани, скринингът на донорите и скринингът на кръвните и тъканните продукти. За пътниците, които се връщат от тази област в рамките на инкубационния период и с асимптоматична бактериемия (от пет до седем седмици), може да бъде помислено за отсрочване на даряването на кръв до приключване на този период. Може да бъде обсъдено провеждането на антибиотичен курс на лечение за реципиентите на кръв, които са изложени на особено висок риск, каквито са пациентите с дефекти на сърдечната клапа. Даряването на кръв от донорите, които са боледували от остра инфекция с Ку-треска, следва да бъде отлагано за срок от две години от датата на потвърденото излекуване от остра инфекция. Ползите от прилагането на тези мерки трябва да бъдат внимателно обсъдени на фона на отрицателните въздействия, които те биха могли да имат върху снабдяването с кръв в областта. Следва да бъде разработена стратегия за осведомяване за риска от заразяване.

Хроничната Ку-треска представлява сериозно усложнение на инфекцията с остра Ку-треска, която се развива в около 2 % от случаите с остра симптоматика, а коефициентът на смъртност може да варира от 5 % до 50 %. Хроничната Ку-треска може да причини ендокардит при рискови групи, като хора с минали заболявания на сърдечната клапа, с изкуствена клапа или съдова трансплантация. Пациентите с рак или тези с отслабена имунна система, също така са изложени на по-голям риск. Хроничната Ку-треска трябва да бъде лекувана поне една година, а в някои случаи и цял живот с повече от един антибиотик. Може да се наложи подмяна на увредени сърдечни клапи по хирургичен път.

Ефективното откриване и лечение на хроничната Ку-треска е най-добрата стратегия за избягване на хронични случаи. Описани са три възможни стратегии: (1) повишаване на осведомеността на здравния персонал и обществеността с цел определяне на рисковите групи; (2) активно последващо наблюдение със серологични изследвания на известните рискови групи с цел ранно откриване и лечение на инфекция с остра Ку-треска; или (3) насочване на всички известни пациенти с остра Ку-треска за ехокардиографско изследване с цел откриване на активни случаи и наблюдение.

Необходимо е да бъдат започнати добри проспективни кохортни изследвания и контролирани клинични изследвания (когато това е осъществимо от етична гледна точка) с цел получаване на по-убедителни доказателства за начина на профилактика и премахване на огнищата на Ку-треска в областта на общественото здраве, както и за начина на диагностициране и лечение на острата и хронична форма на заболяването на клинично равнище.

Доказателствата за **Ку-треска при бременност** са много ограничени и се получават основно от наблюдения и научни изследвания на домашни и експериментални животни, изследвания за серологична превалентност, описания на случаи и едно изследване на серия от случаи, в което са участвали 53 бременни жени за период от 15 години. Рискът от тежки последици от Ку-треската върху бременни жени, в сравнение с риска за останалото население (от женски пол), не може да бъде количествено изразен въз основа на наличните

понастоящем доказателства. Съобщени са няколко случая на заразяване с *Coxiella burnetii* по време на бременност, което е оказало неблагоприятни въздействия върху бременността. В някои от случаите *Coxiella burnetii* е открита в плацентата и тъканта на плода. *Coxiella* е открита също така и в човешкото майчино мляко, но не е потвърден нито един случай на предаване на бактерията чрез кърмене.

Съществуват данни за това, че дългосрочната антибиотична терапия с котримоксазол може да предотврати сериозни въздействия върху бременността, но доказателствата се основават на изследвания на серия от случаи без вземане на проби на случен принцип и без контролиране на потенциалните отклонения. Докато не са налични допълнителни доказателства от висококачествени изследвания на лечения, бременните жени с диагноза за инфекция с Ку-треска следва да бъдат лекувани с антибиотици през целия период на оставащите месеци от бременността. При все това, научното основание за тази препоръка е слабо и ECDC ще препоръча настоятелно да се извършват контролирани клинични изследвания с вземане на проби на случен принцип с цел получаване на по-надеждни доказателства.

Бременните жени следва да бъдат съветвани да не посещават ферми в засегнати области. ECDC не препоръчва прекъсване на кърменето, освен в случаи на хронично заболяване, което налага по-дългосрочно лечение на майката.

В Австралия се произвежда и лицензира формол-инактивирана цялоклетъчна **ваксина срещу Ку-треска**. Ваксината е ефективна, но е необходимо тестване преди ваксиниране поради високата реактогенност на лица, които са били заразени с *Coxiella burnetii* в по-ранни периоди, поради което ваксината е по-подходяща за определени рискови групи, отколкото за ваксиниране на широк кръг от хора.

Според наличните доказателства действителната област на **разпространение по въздушно-капков път** на *Coxiella burnetii* е по-малко от 5 км. Поради това рискът от разпространение по въздушно-капков път от Нидерландия се ограничава до съседните държави (т.е. Германия, Белгия), както и до области, които са в близост до източниците на огнища. Съобщава се, че активният надзор или епидемиологично изследване за остра Ку-треска при възможни рискови групи (т.е. бременни жени, пациенти със заболявания на сърдечната клапа или съдови заболявания) на местно равнище и за определен период от време, е осъществим и ефикасен метод за откриване на остри инфекции. В областите, които са в съседство до епидемичните среди (≤ 5 км от източника), следва да бъдат започнати информационни кампании сред медицинските работници. Ако областта засяга също така и други държави-членки, е необходимо отговорните за общественото здраве органи да уведомят своите трансгранични партньори. Споделянето на информация между органите за обществено здраве и ветеринарните органи улеснява ранното разпознаване на огнища. Освен това, органите за здравеопазване и ветеринарните органи на национално и местно равнище следва да предприемат необходимите действия за премахване на огнищата.

2 Надзор и профилактика на хепатит В и С в Европа

(публикуван през октомври 2010 г.)

Обхват

Това проучване е извършено с цел описание на съществуващите национални системи за надзор и програми за профилактика за хепатит В и С в рамките на ЕС/ЕИП.

Хепатит В

Надзор в Европа

Всички държави са посочили, че поддържат пасивна задължителна система за съобщаване на хепатит В. В 15 държави съществува само една конкретна система за надзор, докато четири държави разполагат с голям брой системи за надзор. Националните цели на надзорната дейност са много сходни в различните държави, но определенията на случаите не винаги съответстват на целите; осем държави посочиха, че са приложили определение за случаи на ЕС за 2008 г. (EU-2008), а три са използвали определението за случаи на ЕС за 2002 г. (EU-2002). Като цяло 21 държави са използвали определения на случаи, които в най-близка степен са наподобявали определението на ЕС. Въз основа на различните определения на случаи, 28 държави съобщават за потвърдени случаи, като 27 от тях са случаи на остра форма на хепатит В. Хроничните случаи са включени в докладите на 17 държави; а асимптоматичните случаи често се пропускат. Двадесет и шест държави съобщиха, че са събрали данни, основани на случаи на национално ниво, но честотата на анализ е различна при отделните държави. В 26 държави е събран набор от основни данни (възраст, пол, място на пребиваване, дата на започване на заболяването, дата на докладване), но подробни данни относно епидемиологичния риск и въздействието на заболяването често липсват.

Епидемиология в Европа

Броят на новосъобщените случаи на 100 000 души през 2007 г., съобщен от 27-те държави, варира между 0 и 15,0 при средна стойност от 1,5 (Годишен епидемиологичен доклад за заразните болести в Европа, 2009 г. Стокхолм: ECDC, 2009 г.). Броят на съобщените случаи на заразяване с вирус на хепатит В (HBV) в държавите от ЕС/ЕИП на 100 000 души е отбелязал спад от 6,7 на 1,5 в периода 1995—2007 г. Проследяването на тенденциите и съпоставянето между държавите може да представлява предизвикателство, тъй като системите за надзор се различават значително и последните промени могат да окажат въздействие върху представените данни.

Разпространението на HBV сред населението като цяло варира в широки граници в отделните държави, с ниски до средни равнища на носителство на HBsAg в Словакия (1,6 %), Италия (1 %), Белгия и Франция (около 0,6 %), Финландия, Унгария, Обединеното кралство (във всички тях под 0,5 %), и България (3,8 %). Скринингът за HBV при бременни жени се провежда в 24 държави, с изключение на Белгия, България, Литва, Люксембург и Румъния. Разпространението сред бременните жени варира между 1,15 % в Гърция и 0,14 % във Финландия. Също така съществуват програми за скрининг на инжекционно употребяващите наркотици (в 15 от 29 държави), затворниците (11 държави), посетителите на клиници за предавани по полов път инфекции (ППИ) (девет държави), както и лицата с множество сексуални партньори (две държави). Разпространението на HBV сред инжекционно употребяващите наркотици (ИУНУИН), съобщено от осем държави, е по-голямо отколкото разпространението сред населението като цяло. Разпространението сред УИН варира в широки граници, в диапазона от 0,5 % в Норвегия и 50 % в Дания. Посочено е, че разпространението сред здравните работници в Дания и Германия е сходно с разпространението сред населението като цяло.

Скрининг и ваксиниране

Универсалните програми за ваксиниране на кърмачета, деца или юноши са приложени в 22 държави. Седем държави (Дания, Финландия, Исландия, Норвегия, Швеция, Нидерландия и Обединеното кралство) са приложили програми за селективно ваксиниране, насочени към рисковите групи. Допълнителните програми за профилактика за различните рискови групи обикновено са били насочени към лицата, изложени на повишен риск от заразяване с HBV поради професионална експозиция. В допълнение, съществува голямо разнообразие от програми за ваксиниране на рискови групи. Само половината от държавите, прилагащи рутинна програма за ваксиниране, са посочили разнородни обхвати на ваксиниране, но обхватът на ваксиниране при кърмачетата (от една до две години) изглежда надвишава 95 % (с изключение на Австрия, Малта и Франция).

Хепатит С

Надзор в Европа

Всички държави от ЕС/ЕИП посочват, че са приложили система за съобщаване на хепатит С (или национална, или такава, която е насочена към конкретна група от населението). В 14 държави съществува една конкретна система за надзор, а 15 държави са посочили, че използват няколко системи за надзор, с които осъществяват мониторинг на хепатит С. Националните цели на дейността по надзор са много сходни в различните държави,

но се оказва, че определенията на случаи не винаги са били в съответствие с целите. Единадесет държави посочват, че са приложили определението за случаи на ЕС за 2008 г. (EU-2008), а четири държави са приложили определението за случаи на ЕС за 2002 г. (EU-2002). Въпреки това е налице голямо разнообразие при прилагането на определенията на случаи в държавите-членки, особено при класифицирането на случаите. Всички държави са включили потвърдени остри случаи в своите системи за надзор¹, а 18 държави са включили и хронични случаи. Някои страни посочват, че са събрали комбинация от случаи и че не са били налични серологични маркери, посредством които да се направи разграничение между остър и хроничен хепатит С. Това затруднява тълкуването на наличните данни в различните държави. Двадесет и шест държави съобщават, че са събрали данни, основани на случаи на национално ниво, но честотата на анализ е различна при отделните държави. В допълнение, към съобщаването на клинични случаи 19 държави събират данни от лаборатории като част от своята система за надзор; 10 държави не включват съобщаване на данни от лаборатории. В 26 държави е събран набор от основни данни (възраст, пол, място на пребиваване, дата на започване на заболяването, дата на съобщаване), но подробни данни относно епидемиологичния риск и въздействието на заболяването често липсват. Съобщаването на недостатъчна информация изглежда обичайно явление поради асимптоматичния характер на заболяването.

Епидемиология в Европа

Броят на новосъобщените случаи на 100 000 души през 2007 г., докладван от 27-те държави, варира между 0 и 36 при средна заболяемост от 6,9 случая на 100 000 души (Годишен епидемиологичен доклад, ECDC 2009 г.). Броят на съобщените случаи на заразяване с вирус на хепатит С (HCV) в държавите от ЕС/ЕИП на 100 000 души се е увеличил от 4,5 на 6,9 в периода между 1995 и 2007 г. Отбелязването на тенденциите и сравняването на данните между отделните държави е трудно и е необходимо да бъде извършвано предпазливо, тъй като системите за надзор се различават значително и неотдавнашните промени могат да окажат въздействие върху представените данни. За HCV тълкуването се затруднява допълнително, поради асимптоматичния характер на инфекцията, вследствие на което е възможно съобщените стойности да отразяват по-скоро практиките на изследване, отколкото действителната заболяемост, и поради факта, че не може да бъде направено каквото и да било разграничение между остро и хронично заболяване.

Данните за разпространението на HCV сред населението като цяло са доста оскъдни; разпространението варира от 2,6 % в Италия през 2007 г. до 0,12 % в Белгия през 2003 г. Относително голямо разпространение е съобщено от България (1,2 %) и Словакия (1,56 %). Единадесет държави-членки са съобщили данни за разпространение сред УИН, които варират от 25 % до 75 %. В периода 2006—2007 г. Италия съобщава най-ниски равнища на разпространение (10,8 %—25,6 %), а Норвегия — най-високи (70 %). Данните за разпространение на HCV се основават на серологични маркери за хепатит С, но това не показва кои групи от населението са носители и следователно заразни.

Профилактика в Европа

Половината от държавите посочват, че са приложили програми за скрининг за рисковите групи: 16 държави имат програми за УИН, 11 за затворници. Остава неясно дали е голям броят на държавите, приложили програми за мониторинг на заболяемостта сред здравните работници. Оказва се, че е налице необходимостта от повече програми за скрининг за рисковите групи, населението, до което трудно достига информация, и населението като цяло, но преди прилагането на каквато и да било мярка следва да бъде проведено цялостно проучване, основано на анализ на икономическата ефективност и наличието на ефективно лечение.

Заклучение

Настоящият доклад включва и анализира данни, събрани от 29 държави от ЕС/ЕИП във връзка с програмите за надзор и профилактика на хепатит В и С. Въпреки че всички държави са въвели системи за събиране на данни на национално равнище, тези системи се различават по начина, по който те прилагат определенията на случаите и използват събраните данни.

Тъй като вирусният хепатит е често срещано заболяване, за което нерядко се съобщава недостатъчна информация, в настоящия доклад се прави опит да се резюмират последните налични данни за разпространение на равнище ЕС. Хармонизирането на наличните надзорни данни с цел подобряване на съпоставимостта на данните сред държавите ще бъде основно предизвикателство през следващите няколко години.

¹ Острите потвърдени случаи на хепатит С във Франция са били проучени през 2006 и 2007 г. и за конкретна група от населението, напр. заразени с ХИВ мъже, които имат сексуални контакти с други мъже.

Ръководства на ECDC

3 Управление от органите за обществено здраве на спорадични случаи на инванзивна менингококова болест и лица, които са били в контакт със заразени лица

(публикуван през октомври 2010 г.)

Neisseria meningitidis е обичайна бактерия - паразит, която навлиза в човешката фарингеална лигавица. Този организъм може да причини тежка инванзивна менингококова болест (ИМБ), която обикновено протича под формата на менингит, сепсис или и двете. За съжаление управлението от органите за обществено здраве на спорадичните случаи на ИМБ варира в широки граници в Европа и това може частично да бъде приписано на несигурността по отношение на ефективността на превантивните мерки.

Целта на настоящия документ е да даде основани на доказателства насоки за добра практика в областта на управлението от органите за обществено здраве на спорадичните случаи на менингококова болест и лицата, които са били в контакт с тях. Допълнителната цел на документа е подпомагане на държавите в цяла Европа при взимането на решения относно подходящите мерки за контрол и профилактика на менингококовата болест на национално и поднационално равнище. Настоящият ръководен документ следва да подпомага европейските държави при преразглеждането на техните собствени политики в областта на управлението от органите за обществено здраве и при микробиологичното диагностициране на менингококовата болест. Доколкото представените в настоящия документ резултати не включват насоки за управление на изложените на риск от заразяване здравни работници, нито пък на огнищата в населени места, те ще обхванат следните приложими области:

- лабораторни тестове за потвърждаване на диагнозата ИМБ.
- използване на антибиотици при изписване от болница.
- химиопрофилактика на лица, които са в близък контакт със заразени лица. при отчитане на различните среди.
- избор на антибиотик за химиопрофилактика на различни групи (възрастни, деца, бременни жени).
- използване на менингококова ваксина като допълнение към химиопрофилактика.

Освен качеството на научните доказателства, когато се правят заключения, се отчитат също така и потенциалните предимства и вреди, ползите, тежестите и разходите.

Резултати

Заключенията се основават на системното преразглеждане и критичната оценка на наличните понастоящем най-добри доказателства. За по-обстоятелствен преглед моля разгледайте основната част на документа.

1. Какви лабораторни изследвания се препоръчват с цел поставяне на точна (чувствителна, специфична) и бърза диагноза за ИМБ?

Изследователски въпрос: Какви са най-чувствителните и специфичните лабораторни изследвания за потвърждаване на диагнозата ИМБ?

- въз основа на доказателства със средно качество, изследванията с полимеразна верижна реакция (ПВР) и култура следва да бъдат предпочитаните диагностични изследвания. Ако това е целесъобразно от логистична и икономическа гледна точка, микробиологичните лаборатории, които извършват диагностика на менингококова болест, следва да имат достъп до изследване с ПВР. В случаите, в които антимикробното лечение вече е започнало, изследването с ПВР на кожна биопсия/аспират като допълнителна проба към кръвта / цереброспиналната течност (ЦСТ) би могло — въз основа на доказателства с ниско качество — да увеличи чувствителността на диагностицирането при пациенти с кожни лезии.

2. Трябва ли да бъдат давани антибиотици, различни от използваните по време на клиничното лечение, на болните от ИМБ при изписване от болница?

Изследователски въпрос: Ефективно ли е назначаването на антибиотици за премахване на носителството при болни от ИМБ с цел профилактика на заразяването на други лица при изписване от болница, при съпоставяне с неназначаването на антибиотици при изписване?

- качеството на доказателствата за и против назначаването на антибиотици на болни от ИМБ при изписване от болница е много ниско. При все това, поради наличието на доказателства със средно качество за ефективността на химиопрофилактиката, прилагана по отношение на лицата, имащи близък

контакт със заразени лица, и при отчитане на относително ниските разходи за интервенцията, антибиотиците, които премахват носителството, следва да бъдат предлагани, ако те вече не са били използвани в рамките на лечението.

3. Трябва ли да бъде прилагана химиопрофилактика по отношение на лица от домакинството на болен от ИМБ или на лица, които са контактували в еквивалентна степен със заразени лица?

Изследователски въпрос: Каква е ефективността на химиопрофилактиката, прилагана по отношение на лица, които са имали контакт в едно и също домакинство с болен от ИМБ, за профилактиката на последваща заболяемост сред тези лица?

- въз основа на доказателства със средно качество от изследвания чрез наблюдение, на лицата, които са имали контакт в едно и също домакинство с болен от ИМБ, следва да бъде предлагана химиопрофилактика с антибиотичен режим, който премахва носителството.

4. Следва ли да бъде прилагана химиопрофилактика по отношение на деца или ученици, които посещават една и съща детска градина, училище или колеж с болния от ИМБ?

Изследователски въпрос: Каква е ефективността на химиопрофилактиката, която се прилага по отношение на лица, имащи контакт с болни от ИМБ в детските градини, училищата и колежите, за профилактика на заразяването на други лица?

- Отговорът се основава на недостатъчно качествени доказателства. На лицата, които посещават едно и също училище с болни от ИМБ, следва да бъде предлагана химиопрофилактика в зависимост от оценката на риска. Посещаването на едно и също училище /колеж с болния от ИМБ, не следва само по себе си да бъде показание за химиопрофилактика.

5. Следва ли да бъде прилагана химиопрофилактика по отношение на лица, които са пили напитки от общ съд с болен от ИМБ?

Изследователски въпрос: Каква е ефективността на химиопрофилактиката, която се прилага по отношение на лица, които са пили напитки от общ съд (или са контактували по подобен начин, напр. чрез пушене от една и съща цигара, използване на общи прибори за хранене) с болен от ИМБ, за профилактика на заразяването на други лица с тази болест?

- основавайки отговора си на недостатъчно качествени доказателства, пиенето на напитки от общ съд, пушенето от една и съща цигара или контактуването по подобен начин с болен от ИМБ не следва само по себе си да бъде показание за химиопрофилактика.

6. Следва ли да бъде прилагана химиопрофилактика по отношение на лица, които се возят в едно и също превозно средство (напр. самолет, лодка, автобус, автомобил) с болния от ИМБ?

Изследователски въпрос: Каква е ефективността на химиопрофилактиката, която се прилага по отношение на лица, имащи контакт с болен от ИМБ при возене в едно и също превозно средство, за профилактика на заразяването на други лица с тази болест?

- наличните понастоящем доказателства са с ниско качество. Въз основа на тях може да се отговори, че рискът от предаване в различните транспортни среди не може да бъде определен количествено. Не са били потвърдени никакви случаи на заразяване в тази среда. Поради това използването на едно и също превозно средство с болен от ИМБ не следва само по себе си да бъде показание за химиопрофилактика.

7. Кои антибиотични режими следва да бъдат препоръчвани за химиопрофилактика сред възрастни, деца и бременни жени?

Изследователски въпрос: Кои антибиотични режими са най-ефективни за премахване на носителството сред възрастни, деца и бременни жени?

- въз основа на доказателства със средно до високо качество, може да се отговори, че, рифампицин, ципрофлоксацин, цефтриаксон, азитромицин и цефиксим могат да бъдат използвани за профилактика при възрастни и деца. Нито един от режимите не изглежда, да е по-добър от останалите, но ципрофлоксацинът, азитромицинът и цефтриаксон могат да бъдат приемани веднъж дневно. Докладвано е развиване на резистентност след употреба на рифампицин.

8. Следва ли на лицата, контактуващи с болен от ИМБ, по отношение на които се прилага химиопрофилактика, да бъде предлагана менингококова ваксина, ако това е уместно?

Изследователски въпрос: Каква е ефективността на ваксинирането в допълнение към химиопрофилактиката сред лица, които са имали контакт в едно и също домакинство с болен от ИМБ, за профилактика на заразяването на други лица с тази болест?

- наличните понастоящем доказателства не са достатъчно качествени и следните заключения се основават на косвени доказателства. Ако случай на менингококова болест се причинява от щам, срещу който се осигурява профилактика чрез налична лицензирана ваксина, ваксинирането, като допълнение към химиопрофилактиката, следва да бъде предлагано на лица от домакинството на болния, докато бъде преценено, че те вече са придобили имунитет срещу заболяването.

4 Изследване за ХИВ: повишаване на ползването на услугата и ефективността в Европейския съюз

(публикуван през октомври 2010 г.)

Обхват и цел на настоящото ръководство

Базираното на доказателства настоящо ръководство има за цел да предостави информация относно разработването, мониторинга и оценката на националните стратегии или програми за изследване за ХИВ в държавите от Европейския съюз (ЕС) и Европейското икономическо пространство (ЕИП).

Защо е важно изследването за ХИВ?

В цяла Европа броят на лицата, заразени с ХИВ, продължава да расте и в много държави се описва проблемът, свързан с късното диагностициране. Налице са убедителни доказателства, че по-ранното лечение намалява клиничните прояви и смъртността, но много хора с ХИВ остават недиагностицирани до късен стадий на развитие на инфекцията. Тъй като ХИВ инфекцията може да няма почти никакви симптоми в продължение на много години, изследването е единственият начин за постигане на ранно диагностициране, което дава възможност за ранно насочване за лечение и медицински грижи. Освен това, може да съществува по-малка вероятност хората, диагностицирани в ранен стадий на заболяването, да предават вируса на други хора както поради по-ниската инфекциозност, която се получава при лечение, така и поради промяната на сексуалното поведение и поведението при инжектиране на наркотици. Предаването от майка на дете може да бъде ефективно предотвратено чрез изследване за ХИВ и лечение на бременните жени. Поради това ранното диагностициране на ХИВ има големи преимущества както за отделния индивид, така и за общността като цяло, и то представлява приоритет на общественото здраве, който е от критична важност.

Основни принципи за националните стратегии за изследване за ХИВ

Изследването за ХИВ трябва да бъде доброволно, поверително и да се извършва с информирано съгласие

Следва да бъде осигурен лесен достъп до доброволно изследване за всички хора и е необходимо да бъдат полагани специални усилия, за да се гарантира това за групите, изложени на най-голям риск, и за групите, уязвими спрямо ХИВ. По този начин ще бъдат включени хора, които остават скрити или са маргинализирани в обществото, за които достъпът до изследване следва да бъде насърчаван без принуждаване или нарушаване на поверителността.

Осигуряване на достъп до услуги, свързани с лечение, медицински грижи и профилактика

Най-голямото преимущество на изследването за ХИВ е достъпът до лечение. Осигуряването на универсален достъп до услуги, свързани с лечение и грижи, профилактика и подкрепа, посредством ясни клинични пътеки, трябва да бъде крайъгълен камък на националните стратегии за изследване за ХИВ.

Показване на политическа ангажираност

Ще бъде изискван приоритет на правителствено равнище за програмата за изследване за ХИВ с цел постигане на въздействие. Ще е необходимо този приоритет да бъде подкрепен чрез финансова инвестиция и ще бъде осъществяван мониторинг, за да се гарантира, че средствата са използвани по икономически целесъобразен начин.

Намаляване на заклеяването

Клеймото, което ХИВ все още носи, е пречка за изследването, особено сред общности, които са сами по себе си заклеени, и сред здравните работници. „Нормализирането“ на изследването, т.е. уподобяването на процеса в по-голяма степен на другите изследвания за скрининг и диагностика, може да помогне за противопоставяне на това, въпреки че изследването трябва да остане доброволно.

Премахване на правните и финансовите пречки

В стратегиите за изследване следва да бъдат намерени начини за преодоляване на правните и финансовите препятствия пред изследването. Тези пречки могат да включват политики за наказателно преследване за предаване на ХИВ, както и изискването за плащане за лечение, в случаи когато това е непосилно. С изключение на задължителното изследване при даряване на кръв и тъкани, следва да бъде разгледано законодателството и политиките в областта на борбата с дискриминацията с цел предотвратяване на задължителното изследване за всички групи от всякакви среди.

Необходимост достъпът до изследване за ХИВ да стане неразделна част от националните стратегии

Всички национални стратегии за профилактика и лечение на ХИВ, други полово предавани инфекции (ППИ), вирусен хепатит, туберкулоза и други заболявания, които са показател за заболяване с ХИВ, трябва да включват изследване за ХИВ с определяне на подходящите целеви групи като техен ключов елемент. Възможностите за увеличаване на достъпа до и използването на доброволно поверително изследване за ХИВ

също така следва да бъдат идентифицирани в рамките на другите съответни национални стратегии, каквито са стратегиите, насочени към бременните жени, използването на наркотици, сексуалните услуги или здравеопазването в затворите.

Разработване и прилагане на стратегия за изследване за ХИВ с участието на заинтересовани страни

Използване на наличната информация за ХИВ и свързаните с него проблеми на национално и местно равнище с цел изясняване на въпроса кои нужди да бъдат удовлетворени и приоритизирани. Оформяне на това в набор от стратегически намерения и цели, така че всяко участващо или засегнато лице да има споделено разбиране. Разработването на стратегията изисква участието на всички основни заинтересовани страни, които да се обединят около споделените цели, включително хора, които са носители на ХИВ, представители на най-засегнатите общности, гражданското общество, агенции за профилактика, специалисти с експертен опит в изследването на ХИВ и други организации и лица, които участват в прилагането на стратегията.

Разработване на национална стратегия за изследване за ХИВ

Кой да се изследва?

Научете повече за епидемията на местно равнище и идентифицирайте групите, изложени на най-голям риск. Ефективният национален подход към изследването за ХИВ ще се основава на разбиране на епидемията на местно и национално равнище. Програмите за изследване трябва да целят достигане до лицата, изложени на риск от заразяване, и приоритизиране на лицата, изложени на най-висок риск.

Преглед на надзорните и другите приложими данни, включително информация за недиагностицираните случаи на ХИВ и късно диагностицираните случаи, за да се изгради представа за епидемията и времевите тенденции на регионално и национално равнище. Някои групи са изложени на особено голям риск от заразяване с ХИВ, включително мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, инжекционно употребяващите наркотици; мигрантите, особено от държави с по-високо равнище на разпространение, сексуалните партньори на лицата от всички тези групи; както и децата на ХИВ-позитивните майки. Тези контингенти и/или рискът, на който те са изложени често, се скриват и заклеймяват. Необходимо е да бъдат извършвани специални проучвания за установяване на нивата на разпространение на ХИВ сред тези групи, техните равнища на изследване за ХИВ и съответната осведоменост, отношение и поведение, за да се оповестят интервенциите с цел повишаване на използването от тях на изследването за ХИВ.

Следва също така да бъдат прегледани и допълнителните данни за други ППИ, сексуални поведения и поведения при инжектиране на наркотици сред населението като цяло, както и сред групите, изложени на риск от заразяване с ХИВ.

Къде да се изследва?

Разглеждане на въпроса за логистиката

План за начина на прилагане на програмата за изследване за ХИВ и справяне с логистичните предизвикателства. Това може да включва въпроси, свързани с начина на предоставяне на здравни грижи от системата на здравеопазването, с това дали е осигурен достъп до безплатно здравеопазване, с подготвеността на службите в населените места, с консултациите и подкрепата, за начина, по който се гарантира, че са създадени пътеки за здравни грижи, чрез които се осигурява достъп до лечение на ХИВ, както и с начина на гарантиране на поверителност.

Осигуряване на достъп до изследването в различни среди

Използване на знанията относно епидемията и групите, изложени на риск, за да се взимат информирани решения за местата на предлагане на изследване за ХИВ. Също така отчитане на лицата, които понастоящем имат достъп до изследване за ХИВ и в какви среди се осигурява такъв достъп. Поради разнообразието на потребностите от и пречките пред изследването, трябва да бъдат предложени набор от услуги с цел осигуряване на максимален достъп. Необходимо е идентифициране на дейностите с цел въвеждане на нови услуги или промяна на практиките в съществуващите среди или службите в населените места. Оценяване на това дали е възможно изискванията на регламентите, които биха могли да представляват пречки за изследване в среди в рамките на общността, включително използването на изследвания в местата за лечение на болните или изискването за това изследванията да бъдат извършвани само от конкретни специалисти, да бъдат облекчени без компрометиране на качеството на изследване.

Пунктове, в които се цели предлагане на изследване за ХИВ

- Специализирани служби за изследване за ХИВ за осигуряване на лесен и безопасен достъп до изследване само за ХИВ или до изследване за ХИВ, комбинирано с други изследвания.
- Среди, в които изследването за ХИВ трябва да се предлага навсякъде: служби за хора, изложени на риск от заразяване (служби за ППИ, служби за УИН); служби за антенатални грижи; служби за клинично

диагностициране и управление на състояния, които са показател за заразяване с ХИВ; както и други среди, за които е известно или е оценено, че разпространението на недиагностицирани случаи на ХИВ е високо.

- Всички други здравни заведения, в които хората следва да могат да поискат изследване или в които специалистите следва да бъдат готови да го предложат и да бъдат бдителни за това кога е необходимо извършването на такова изследване.
- Пунктове за изследване в населеното място, включително служби за оказване на индивидуална помощ, чрез които да се обхванат хора, изложени на висок риск от заразяване с ХИВ, които биха могли да останат скрити или маргинализирани и да нямат контакт с традиционните здравни служби. Тези служби следва да бъдат създадени с участието на целевите контингенти.

Кога да се направи изследване?

Осигуряване на насоки относно честотата на изследване

Препоръчва се по-често изследване за хора, чието поведение продължава да бъде рисково. Например някои държави препоръчват мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, да се изследват веднъж годишно или по-често в зависимост от сексуалното поведение. Настоящото ръководство на Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (EMCDDA) препоръчва редовно предлагане на изследване за инжекционните употребяващи наркотици поне веднъж на всеки шест до 12 месеца.

Как да се направи изследването?

Повишаване на обществената осведоменост

За да търси и приема изследването за ХИВ, е необходимо обществеността и по-специално групите, изложени на по-висок риск от заразяване с ХИВ, да разбират ползите от него. Необходимо е използването на стратегически подход за осведомяване чрез използване на набор от различни информационни канали. Видима подкрепа и подкрепа на високо равнище от лица, оформящи общественото мнение, включително политици, местни обществени лидери и известни личности, както и подкрепящо и точно медийно отразяване — всички тези средства могат да бъдат използвани за повишаване на осведомеността.

Осигуряване на поверителност

Поверителността е основен принцип в сферата на здравеопазването, но поради клеймото, което ХИВ носи, и поведенията, чрез които той може да бъде предаден, изследването за ХИВ е от критична важност. Трябва да бъдат следвани приложимите професионални насоки и националните правни изисквания. Липсата на увереност може да представлява пречка за достъпа до услугите, свързани с изследването за ХИВ. Ясните политики за поверителност, както и даването на гласност на политиките в заведенията, които предлагат изследване, могат да помогнат за преодоляването на тази пречка. Изследването за ХИВ винаги трябва да бъде предлагано и обсъждано при условия на поверителност. Трябва да бъде налична и възможност за анонимно изследване.

Повишаване на професионалната осведоменост и обучение на персонала

Осведомеността, увереността и компетентността на специалистите относно предлагане на изследване за ХИВ, може да бъдат повишени чрез обучение. Изследването за ХИВ може да бъде предлагано от всеки подходящо обучен и квалифициран здравен работник, като за разширяването на обхвата на изследването за ХИВ ще се изисква повече персонал, който е уверен и компетентен, за да го предлага. Лица, които не са медицински работници, също могат да предлагат изследване за ХИВ, ако са подходящо обучени и предлагат гаранции за качество. Необходимо е членовете на персонала да разбират ползите от изследването за ХИВ и да преодоляват пречките, които пречат на тяхното умение и желание да го предлагат. Тези пречки включват липса на увереност, проблем с говоренето на сексуални теми или теми, свързани със заклеявани поведения, притеснение при даване на положителен резултат и дискриминационно отношение към хора, изложени на риск от заразяване с ХИВ, или лица, засегнати от ХИВ.

Обсъждане преди извършване на изследване

Краткото обсъждане преди извършване на изследване, в рамките на което се посочват ползите от изследването и практическите правила за взимането на изследването и предаването на резултатите, се е доказало като приемливо и ефективно средство, което помага за увеличаване на използването на изследването. Основната цел е да се осигури информирано съгласие, което следва да бъде документирано, но не трябва да включва подписано писмено съгласие. Това обсъждане се извършва в съответствие с други медицински изследвания и е част от дейността по нормализиране на изследването за ХИВ. Преди да се предложи изследване за ХИВ не се изисква подробен разказ за сексуалния живот или за инжектирането на наркотици. При все това, за определени лица или в заведения, в които сексуалното здраве и/или употребата на наркотици попадат в обхвата на предлаганите от тях услуги, може да бъде необходима кратка оценка на риска или по-обстойно консултиране преди извършване на изследване, напр. в случай на постоянно излагане на риск. Тази услуга трябва винаги да бъде налична, а персоналят трябва да знае как да насочва пациентите към квалифицирани консултанти.

Използване на подходящи технологии за изследване

Идентифициране на наличните изследвания за ХИВ и оценка на съответните ползи от тях за изследване в различни контексти, включително бързи изследвания (на местата на лечение на болните). Технологиите за изследване се развива непрекъснато и трябва да бъде търсен експертен съвет, за да се извършва периодичен преглед на избраните изследвания. Трябва да бъдат потвърдени всички реактивни изследвания и да бъдат следвани насоките на СЗО. Националните насоки за прилагане на минимален стандарт за контрол на качеството на диагностичните изследвания са от съществено значение за гарантиране на висококачествена практика и методологична стандартизация и надеждност.

Предаване на резултати във всички случаи

Трябва да бъдат полагани максимални усилия, за да се гарантира, че лицата, които са се подложили на изследване за ХИВ са уведомени за резултата, било той положителен или отрицателен. При даването на положителни резултати следва да бъде гарантирано, че е наличен персонал, който да провежда консултации след извършване на изследването, както и че съществуват канали за правилно лечение на ХИВ и специални консултативни центрове, към които да бъдат насочвани ХИВ-позитивните лица. Хората, изложени на най-висок риск от заразяване с ХИВ, които получават отрицателен резултат от изследването, също могат да се възползват от консултирането и насочването към подходящи центрове за профилактика на заболяването.

Осигуряване на достъп до услуги, свързани с лечение, медицински грижи и профилактика на ХИВ

Достъп до антиретровирусна терапия

От съществена важност е във всички програми за изследване за ХИВ да има ясни механизми, които да гарантират, че хората, които получават положителни резултати от изследванията, се интегрират в системата за лечение и грижи за болните от ХИВ. Следва да съществува универсален достъп до антиретровирусна терапия в цяла Европа. Липсата на финансови възможности за заплащане на терапията не следва да възпрепятства достъпа до лечение и е необходимо да бъдат намерени решения за преодоляване на тази пречка пред универсалния достъп. Следва да са налични клинични пътеки, към които болните да бъдат насочвани от всички пунктове за изследване за ХИВ, за да се гарантира, че хората получават специализирана консултация веднага след получаването на положителен резултат от изследване за ХИВ. Тази консултация трябва да включва преценка за това кога да бъде започната антиретровирусна терапия, както и на потребностите от други здравни и социални грижи и подкрепа.

Достъп до услуги, свързани с психосоциална подкрепа и профилактика

Трябва да бъде осигуряван достъп до психосоциална подкрепа веднага след получаването на положителен резултат от изследването. За хората с положителен резултат, насочването към специализирани грижи трябва да включва достъп до подкрепа за предотвратяване на по-нататъшно предаване на ХИВ. За хората с отрицателен резултат насочването за консултация и подкрепа за профилактика на ХИВ също следва да бъде наличен механизъм, когато е налице значителен съществуващ риск от излагане на заразяване или при поискване от дадено лице.

Последващи действия: мониторинг и оценка

Мониторингът и оценката (М&О) са съществен компонент от всяка една програма за изследване за ХИВ и гарантират, че програмата е подходяща за целта и осигурява висококачествено изследване за ХИВ. Една добре проектирана система за М&О ще съобщава политиките, подобрява качеството и ефективността на интервенциите и по този начин ще ръководи бъдещото разпределение на ресурсите на програмата. Националните надзорни данни включват нови диагнози и процентът на лицата, които проявяват симптоми на заболяването в късен етап. Прогнозните оценки за недиагностицираните случаи са важни за мониторинга на въздействието на програмата. Разширяването на обхвата на изследването за включване в него на нови среди ще изисква активен мониторинг и оценка с цел гарантиране на висококачествено изследване за ХИВ. Успехът на местните интервенции за насърчаване на изследването за ХИВ може да бъде оценен по пет критерия: осъществимост; приемливост; ефективност и икономическа ефективност; достигане до целевите групи от населението и устойчивост (FACTS). Ясните, добре определените и измеримите показатели могат да подпомогнат мониторинга на тези критерии и да осигурят стандартен метод за докладване на констатациите на местно и (международно) национално равнище.

Доклади за надзора

5 Надзор на туберкулозата, 2008 г.

(публикуван през март 2010 г.)

От 1 януари 2008 г. Европейският център за профилактика и контрол на заболяванията (ECDC) и Регионалният офис за Европа на СЗО съвместно са координирали дейностите по надзор на туберкулозата (ТБ) в Европа. Тяхната цел е да гарантират високо качество на стандартизираните данни за ТБ, обхващащи всички 53 държави от европейския регион на СЗО и Лихтенщайн.

Европейски регион на СЗО

За 2008 г. 50 от 54 държави от Европейския регион² са съобщили 461 645 случая на ТБ (52,2 на 100 000 души), които представляват приблизително 6 % от случаите на ТБ, съобщени на СЗО в световен мащаб. От 2004 г. е налице тенденция на продължаващо увеличение в общите равнища на регистрирани случаи на ТБ в Европейския регион. При все това общите равнища на регистрирани случаи на ТБ в 18 държави с висок приоритет (ДВП)³ са намалели спрямо предходната година с 3,9 % до стойност от 87,6 % от всички случаи на ТБ, а в рамките на целия регион, общото равнище на регистрирани случаи е намаляло с 2,6 % в периода 2007—2008 г. Спадът с 4 % от 2007 г. в равнището на регистрираните новооткрити случаи на ТБ предполага намаляване на разпространението на ТБ в региона. Процентът на случаите, които са лекувани в предходни периоди, също е намалял от 2007 г. насам от 31,7 % на 29,8 %.

Възрастовата група с най-голям брой (42,0 %) новооткрити случаи на ТБ в региона е 25—44 години.

Броят на съобщените случаи на едновременно заразяване с ХИВ и ТБ почти се е удвоил, от 5828 през 2006 г. на 11 395 през 2008 г. поради увеличаване на изследването като част от засилените дейности по здравеопазване в областта на ХИВ за пациенти с ТБ в ДВП. Липсва съществено увеличение в броя на съобщените случаи на едновременно заразяване с ХИВ и друго заболяване извън ДВП през този период.

В рамките на целия регион общият брой на съобщените случаи на туберкулоза с мултилекарствена резистентност (MDR TB) за 2008 г. се е удвоил спрямо предходната година поради подобрения в изследванията за податливост на лекарства (ИПЛ), а равнището на разпространението на MDR TB сред новите случаи на ТБ е било 11,1 %. Най-високата тежест на случаите на MDR TB в региона е установена в ДВП, в които разпространението сред новите диагностицирани случаи е 13,8 %, пет пъти по-високо от разпространението в ЕС/ЕИП, и над 50 % сред случаите, които са били лекувани в предходни периоди, два пъти по-висок процент от процентът на разпространение в ЕС/ЕИП.

Равнището на успеваемост на лечението сред новооткритите лабораторно потвърдени случаи на ТБ през 2007 г. е намаляло до 70,7 % (в сравнение с 73,1 % за случаи, регистрирани през 2006 г.); 9,0 % са прекладвани като случаи на неуспешно лечение, 8,4 % като починали и 6,9 % като случаи, които са прекратили лечението преждевременно. Равнището на успеваемост на лечението в държавите, които не са членки на ЕС/ЕИП, е по-ниско от това в ЕС/ЕИП:

67,5 % в сравнение съответно с 79,5 %. В 18-те ДВП лечението беше успешно само за 69,2 % от новооткритите лабораторно потвърдени случаи на ТБ, която стойност е доста по-ниска от целевата стойност от 85 % на Стратегията за спиране на туберкулозата (Stop TB Strategy).

Смъртността в резултат на ТБ е намаляла с 45 % от 9,0 на 100 000 души през 2005 г. на 5,0 на 100 000 души през 2007 г. В ЕС/ЕИП и в ДВП се наблюдават сходни пропорционални намаления. При все това, смъртността в ДВП остава почти 15 пъти по-висока от тази в ЕС/ЕИП.

Държави от Европейския съюз и Европейското икономическо пространство⁴

За 2008 г. са съобщени 82 611 случая на ТБ от 26 държави-членки на Европейския съюз (ЕС) (всички, с изключение на Австрия) и две други държави от Европейското икономическо пространство (ЕИП) (Исландия и Норвегия), с което се показва спад с 615 случая, в сравнение с 2007 г. Над 80 % от случаите са регистрирани

² Липсват данни от Монако, Сан Марино, Австрия или Лихтенщайн; Лихтенщайн е включено в този доклад, но то е представена само като държава от ЕИП, тъй като не е държава-членка на Европейския регион на СЗО.

³ Армения, Азербайджан, Беларус, България, Естония, Грузия, Казахстан, Киргизстан, Латвия, Литва, Молдова, Румъния, Русия, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Украйна, Узбекистан.

⁴ 27-те държави-членки на ЕС, Исландия, Лихтенщайн и Норвегия.

в осемте държави, всяка от които е съобщила 3000 случая или повече (България, Франция, Германия, Италия, Полша, Румъния, Испания и Обединеното кралство).

Общото равнище на регистрирани случаи през 2008 г. е 16,7 на 100 000 души, при равнища по-ниски от 20 на 100 000 души, докладвани в 21 държави и по-високи от 20 на 100 000 души в Румъния (115,1), прибалтийските държави — Литва (66,8), Латвия (47,1), Естония (33,1) — България (41,2), Португалия (28,2) и Полша (21,2). Общото равнище на регистрирани случаи е с 1,2 % по-ниско от това през 2007 г. (за 28-те докладващи държави), което отразява обща низходяща тенденция в 17 държави.

При все това, се наблюдават съществени увеличения в Малта (28,8 %), Исландия (19,8 %) и Кипър (12,2 %), както и известни увеличения в Швеция (4,9 %) и Обединеното кралство (2,8 %), повечето от които са случаи на заболяване на лица с чужд произход. През 2008 г. 22,4 % от случаите на заболяване (диапазон в държавите: 0—88 %) са при лица с чужд произход, повече от две трети, от които с произход от Азия или Африка.

Разпространението на ХИВ сред случаите на ТБ се е увеличило в периода 2006—2008 г. в Естония (от 9,0 % на 9,9 %), Латвия (от 3,4 % на 6,7 %) и Малта (от 3,7 % на 9,4 %). В останалите държави, които са представили данни, равнището на разпространение на ХИВ сред случаите на ТБ е 1 % или по-малко в шест държави, 2—5 % в три държави, 5—8 % в две държави и 14,6 % в една държава.

Мултирезистентността (MDR) остава най-често срещано явление в прибалтийските държави (комбинирана MDR: 15,6 %—21,3 %), следвани от Румъния, която съобщава резултати за първи път (14,7 %). Другите държави докладват по-ниски равнища на MDR (0 %—5 %) като в тях тя обикновено е по-често срещана при лицата с чужд произход. От 14-те държави, които докладват за висока лекарствена резистентност (XDR), Румъния посочва най-висок брой (общо 54 случая), докато Латвия и Естония имат най-висок процент на случаите на XDR сред случаите на MDR (14,7 и съответно 12,2 %), а Латвия посочва рязко увеличение на случаите на XDR спрямо 2007 г., от 6 на 19 (от 6,1 % на 14,7 %).

Двадесет и две държави докладват данни за наблюдение на резултатите от лечението на потвърдени случаи на белодробна ТБ през 2007 г. Сред случаите на белодробна ТБ, които не са били лекувани в предходен период и са били потвърдени чрез изследване на култура, при 79,5 % от тях изходът от лечението е бил успешен. Процентът на успешно излекуване е съществено по-нисък сред случаите на ТБ, които са били лекувани в предходен период (51,8 %), и сред потвърдените чрез изследване на култура случаи на белодробна MDR TB за период от 24 месеца (30,9 %).

6 Надзор на грипа в Европа, 2008/2009 г. — от седмица 40/2008 г. до седмица 39/2009 г.

(публикуван през май 2010 г.)

Грипният сезон 2008/2009 г. в Европа започва през седмица 48/2008 г., продължава около 10 седмици във всяка засегната държава и приключва през седмица 16/2009 г., след като пиковата активност преминава през континента от запад на изток. Седмичните специфични за (под)вида пропорции на положителни за грип проби на сентинелни пациенти показват два застъпващи се пика, първоначално доминиращият грип А(Н3N2), който е заменен от грип В като най-разпространеният грипен вирус след седмица 8/2009 г. Доказва се, че циркулиращите грипни вируси А(Н3N2) и А(Н1N1) имат тясна антигенна връзка със съответните компоненти, включени в противогрипната ваксина за северното полукълбо за 2008/2009 г., докато повечето от изолираните В вируси са вируси от линия Victoria и те не съответстват на В компонента от ваксината — вирус от линия Yamagata. Предвид относително ниското разпространение на В вируси, наблюдавано през този сезон, все пак е малко вероятно това несъответствие да е било от особено значение за общественото здраве.

Случаите на пандемичния грип А(Н1N1) от 2009 г. започват да се появяват в Европа през седмица 16/2009 г. До седмица 39, общият съобщен брой на потвърдените случаи достига 53 658 от всички държави-членки на ЕС, Исландия, Лихтенщайн и Норвегия, като от тях са регистрирани 175 смъртни случая в 14 държави. Данните, основани на случаи показват, че пациентите са на възраст между 0 и 90 години (средна възраст: 19 години), 78 % са по-млади от 30 години, а учениците на възраст между 5 и 19 години съставляват 47 % от всички случаи. За огромен процент от случаите (96 %) не е известно наличието на каквито и да било основни заболявания. Сред лицата, страдащи от основни заболявания, най-честото основно заболяване е хроничната белодробна болест, състояние, съобщавано при 30 % от тези случаи. Пневмонията е цитирана като усложнение при 0,6 % от инфекциите с пандемичен грип, общият процент на хоспитализираните случаи е 13 %, а съобщените смъртни случаи са 0,03 %.

Интегрираната европейска мрежа за надзор на клиничен и вирусен грип (EISN) се доказва като ефективно средство за навременното установяване на началото на грипния сезон 2008/2009 г., за мониторинга на хода на протичането на грипа и за характеризиране на основните му вирусологични признаци. Първите за 2009 г. пандемични грипни вируси, открити при несентинелни и сентинелни пациенти, се потвърждават в рамките на една до съответно три седмици след появата на първите заболели от тях в Европа. При все това сентинелният надзор на грипоподобните заболявания (ГПЗ) и остри респираторни инфекции (ОРИ) само открива ясно увеличение със закъснение от десет седмици. Дори през седмица 39/2009 г., когато случаи на пандемичен грип са били съобщени от всички държави-членки на ЕС, Исландия, Лихтенщайн и Норвегия, активност на ГПЗ/ОРИ над изходното равнище е била отбелязана само от девет от 29 държави, които съобщават данни на EISN.

Докато за по-висока чувствителност на изследванията би бил необходим по-голям брой сентинелни лекари, необходимо е да бъдат намерени решения и на други системни недостатъци. Предложените промени, които да бъдат направени към системата за надзор на грипа в Европа, са:

- допълнително насърчаване на стандартизираното докладване на интензивността, географското разпространение и тенденциите на ГПЗ и ОРИ;
- засилване на надзора на ГПЗ и ОРИ с надзор на тежките остри респираторни инфекции (ТОРИ);
- въвеждане на стандартизирани епидемични прагове за сентинелен надзор на ГПЗ/ОРИ;
- допълнително развиване на надзора на общата смъртност на европейско равнище и публично оповестяване на редовно получаваните резултати.

7 Надзор на инванзивните бактериални заболявания в Европа, 2007 г.

(публикуван през октомври 2010 г.)

Настоящият доклад описва епидемиологията на инванзивните бактериални заболявания, причинявани от бактериите *Haemophilus influenzae* и *Neisseria meningitidis* в държавите-членки (ДЧ) на Европейския съюз (ЕС) през 2007 г. От определените национални звена за контакт е било поискано да представят данни като използват преработения вариант на набора от данни за инванзивните бактериални инфекции (ИБИ), създаден през 2008 г. въз основа на съществуващата в минали периоди база данни EU-IBIS (Мрежа за надзор на инванзивните бактериални инфекции на ЕС). Този набор от данни съдържа основана на случаи информация за епидемиологични и лабораторни променливи и е разделен на основен набор от променливи, приложими по отношение на всички заболявания, подлежащи на съобщаване в ЕС, и разширен набор от данни за променливи, свързани конкретно с инванзивно заболяване от *Haemophilus influenzae* и инванзивна менингококова болест. С цел улесняване на представянето на данни за ДЧ се осигурява обучение по интернет през юни 2008 г. и се предоставят допълнителни обучителни видео- и други материали преди поканата за предоставяне на данни.

От 30-те държави-членки на ЕС/ЕИП 27 са предоставили данни за инванзивното заболяване от *Haemophilus influenzae* и 29 - за инванзивната менингококова болест.

Инванзивно заболяване от *Haemophilus influenzae*

- През 2007 г. са съобщени общо 2058 случая на инванзивно заболяване от *Haemophilus influenzae*. Равнищата на регистрирани случаи варират в ДЧ, а равнищата в скандинавските държави са по-високи спрямо равнищата в останалата част от Европа, като е налице трайна тенденция на увеличаване. При все това, равнището в повечето държави остава под 1 случай на 100 000 души. Съобщени са най-високи общи равнища на регистрирани случаи сред кърмачетата под една година (3 на 100 000 души, 118 случая). Докато в периода 1999—2007 г. са налице тенденции за съществен спад за серотип b сред кърмачетата (от 3 на 100 000 души до 1 на 100 000 души), за некапсулираните щамове е налице тенденция на увеличение от 1,5 на 100 000 души на 2,5 на 100 000 души за един и същи период.
- Шестдесет и седем процента от всички случаи на инванзивно заболяване от *H. influenzae*, докладвани през 2007 г., са причинени от некапсулирани щамове. Увеличението в броя на некапсулираните щамове, съобщавано през годините, може да бъде частично обяснено със засиленото констатиране на случаи и подобрението на чувствителността на системите за надзор, което е документирано в няколко ДЧ. При все това, през последните няколко години в ЕС също е било наблюдавано действително увеличение в броя на регистрираните серотипове, които не са включени във ваксината (щам, който не е тип b и некапсулиран щам). Въвеждането на конюгатна ваксина срещу *H. influenzae* тип b (Hib) е довело до по-висок процент на инванзивни инфекции от *H. influenzae*, което се дължи на щамове, които не са серотип b, поради намаляването на заболяемостта от Hib. При все това, за разлика от програмата за ваксиниране с пневмококова конюгатна ваксина, липсват каквито и да било съгласувани или убедителни доказателства, въз основа на които да се предположи, че масовото ваксиниране срещу Hib в кърмаческа възраст е довело до замяна на серотипа, който причинява или носителството, или заболяването. В неотдавнашно свое официално становище относно конюгатните ваксини срещу Hib Световната здравна организация (СЗО) е заключила, че „досега замяната на бактериалните щамове не е била важна характеристика на широкомащабното имунизиране срещу Hib“.
- Въз основа на конкретните съобщени цифри се оказва, че е налице изместване към групи от хора в по-напреднала възраст. Четиридесет и пет процента от всички случаи, съобщени през 2007 г., са за възрастни над 65 години; тази констатация е в съответствие с изследване от САЩ, в което се подчертава повишената заболяемост от инванзивно заболяване с *H. influenzae* в периода от 1996 до 2004 г. Епидемиологичните характеристики на *H. influenzae* също са се променили, като първоначално заболяването е било установявано главно при деца и е било с доминиращ серотип b, а впоследствие то е било установявано при възрастни и е било с доминиращи, неподлежащи на типизиране щамове.
- През 2007 г. до 60 % от случаите са регистрирани при ваксинирани лица, както обикновено се наблюдава при населения с голям обхват на ваксиниране. Сред напълно ваксинираните лица по-голямата част са деца на възраст от 1 до 4 години, докато лицата на възраст под една година съставляват 27 % от случаите. Въз основа на наличните данни, не е възможно да се прецени дали наблюдаваните случаи могат да бъдат класифицирани като действителни случаи на неуспешно ваксиниране и е необходима повече информация, за да се проучи допълнително тази констатация. Допълнителен контекст по тази тема е бил предоставен от изследване, проведено от EU-IBIS, в което се анализират случаите на неуспешно ваксиниране с ваксината срещу Hib, идентифицирани чрез национален надзор, осъществен в периода 1996—2001 г. в Европа, Израел и Австралия, и се описват

клиничните и лабораторните признаци в многочислено и разнообразно население с различни имунизационни схеми.

Обединеното кралство съобщава подробно за повторна проява на заболяването от Hib, поради неуспешно ваксиниране.

Инванзивна менингококова болест

- През 2007 г. в ЕС/ЕИП са регистрирани 5583 случая на инванзивни бактериални заболявания, причинени от *N. Meningitidis*, като общото равнище на регистрираните случаи е 1,12 случая на 100 000 души. Равнищата на регистрираните случаи варират между различните ДЧ и са по-високи в Ирландия и Обединеното кралство (УК), в сравнение с останалата част от Европа, въпреки че и в двете държави е налице устойчива тенденция към намаляване. Освен тези две държави други шест ДЧ имат равнища на регистрираните случаи над 1 на 100 000 души (Белгия, Дания, Нидерландия, Испания, Литва и Малта). Най-голям брой на случаите на инванзивна менингококова болест все още се отчита при кърмачетата и децата, като в 50 % от случаите заболелите са деца на възраст под 10 години. Най-високите равнища, наблюдавани при деца на възраст под една година, са съобщени от Ирландия и УК, като тези равнища са 74,5/100 000 души и съответно 46,6/100 000 души.
- Както и при *H. influenzae*, разнородността на съобщените случаи може да бъде обяснена с редица възможни причини: подобряване на чувствителността на системите за надзор; различие във видовете клинични прояви, които са предмет на надзор (т.е. сепсис или менингит или и двете) във всяка ДЧ; различия в приложените определения на случаи; различия в капацитетите на лабораториите; или различия в медицинските практики за осигуряване на ранно вземане на кръвните проби. На този етап Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) все още не разполага с добро общо представяне на основните причини за тези различия и поради това той съветва да бъде проявявана бдителност при сравняване нивата на регистрирани случаи на различните държави по серогрупа и възраст.
- Процентът на случаите с липсваща информация за серогрупаите остава висок, особено в държавите от Източна Европа. Въпреки това, идентифицирането на серогрупите се е подобрило с течение на времето, като броят на неизвестните серогрупи е намалял съществено през последните пет години от 1448 през 2003 г. до 559 случая през 2007 г. През 2007 г. серогрупа В е най-често съобщаваната серогрупа, която причинява инванзивна менингококова болест в Европа и представлява около 90 % от всички серогрупи, регистрирани сред деца на възраст под четири години. В държавите, в които се прилагат ваксини срещу менингококова серогрупа С (МСС), в голяма степен преобладават случаите на менингококова болест, причинена от серогрупа В във всички възрастови групи, и по-специално във възрастовите групи под една и между една и четири години (73 % и съответно 81 % от случаите), обичайните целеви групи за ваксиниране срещу серогрупа С.
- В държавите, в които се прилагат МСС ваксини, процентът на случаите на заболяване, причинено от серогрупа С, е намалял значително няколко години след въвеждането на ваксината в националния имунизационен календар, по-специално в целевите групи на програмите за ваксиниране. Процентът на случаите на заболяване, причинено от серогрупа С, изглежда се увеличава с възрастта, което вероятно се дължи на малкия обхват на ваксиниране в групите от хора в по-напреднала възраст, както и на намаляващата ефективност на ваксината след годината за първична имунизация, определена в имунизационния календар.
- Информацията, касаеща определянето на серотипа и подтипа на щамовете се увеличава, поради прилагането на молекулярните технологии във все повече държави. Независимо от това, броят на пробите с определен серотип и сероподтип остава нисък и тълкуването на тези резултати трябва да бъде извършвано внимателно. Най-високият брой на проби с определен сероподтип е съобщен от Франция, Обединеното кралство и Белгия.

Основни заключения

Като цяло, заболяемостта от двете заболявания продължава да намалява, особено при малките деца, които са целева група на кампаниите за ваксиниране. Въпреки това, на европейско равнище броят на случаите на заболяване, причинено от серотипове и серогрупи, които не са включени във ваксините нараства, като засяга и малки деца. Тази тенденция трябва да сеследи с внимание.

Тъй като обхватът на ваксиниране е голям и за двете ваксини, заболявания се проявяват и при ваксинирани лица. За съжаление, не са събрани достатъчни данни, въз основа на които да бъде извършен задълбочен анализ на възможните неуспешни ваксинирания или да се направи какъвто и да били извод относно процента на проявените заболявания сред ваксинирани лица в държави с или без ваксиниране. Това се дължи на факта, че делът на липсващи данни за имунизационния статус е много висок и не е налична информация за датата на раждане, броя на получените дози и датата на последната имунизация. В допълнение, цялата информация, която се изисква, за да се твърди, че е налице неуспешно ваксиниране, все още не е включена в набора от променливи (като „час на раждане“ и „брой и дати на приложените дози“).

За да се подобри съпоставимостта на данните между участващите държави, са необходими по-стандартизирани лабораторни методи за идентифициране на случаи и приемането на общо определение за случаи за целите на надзора на местно равнище. Методите за определяне на генотипа ще стават все по-осъществими в европейските държави и това ще подобри разбирането на надзорните данни; и все пак, за това е необходимо по-тясно сътрудничество между лабораториите и епидемиологичните центрове, както на национално, така и на европейско равнище. В тази връзка е отправена покана за участие в проект с предмет: „Лабораторен надзор и външен контрол на качеството (EQA) при инвазивни бактериални заболявания в ЕС“. През 2008 г. изпълнението на поръчката е възложено от консорциум на европейските институции, координиран от Университета във Вюрцбург, Германия, като понастоящем тече втората година от началото на проекта. Проектът е съсредоточен не само върху EQA и обучението, но и по-специално върху увеличаването и хармонизирането на капацитета на лабораториите в ДЧ и засилването на сътрудничеството между лабораториите и институтите за обществено здраве в ЕС. Една от основните дейности на групата е да се насърчи използването на молекулярни методи за определяне на типа в рамките на рутинния надзор.

8 Годишен епидемиологичен доклад за заразните болести в Европа, 2010 г.

(публикуван през ноември 2010 г.)

Този доклад представя анализ на данните, съобщени за 2008 г. от 27-те държави-членки на ЕС и три държави от ЕИП/ЕАСТ: Исландия, Лихтенщайн и Норвегия. Основната цел на настоящия доклад е, въз основа на наличните данни, да даде известна насока за това, дали основната тежест на заразните болести понастоящем се пада на Европейския съюз. В тези области се изискват по-съгласувани действия, за да се намали текущата и потенциалната бъдеща тежест върху обществото, общественото здраве и системите на здравеопазването и за да се намали човешкото страдание. Тези данни подпомагат задачата на ECDC да осигури основа за действие, при идентифицирането и споделянето на практики и да предложи методи за последващи действия, в резултат на интервенции.

Въпреки постигнатия голям напредък в подобряване качеството и съпоставимостта на данните, на читателя се препоръчва да бъде предпазлив, когато прави преки сравнения между отделните държави по отношение на нивата на регистрирани случаи. Системите за надзор се различават в голяма степен, а съотношенията между съобщената или регистрираната и действителната заболяемост варират при различните държави за много от заболяванията.

За първи път годишният анализ на заплахите, по отношение на които се осъществява мониторинг в ЕС, се докладва отделно⁵.

Антимикробна резистентност и инфекции, свързани със здравни грижи

Най-важната заплахата от заболявания в Европа остава заплахата от микроорганизмите, които са станали резистентни на антимикробни средства. През 2008 г. 900 лаборатории, които обслужват повече от 1500 болници, са дали своите данни за антимикробната резистентност (AMP) за седем основни индикаторни микроорганизма. Данните показват увеличение на резистентността спрямо всички антибиотични класове, които са предмет на надзор в европейски мащаб за най-често срещаната грамтрицателна бактерия, причиняваща бактериемия и инфекциите на пикочните пътища, *Escherichia coli*. Някои държави съобщават намаление на процента на метицилин-резистентни *Staphylococcus aureus* (MRSA), въпреки че процентът на MRSA е останал над 25 % в една трета от държавите. Нарастващата заплахата от мултилекарствена резистентност (резистентност спрямо различни видове от най-често употребяваните антибиотици), която се наблюдава все по-често при някои грамтрицателни бактерии, каквито са *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa*, продължава да поражда безпокойство.

През същата година са съобщени надзорни данни за 306 621 хирургически интервенции от 1422 болници, данни от 654 болници за 9129 пневмонии, придобити в Отделения за интензивна терапия (ОИТ) и 4077 инфекции на кръвообращението, придобити в ОИТ. През 2008 г. са потвърдени тенденциите на намаляване на наблюдаваните в предходен период инфекции на хирургични рани след поставяне на протеза на тазобедрената става. Разпределението на микроорганизмите, свързани с инфекции, придобити в отделенията за интензивна терапия, показва висок процент на Enterobacteriaceae, резистентна на цефалоспорин от трето поколение, и по-специално на *Klebsiella* spp. и *Enterobacter* spp.

Заболявания, свързани с околната среда, и векторно преносими заболявания

Огнището на Ку-треска, съобщено от Нидерландия в периода март—декември 2007 г., се активизира повторно през 2008 г. Най-много случаи са регистрирани през летния период, като пикът на заболяването е през седмиците 25—28 (средата на юни—средата на юли). Други европейски държави като Германия също съобщават за промени в тенденциите, свързани с Ку-треската, и увеличен, макар и в малка степен, брой на случаите през 2008 г.

От заразните болести в тази група, с по-сериозни последици, каквито са заболяванията с потенциални хеморагични прояви, Кримската-конгоанска хеморагична треска (СCHF) се разпространява отвъд обхвата на традиционните ендемични области в Балканския регион. Гърция съобщава за първи случай на заразяване на човек с СCHF през юни 2008 г. от северната част на страната, която се намира в близост до известна ендемична област. От друга страна засилените надзорни дейности, въведени в Италия след възникването през

⁵ ECDC. Годишен доклад за заплахите, 2009 г. Европейски център за профилактика и контрол върху заболяванията, Стокхолм; 2010 г. Този доклад може да бъде намерен на: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

предходната година на огнище на 217 лабораторно потвърдени случая на треска Чикунгуња показват, че на местно равнище треската Чикунгуња не се проявява повторно, тъй като всичките няколко случая, докладвани на ЕС/ЕИП са случаи на внасяне на заболяването от лица, които идват от друга държава.

Заболявания, предавани чрез водата и храната и зоонози

Много от заболяванията, предавани чрез храната, остават несъобщени в значителна степен, поради варирането в сериозността на клиничната картина.

Кампилобактериозата остава най-често съобщаваната причина за стомашно-чревни разстройства в ЕС и ЕИП/ЕАСТ с ниво на заболяемост през 2008 г. (44,1 на 100 000 души), което е до известна степен сходно с това през предходната година. Кампилобактериозата е типичен случай на подценявано заболяване, тъй като тази инфекция е известна като причиняваща асимптоматично или леко заболяване. Това, от своя страна, води до недостатъчно съобщаване и данни за него.

Общото равнище на регистрираните случаи на инфекции, предизвикани от VTEC/STEC (*Escherichia coli*, продуциращи Verо/Shiga токсин), също е останало относително непроменено през последните няколко години (на равнище от 0,66 на 100 000 души). При все това броят на съобщаваните случаи, при които се е развил хемолитико-уремичен синдром, се е увеличил с 42 % през 2008 г. в сравнение с предходната година. Що се отнася до салмонелозата и шигелозата, най-големият брой на регистрирани случаи на инфекция, причинена от VTEC/STEC, е сред децата на възраст под пет години (4,72 случая на 100 000 души), което най-вероятно се дължи на по-тежките клинични прояви в тази възрастова група и по-голямата вероятност за хоспитализиране с всяка следваща инфекция.

Налице е устойчиво намаляване на салмонелозата през последните три години, въпреки че *Salmonella* продължава да бъде причина за редица огнища на заболявания, предавани чрез храната, на международно, национално и поднационално равнище през 2008 г. Поради промяна в съобщаването на данните, в настоящия доклад е показано по-високо ниво на заболяемост от коремен тиф, отколкото през предходните години. Това е по-скоро изкуствен резултат, следствие от подобряването на надзора, отколкото действително увеличение. Все още, много голяма част от случаите на коремен тиф е са внесени от пътуващи лица, които се връщат от ендемични области.

През 2008 г. общото ниво на регистрирани случаи на хепатит А (3,34 на 100 000 души) е малко по-високо от това през 2007 г. (2,75 на 100 000 души). Равнището на регистрираните случаи в Латвия се е увеличило от 0,66 през 2007 г. на 123 на 100 000 души, основно в резултат от разпространение на огнището на територията на цялата държава, като първоначално огнището е възникнало сред интравенозните наркомани и лицата с ниски доходи, които живеят в хигиенни условия, които не отговарят на установените хигиенни норми, но по-късно то е засегнало и по-широк кръг от хора. По подобен начин огнище на хепатит А в Чешката република първоначално е засегнало инжекционно употребяващите наркотици, а впоследствие се е разпространило и сред населението като цяло.

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

ХИВ инфекцията е от заразните болести в Европа, която остава една от основните заплахи за общественото здраве, поражда. Случаите с HIV инфекция продължават да се увеличават. Налице е увеличение на броя на съобщените случаи на заразяване с ХИВ инфекция, равняващо се на 33 % , а заболяемостта нараства от 4,2 на 100 000 души през 2000 г. (13 265 случая) на 5,6 на 100 000 души (18 019 случая) през 2008 г. Тази тенденция е по-обезпокоителна, когато се вземе предвид факта, че в ЕС/ЕИП значителен процент от хората (приблизително 30 %) дори не знаят, че са заразени с ХИВ. Данните показват, че най-високият процент на случаи на заразяване с ХИВ се диагностицират при мъже, които имат сексуални контакти с мъже (40 %), но процентът на предаването на ХИВ по хетеросексуален път (29 %) се увеличава в редица държави в Европа. Доста голям процент от новите диагностицирани случаи на заразяване с ХИВ инфекция в ЕС се регистрират при имигранти от държави с генерализирана епидемия от ХИВ (основно в държавите от Субсахарска Африка). За разлика от изложените по-горе данни, въпреки конкретни ограничения, които съществуват по отношение на данните, се оказва, че броят на диагнозите за СПИН е намалял, освен в прибалтийските държави.

Хламидийната инфекция остава най-често съобщаваната инфекция, предавана по полов път в ЕС/ЕИП, с 335 329 потвърдени случая (150 на 100 000 души). Възможно е действителната заболяемост от хламидиоза да е по-висока, тъй като специално за тази инфекция е налице тенденция за съобщаване на недостатъчно данни. Тази тенденция продължава да се увеличава през последните 10 години. Хламидиозата остава заболяване на пълнолетните млади хора, като равнището на регистрираните случаи сред лицата на възраст между 15 и 24 години е 976 на 100 000 души; младите жени се заразяват с тази инфекция по-често от младите мъже.

Въпреки че тенденцията за съобщаване на случаи на хепатит С е относително стабилна, а нивата на заболяемост от хепатит В изглеждат намалели в сравнение с предходните години, налице са постоянни ограничения по отношение на представяните данни. Тълкуването на тези тенденции се възпрепятства от доста големи различия между системите за надзор, неотдавнашни промени в съобщаването, значителен брой

недиагностицирани случаи, възможни различия в използваните определения на случаи (т.е. различно използване и/или тълкуване на маркерите за хепатит В) и предоставянето на непълни данни в някои държави. Освен това, някои държави не правят разлика в докладите си за остри и хронични случаи на хепатит В и С и това, заедно с високия процент на асимптоматичните случаи, води до комбинация от данни, които не могат лесно да бъдат сравнени между отделните държави. ECDC работи в посока подобряване на засиления надзор на тези вирусни инфекции, включително и в посока подобряване на хармонизирането на надзора на хепатит В и С на европейско равнище.

Инфекции на дихателните пътища

Всяка зима стотици хиляди хора в ЕС се разболяват сериозно и умират в резултат от сезонен грип. Грипният сезон 2008/2009 г. в Европа започва през седмица 48/2008 г., продължава около 10 седмици във всяка засегната държава и приключва през седмица 16/2009 г., след като пиковата активност преминава през континента в посока от запад на изток и след това в посока югоизток. В рамките на сезон 2008/2009 г. първо доминира грип А(Н3N2), а след това в по-малка степен грип В, като при повечето изследвания за откриване на вируси като цяло се открива вирусът А(Н3N2). По-голямата част от циркулиращите вируси на грип В не отговарят на В компонента, включен в противогрипната ваксина за северното полукукло за 2008/2009 г. Все пак е малко вероятно, това да е било от особено значение за общественото здраве предвид относително ниското разпространение на В вируси, наблюдавано през този сезон. През седмица 19/2009 г., в края на „нормалния сезон“, в сентинелна проба е открит първият вирус на пандемичен грип А(Н1N1). След това настъпва и пролетната/лятната вълна на пандемията.

През 2008 г. отново възникват огнища на високопатогенен птичи грип и нископатогенен птичи грип, съобщени за птици в ЕС, но огнищата са по-малки от тези през 2007 г. Не е съобщен нито един случай на заразяване на хора от тези огнища на заболяването.

Равнището на регистрирани случаи на Легионерска болест (легионелоза) в държавите от ЕС и ЕИП/ЕАСТ остава стабилно при стойности от 1,2 на 100 000 души. Пикът на съобщените през юли случаи, наблюдаван през предходни години, е с по-дълга продължителност през 2008 г., като тогава той продължава от юни до септември. Броят на съобщените свързани с пътуване случаи на Легионерска болест е по-нисък от този през 2007 г., както е и броят на свързаните с пътувания случаи.

Налице е устойчив среден годишен спад в броя на случаите на ТБ през последните пет години, въпреки че 28 държави от ЕС и ЕИП/ЕАСТ все още съобщават 82 611 случаи на ТБ (равнище на регистрираните случаи от 16,7 на 100 000 души) през 2008 г. В ЕС ТБ е по-често срещано заболяване сред мигрантите, бездомните хора, бедните хора в гетата, затворниците, хората, заразени с ХИВ, и употребяващите наркотици, но данните за 2008 г. потвърждават, че е налице разнородна картина с три широки епидемиологични категории:

- държави с ниска заболяемост, в които случаите сред лицата с чужд произход стават все повече и които само понякога съобщават за увеличаване на броя на регистрираните случаи;
- държави с относително умерени до високи равнища на регистрирани случаи, които намаляват. и с ниски равнища на MDR TB; и
- държави с относително високи равнища на регистрирани случаи и с висок процент на случаите на MDR TB, но отново с намаляващите общи равнища на случаите на ТБ.

Освен това процентът на случаите на комбиниране на туберкулоза с лекарствена резистентност (MDR TB) се е увеличил от 4 % на 6 % в периода 2007—2008 г. главно поради непълни или недобре замислени лечебни режими. Равнището на успеваемост на лечението за тези случаи на MDR TB също остава изключително ниско като процентът е 30.9 % за кохорт за 2006 г. Въпреки, че качеството, представителността и пълнотата на данните за резистентност към втора генерация терапия все още могат да бъдат подобрявани, числовите данни потвърждават, че понастоящем в рамките на територията на ЕС се налага XDR TB.

Заболявания, предотвратими чрез ваксинация

Понастоящем някои от заболяванията, предотвратими чрез ваксинация, които са с по-сериозни последици (каквито са полиомиелит, дифтерия или тетанус) са почти премахнати от ЕС/ЕИП. Друга история за успех в почти всички държави на ЕС е въздействието на ваксината срещу Hib, която е включена в техните национални имунизационни календари. По отношение на останалата част от заболяванията, предотвратими чрез ваксинация, остават проблеми, свързани с постигането на по-добро покритие на трудностъпните групи от населението. Освен това неоснователни съмнения относно безопасността на ваксината са възпрепятствали прилагането ѝ на целеви групи за някои от тези инфекции, като по този начин са причинили локализирано огнища, които е трябвало да бъдат напълно предотвратени.

Едно от тези заболявания е морбили. Общият брой на случаите на морбили в държавите от ЕС и ЕАСТ е значително по-висок през 2008 г. спрямо 2007 г. Това се дължи на големите огнища в няколко държави като най-много случаи са регистрирани в Швейцария, Италия, Австрия, Германия, Франция и Обединеното кралство.

Необходима е силна политическа ангажираност, за да се промени в противоположна посока тази обезпокоителна тенденция.

За разлика от морбили броят на съобщените и лабораторно потвърдените случаи на рубеола е намалял в периода 2007—2008 г. Въпреки общото съществено намаление в броя на случаите на вродена рубеола инфекция след въвеждането на ваксината, в Европа все още се проявяват спорадични случаи на заболяването. По-ниското от оптималното покритие с ваксина срещу морбили–паротит–рубеола може да създаде групи от възприемчиви лица, последвано от увеличаване на тези заболявания, включително и вродена рубеола инфекция.

Общото равнище на регистрираните случаи на инвазивна пневмококова болест (ИПБ) е 5,2 на 100 000 души през 2008 г., едно от най-високите в сравнение с останалите заболявания, предотвратими чрез ваксинация. В ЕС съществува голямо разнообразие от системи за надзор на ИПБ, по-специално по отношение на вида на въведените системи, тяхното покритие и използваното определение за случаи; докато в някои държави не са въведени каквито и да било системи за надзор, ECDC въвежда в ЕС по-засилен надзор, включващ също така и лабораторен надзор, с цел по-добър мониторинг на тенденциите при серотиповете, особено при онези от тях, които не са включени във ваксината.

Заклучения

Настоящото резюме на данните и тенденциите от 2008 г. показва, че приоритетите за профилактиката и контрола на заразните болести в ЕС не са се променили съществено през последните няколко години. За определени заболявания е налице известно намаляване на заболяемостта и броя на случаите чрез съгласувани действия за профилактика и контрол, предприети от държавите-членки (въпреки че равнищата могат да останат високи в конкретни контингенти от населението и рискови групи). Въпреки това, остават няколко проблема, свързани със заразните заболявания, като основните от тях са:

- антимикробна резистентност;
- инфекции, свързани със здравните грижи;
- инфекции, предавани по полов път, особено такива, причинени от ХИВ и хламидии;
- инфекции на дихателните пътища, причинени от грип (потенциал за пандемия, както и ежегодни сезонни епидемии), туберкулоза и пневмококови инфекции.

За някои от тези заболявания допълнителни съвместни действия (напр. чрез ваксиниране и подобни мерки за контрол) биха могли да доведат до обявяването на ЕС и в резултат на това — Европа, за „свободни“ от заболяването, както и случаят с няколко заболявания, предотвратими чрез ваксинация. Но държавите-членки на ЕС все още са далеч от постигане на целите, които вече са поставени от елиминационните програми и по-специално, по отношение на морбили, където тенденцията към намаляване се е променила в противоположна посока. По подобен начин подобряването на чувствителността и специфичността на надзора на рубеолата е от първостепенно значение, предвид целта на СЗО за 2010 г за премахването ѝ. Що се отнася до пневмококовите инфекции - продължават да бъдат изразявани опасения, свързани с възможността след въвеждане на ваксината серотиповете, включени в пневмококовата конюгатна ваксина, да могат да бъдат заменени от серотипове, които не са включени в нея, нещо, което вече е наблюдавано в САЩ.

Данните от 2008 г. сочат, че антимикробната резистентност представлява все по-важна опасност за общественото здраве в Европа. Проблемът налага необходимост от международно сътрудничество, както и съгласувани усилия на национално равнище, за да се ограничи и възпрепятства появата на антимикробна резистентност. По подобен начин инфекциите, свързани със здравни грижи, представляват нарастващ проблем, по отношение на който е необходимо да бъдат въведени съгласувани политики за профилактика и контрол. За създаването на адекватни политики, управляващите в областта на здравеопазването ще се възползват от преимуществото да разполагат с по-надеждни данни, които се очаква да бъдат получени в резултат от усилията за подобряване на системите за надзор, базирани главно в болниците или заведенията за дългосрочни грижи.

Въпреки че е налице обща тенденция на намаляване на случаите на ТБ, случаите на MDR TB и HIV с ТБ продължават да се увеличават. По подобен начин по отношение на ХИВ също е налице тенденция на увеличаване. И в двата случая тези две инфекции изискват сериозно внимание с цел поддържане на строги национални и международни дейности за профилактика и контрол, включително и допълнително инвестиране в надзорни дейности. Съобщаваните данни по отношение на съпътстващите заболявания на ТБ/ХИВ остават непълни, въпреки че съществуват нови планове за подобряване на тази ситуация.

Грипът продължава да показва колко непредсказуеми могат да бъдат сезонните епидемии чрез данните за относително тежкия сезон, в рамките на който е доминирал вирус А(Н3N2), довел до пандемия от А(Н1N1) с произход от Америка.

Таблица А: Обобщен преглед на общата тенденция, равнище на регистрирани случаи в ЕС и основни засегнати възрастови групи за заразните заболявания, съобщени на равнище ЕС за 2008 г.

Заболяване	Обща тенденция	Равнище на регистрирани случаи в ЕС на 100 000 души (2008 г.)	Основни засегнати възрастови групи (2008)
Инфекции на дихателните пътища			
Грип	↔	Липсват данни	0–14
Птичи грип	Недостатъчни данни	0	Недостатъчни данни
Легионерска болест (Легионелоза)	↑	1,2	≥ 65
Туберкулоза	↓	16,7	25–44
ХИВ, инфекции, предавани по полов път и вирусни инфекции, предавани по кръвен път			
Хламидиална инфекция	↑	149,9	15–24
Гонорея	↓	8,6	15–24, 25–44
Хепатит В	↓	1,3	25–44
Хепатит С	↑	9,0	25–44
ХИВ	↑	5,7	25–44
СПИН	↓	1,1	40–49
Сифилис	↔	4,2	25–44
Заболявания, предавани чрез храната и водата и зоонози			
Антракс	↓	< 0,01	Недостатъчни данни
Ботулизъм	↔	< 0,1	25–44
Бруцелоза	↓	0,2	45–64, 25–44
Кампилобактериоза	↑	44,1	0–4
Холера	↓	<0,01	Недостатъчни данни
Криптоспоридиоза	↔	2,4	0–4
Ехинококоза	↔	0,2	45–44, ≥ 65
<i>Escherichia coli</i> , продуциращи Vero/Shiga токсин (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Жиардиаза	↓	59,6	0–4
Хепатит А	↓	3,3	5–14
Лептоспироза	↔	0,2	45–64
Листерия	↔	0,3	≥ 65
Салмонела	↓	29,8	0–4
Шигелиоза	↔	1,8	0–4
Токсоплазмоза	↓	0,8	15–24
Трихинелоза	↔	0,1	25–44
Туларемия	↔	0,2	45–64
Тифоидна/паратифоидна треска	↔	0,3	0–4, 5–44
Вариант на болестта на Кройцфелд–Якоб	Недостатъчни данни	< 0,01	Недостатъчни данни
Йерсиниоза	↑	2,7	0–14

Заболяване	Обща тенденция	Равнище на регистрирани случаи в ЕС на 100 000 души (2008 г.)	Основни засегнати възрастови групи (2008)
Нововъзникващи и векторно преносими заболявания			
Малария	↔	1,2	25—44
Чума	Недостатъчни данни	0	Недостатъчни данни
Ку—треска	↔	0,4	45—64
Тежък остър респираторен синдром (ТОРС)	Недостатъчни данни	0	Недостатъчни данни
Вариола	Не е приложимо	0	Недостатъчни данни
Треска „Чикунгуња“	Недостатъчни данни	< 0,01	45—64
Треска „Денга“	Недостатъчни данни	0,1	25—44
Инфекция с „Ханта“ вирус	Недостатъчни данни	1,4	25—44, 45—64
Западнонилска треска	Недостатъчни данни	< 0,01	Недостатъчни данни
Жълта треска	Недостатъчни данни	0	Няма случаи
Заболявания, предотвратими чрез ваксинация			
Дифтерия	↓	<0,01	5—14, 45—64
Инванзивна инфекция, причинена от <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0—4
Инванзивна менингококова болест	↓	0,9	0—4
Инванзивна пневмококова инфекция	↓	5,2	≥ 65, 0—4
Морбили	↔	0,9	0—4
Епидемичен паротит	↓	2,8	5—14
Коклюш	↔	5,3	5—14
Полиомиелит	Недостатъчни данни	0	Недостатъчни данни
Бяс	↓	< 0,01	Недостатъчни данни
Рубеола	↓	0,6	0—4
Тетанус	↓	< 0,1	≥ 65
Антимикробна резистентност и инфекции, свързани със здравни грижи			
Антимикробна резистентност	↑	Не е приложимо	Недостатъчни данни
Инфекции, свързани със здравни грижи	↑	Не е приложимо	Недостатъчни данни

9 Надзор на антимикробната резистентност в Европа, 2009 г.

(публикуван през ноември, 2010 г.)

Това е първият Годишен доклад на Европейската мрежа за надзор на антимикробната резистентност (EARS—Net) след преминаване на Европейската система за надзор на антимикробната резистентност (EARSS) към Европейския център за профилактика и контрол на заболяванията (ECDC) на 1 януари 2010 г. Този доклад представлява продължение на поредицата от високо ценени годишни доклади на EARSS, публикувани от тази мрежа от 2001 г. насам.

През последното десетилетие антимикробната резистентност заема все по-видно място в програмата за обществено здраве в Европа. Надзорът на антимикробната резистентност, извършван преди от EARSS, а понастоящем от EARS—Net, има важна роля за предоставяне на документи, свързани със звикването и разпространението на антимикробната резистентност, както и за повишаване на осведомеността за проблема на политическо равнище, сред служителите в общественото здраве и в научната общност.

Въз основа на данните за антимикробната резистентност, съобщени на EARS—Net от 28 държави през 2009 г., и на резултатите от анализите на тенденциите, включително данните на EARSS от предходни години, ситуацията по отношение на резистентността в Европа показва големи различия, в зависимост от типа на патогена, антимикробното вещество и географския регион.

През 2009 г. най-обезпокоителните резултати по отношение на резистентността идват от бързо намаляващата податливост на инвазивната бактерия *Escherichia coli* на почти всички антимикробни агенти, включени в извършвания от EARS—Net надзор, с изключение на карбапенемите, както и от широкото разпространение на резистентност при *Klebsiella pneumoniae* спрямо цефалоспорини от трето поколение, флуорохинолони и аминогликозиди. В половината от държавите, за които са съобщени данни, процентът на мултирезистентните *K. pneumoniae* изолати (комбинирана резистентност спрямо цефалоспорини от трето поколение, флуорохинолони и аминогликозиди) е над 10 %, а и понастоящем няколко държави също докладват за висок процент на резистентност спрямо карбапенемите. Тези антибиотици са били широко използвани в много държави поради нарастващия процент на широкоспектърните бета-лактамази (ESBL), продуциращи Enterobacteriaceae, с последващо въздействие върху появата на продуцирането на карбапенемази (VIM, KPC и NDM—1), особено при *K. pneumoniae*.

Най-високите проценти на резистентност при *E. coli* са съобщени за аминопеницилините, при които резистентността достига до 66 %. Независимо от високото равнище на резистентност процентът продължава да се увеличава дори и в държавите, в които вече е налице равнище на резистентност доста над 50 %. Резистентността спрямо цефалоспорини от трето поколение при *E. coli* също е нараснала значително през последните четири години в повече от половината от докладващите държави. Тази резистентност е пряко свързана с високия процент (85—100 %) положителни ESBL сред резистентните изолати в държави, предоставили данни за ESBL през 2009 г.

Други тенденции в появата на резистентност, съобщени в EARS—Net, носят надежда, че националните усилия за контрол на инфекциите и усилията, насочени към ограничаване на резистентността, могат в някои случаи да спрат развитието на резистентността или дори да обърнат в обратна посока нежеланите тенденции по отношение на резистентността, както в примера с развитието на метицилин-резистентни *Staphylococcus aureus* (MRSA). Въпреки че процентът на MRSA сред *Staphylococcus aureus* все още е над 25 % в 10 от 28 държави, появата на MRSA се стабилизира или намалява в някои държави, а в Австрия, Франция, Ирландия, Латвия и Обединеното кралство се наблюдава непрекъснато намаляване.

Освен това, в Обединеното кралство данните показват последователно намаляване на процента на резистентност при *K. pneumoniae* за всички антибиотични класове, които са предмет на надзор, а в някои държави (Гърция, Германия, Италия и Франция) усилията за контрол на резистентността на гликопептиди при *Enterococcus faecium* изглежда е успешна и води до постоянно намаляване на процента на резистентните изолати. В същото време високото равнище на резистентност спрямо аминогликозиди при *Enterococcus faecalis* изглежда се стабилизира на относително високо равнище. По-голямата част от държавите съобщават за процент на резистентни изолати между 30 % и 50 %.

По отношение на *Streptococcus pneumoniae* податливостта на пеницилин като цяло е стабилна в Европа, а неподатливостта на макролиди е намаляла в шест държави, като нито една държава не докладва за тенденции на нарастване. По отношение на *Pseudomonas aeruginosa* висок процент на резистентност спрямо флуорохинолони и карбапенемите, както и на комбинирана резистентност, е съобщен от много държави, особено в Южна и Източна Европа.

По отношение на няколко антимикробни и патогенни комбинации, например резистентността спрямо флуорохинолони при *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* и за MRSA, ясно личи постепенно увеличаване в посока от север на юг в Европа. Като цяло, по-ниски проценти на резистентност са докладвани на север, а по-

високи проценти — в южната част на Европа, които вероятно отразяват различията в практиките за контрол на инфекциите, наличието или липсата на законодателство по отношение на предписването на антимикробни средства и други фактори, за които е известно, че оказват влияние върху появата на резистентност.

По отношение на *K. pneumoniae* обаче, тенденциите на нарастване на резистентността към конкретни антибиотични класове и на многолекарствената резистентност се наблюдават също и в държавите от Северна Европа, като Дания и Норвегия, които са с традиционно предпазлив подход към използването на антибиотици.

В допълнение към анализа на постоянните тенденции и прегледа на ситуацията, този доклад на EARS—Net за 2009 г. включва специална глава, предоставяща задълбочен анализ по отношение на *E. coli* и MRSA. Тези анализи се основават изключително на данни от лаборатории, които редовно са предоставяли данни в продължение на няколко години. Задълбоченият анализ потвърждава наличието на последователно нарастване на многолекарствената резистентност и разкрива стабилен и значителен спад на антимикробната податливост при *E. coli* в продължение на няколко години. По отношение на MRSA наблюдаваният спад вероятно отразява ефикасността на мерките за контрол на инфекциите на болнично равнище и дори може да даде известна надежда по отношение на успеха на стратегиите за ограничаване в други области.

В заключение, данните, докладвани на EARS—Net за 2009 г. от участващите държави, предоставят познавателна основа относно появата на антимикробна резистентност в Европа и документират постоянно намаляващите възможности за антимикробно лечение на основните бактериални патогени.

10 Надзор на ХИВ/СПИН в Европа, 2009 г.

(публикуван през ноември 2010 г.)

Ключови моменти

ХИВ инфекцията запазва основното си значение за общественото здраве в Европа, като има сведения за продължаващо предаване на ХИВ в Европа. Като цяло, въпреки непълната отчетност, липсва ясен показател за намаляване на броя на случаите, които се диагностицират всяка година. От 2004 г. нивото на съобщаваните новорегистрирани случаи на ХИВ на 100 000 души се е увеличило с почти 30 %, от 6,6 на 100 000 души през 2004 г. на 8,5 на 100 000 души през 2009 г. Броят на диагностицираните случаи на СПИН е продължил да намалява в Европейския регион на СЗО, с изключение на Източния подрегион, където броят на случаите на СПИН е нараснал. Сред 48-те държави, които съгласувано са предоставили данни за СПИН за периода 2004—2009 г., нивото на съобщените диагнози за СПИН е намаляло от 2,0 на 100 000 души на 1,0 на 100 000 души.

- През 2009 г. са диагностицирани и съобщени 53 427 случая на ХИВ от 49 от 53 държави в Европейския регион на СЗО (липсват данни от Австрия, Монако, Русия или Турция). Най-високите нива са докладвани от Естония, Молдова, Украйна и Узбекистан.
- 6568 случая на СПИН са съобщени от 48 държави (липсват данни от Австрия, Швеция, Монако, Русия или Турция).
- През 2009 г. са съобщени 25 917 нови диагностицирани случая на ХИВ инфекция от държавите от Европейския съюз и Европейското икономическо пространство (ЕС/ЕИП) (липсват данни от Австрия). В ЕС/ЕИП, най-високите нива са съобщени 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 38 % от случаите на предаване чрез хетеросексуален контакт са диагностицирани при лица, идващи от държави с генерализирана епидемия от ХИВ/СПИН.
- В трите географски/епидемиологични области основният начин на предаване е различен за различните области, което илюстрира значителните различия в епидемиологията на ХИВ инфекцията в Европа. Въпреки че данните показват, че предаването по хетеросексуален път е станало основният начин на предаване в Източния подрегион, включването на случаи от Русия, които не са налични за настоящия доклад, съществено би увеличило съответния процент на инжекционната употреба на наркотици. В такъв случай инжекционната употреба на наркотици ще бъде начин на предаване на повечето инфекции в региона като цяло и по-специално в Източния подрегион. В Централния подрегион основният начин на предаване на ХИВ инфекцията е секс между мъже, следван от хетеросексуален контакт. По подобен начин, 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.
- Представените тук данни имат някои ограничения, дължащи се на непълно съобщаване и липса на информация от някои държави, както и на забавено съобщаване 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 при отчитането на тези ограничения данните се коригират, общият брой на случаите на ХИВ инфекции за 2009 г. най-вероятно би се удвоил.

Препоръки за надзор на ХИВ/СПИН

Надзорните данни за ХИВ/СПИН са от жизнено значение за проследяването на текущото състояние и тенденциите при епидемията от ХИВ и те са определящ фактор за ответната реакция в сферата на здравеопазването. Следователно всички държави в Европа следва да:

- въведат национални системи за отчитане на случаи на ХИВ и СПИН и да гарантират пълна и своевременна информация; и
- подобрят качеството на предоставяните данни, най-вече по отношение на вероятните пътища на предаване и преброяването на CD4 клетки.

Препоръки в областта на общественото здраве

Интервенциите за контрол на епидемиите следва да бъдат основани на сведения и съобразени с държавата и нейната епидемиологична ситуация. От наличните надзорни данни е логично да се изведат следните препоръки:

- За държавите в Източния подрегион: интервенциите за контрол върху ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици, които включват програми за намаляване на вредите, следва да бъдат крайъгълен камък на стратегиите за профилактика на ХИВ. Следва, също така, да бъдат подкрепени мерките за профилактика на предаването по хетеросексуален път, насочени към лицата с високорискови партньори.

- За държавите в Централния подрегион: профилактиката трябва да бъде съобразена с обстоятелствата във всяка една държава, за да се ограничи епидемията до сегашното ѝ ниско равнище. Обаче, тъй като, епидемията сред мъжете, които имат сексуални контакти с мъже, нараства, интервенциите за контрол на ХИВ в тази група следва да бъдат укрепени приоритетно.
- За държавите 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 държавите да постигнат общата цел за всеобщ достъп до профилактика, лечение и грижи и за да се постигнат целите, заложи в съобщението и плана за действие на Европейската комисия „Борбата с ХИВ/СПИН в Европейския съюз и съседните страни за периода 2009—2013 г.“

Специални доклади

11 Прилагане на Декларацията от Дъблин относно партньорството за борба с ХИВ/СПИН в Европа и Централна Азия: доклад за напредъка от 2010 г.

(публикуван през септември 2010 г.)

През февруари 2004 г. представители на държавите от Европа и Централна Азия се срещат в Дъблин и издават декларация, насочена към ускоряване на прилагането на Декларацията за ангажимента, който държавите поемат през 2001 г. по време на специалната сесия на Генералната асамблея на ООН (UNGASS), посветена на ХИВ/СПИН.

Какъв е постигнатият напредък? Това е фокусът на настоящия доклад. Неговата цел е да се документират постиженията, като се използват доклади за отделни държави на фона на избран брой показатели, които са от практическо значение за държавите от региона. В доклада се използват съществуващи данни, когато това е възможно, и като цяло той се основава на дейностите, извършени в минали периоди, и по-специално на доклада, издаден от Регионалният офис за Европа на СЗО и UNAIDS (Съвместната програма на ООН срещу ХИВ/СПИН) през 2008 г. Изпратени са специални въпросници до 55 държави и са получени отговори от 49.

Политическо лидерство и партньорство

Почти всички държави съобщават, че имат стратегическа рамка за противодействие на ХИВ (92 %) и орган за управление/координация (84 %). Осем държави са разработили свои стратегически рамки през последните пет години, т.е. от датата на издаване на Декларацията от Дъблин. Все пак, не е ясно дали тези мерки с широко приложение са подходящи механизми за политическо лидерство по отношение на ХИВ в региона. По-подходящи биха могли да бъдат следните мерки:

- степента, до която финансовите средства за профилактика на ХИВ са подходящо определени за основни групи от населението, каквито са инжекционно употребяващите наркотици (ИУН), мъжете, които правят секс с мъже (МСМ), и лицата, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане;
- степента, до която държавите предлагат в достатъчен мащаб ключови интервенции, каквито са програмите за намаляване на вредите за ИУН и програмите за профилактика за МСМ; и
- степента, до която държавите са се справили с трудни, но съществени политически въпроси, свързани с маргинализираните групи от населението, които са изложени на най-голям риск, каквито са осигуряването на програми за намаляване на вредите за ИУН в затворите и достъпът до услуги за мигранти от държави с генерализирани епидемии от ХИВ.

Като цяло са налице убедителни доказателства, че гражданското общество е основен участник в противодействието на ХИВ в региона, както и че то участва интензивно в това противодействие. Например почти всички държави (98 %) съобщават, че са включили до известна степен гражданското общество в разработването на техните стратегически рамки. В съответствие с констатациите, направени в първия доклад за напредъка по Декларацията от Дъблин, и правителството, и гражданското общество подчертават конкретните ползи от включването на гражданското общество в противодействията на ХИВ, а гражданското общество коментира, че обстоятелствата, свързани с неговото включване в противодействията, са се подобрили в периода 2005—2007 г. Официалното включване на частния сектор в противодействията на ХИВ се оказва много по-ограничено.

Епидемиите от ХИВ в Европа и Централна Азия са концентрирани предимно сред конкретни групи от населението. Съществуват доказателства, че някои държави в региона ефективно насочват своите финансови средства в сферата на профилактиката на най-засегнатите групи от населението. Извършването на повече действия в тази насока не само би осигурило по-добро съотношение между качество и цена, но то дава и надежди за създаване на едно по-ефективно противодействие като цяло. Въпреки че финансирането на борбата с ХИВ в региона все повече се предоставя от национални източници, налице е належаща необходимост от постоянна финансова подкрепа в тези държави от региона, които са с ниски и средни приходи. Необходимо е създаването на устойчиви механизми за осигуряването на такава финансова подкрепа, което да бъде приоритет за всички държави в региона.

Настъпило е значително увеличение на финансовите средства, налични за глобално противодействие на ХИВ, от датата на издаване на Декларацията от Дъблин. Преди издаването на декларацията през 2002 г. наличните средства за глобално противодействие на ХИВ възлизат на 1,2 млрд. USD. Тази сума нараства почти шест пъти до 7,7 млрд. USD през 2008 г. Това увеличение е било постигнато от САЩ и някои европейски държави както чрез двустранни, така и чрез многостранни инициативи. През 2008 г. 40 % от всички разходи за международна помощ за СПИН от държави донори, са направени от държавите-членки на Европейския съюз (ЕС), държавите

от Европейската асоциация за свободна търговия (ЕАСТ) и Европейската комисия. Предвид настоящата глобална финансова криза и конкуриращите се приоритети за финансиране, е важно държавите от региона да удовлетворят изискването за поддържане и допълнително увеличаване на тези равнища на финансиране и да гарантират, че финансовите средства се използват по възможно най-ефективния начин.

Профилактика

Съществуват убедителни доказателства, че определени основни групи от населението са особено засегнати от ХИВ в Европа и Централна Азия. Съществуващото понастоящем предизвикателство е да се гарантира, че тези групи от населението имат достъп до необходимите услуги за профилактика на ХИВ в достатъчен обем. В първия доклад за напредъка по Декларацията от Дъблин се посочва значението на засилването и увеличаването на обема на целенасочените усилия в сферата на ХИВ за намаляване на несправедливостите, като този въпрос продължава да е актуален в региона.

Добре известен е фактът, че инжекционно употребяващите наркотици са уязвими в особена степен към заразяване с ХИВ, като със сигурност ситуацията действително е такава в целия регион. Освен това е ясно, че предаването на ХИВ сред ИУН може да бъде контролирано, ако се предоставят ефективни услуги в обем, който е достатъчен за постигане на положителен резултат. Основните мерки включват броя на иглите/спринцовките, разпределени на ИУН за година, и процентът на ИУН, които получават заместващо лечение при опиоидна наркотична зависимост. Необходимо е всички държави да се стремят към високи равнища на обхват на програмата, които вече са били постигнати от някои държави.

Също така е добре известно, че МСМ са били засегнати в особена степен от ХИВ в определени държави и региони, включващи части от Европа. МСМ са засегнати в особена степен от ХИВ не само в западната част на региона, но също така съществува доказателство за това, че те са по-засегнати в други части на региона, отколкото са били в предходни периоди. Това доказателство е в подкрепа на констатациите, които се съдържат в първия доклад за напредъка, в който се посочва, че съществува скрита епидемия от ХИВ сред МСМ. В някои държави равнищата на заразяване сред тези групи продължават да нарастват. Все пак причините за това са неясни и могат да бъдат различни за различните държави. Допълнителни доказателства във връзка с тези причини са необходими и следва да бъдат предоставени от провежданото понастоящем Европейско интернет изследване на МСМ (EMIS). Въпреки, че не е ясно как може да бъде точно измерен обхватът на програмите за МСМ, все пак може да бъде забелязано, че обхватът остава нисък в много държави, а процентът на незащитен анален секс остава неприемливо висок. Съществуват също така доказателства, предоставени от някои държави за това, че е по-малко вероятно определени групи МСМ — младите мъже, мъжете извън столичните градове, тези, които са по-малко образовани и тези които се самоопределят като бисексуални — да бъдат обхванати от програмите за ХИВ.

Въпреки че лицата, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане, се разглеждат като лица, изложени в особено голяма степен на риск от заразяване с ХИВ в глобален план, съществуват по-малко доказателства за това, че ситуацията в региона е такава. Например равнищата на разпространение на ХИВ сред лицата, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане, са относително ниски в много държави от региона. При все това този факт не се отнася за всички лица, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане. За някои категории лица, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане, са регистрирани по-високи равнища на заразяване с ХИВ, като тези категории включват лица, които освен предоставянето на сексуални услуги, употребяват наркотици чрез инжектиране, лица от мъжки пол и транссексуални лица, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане, лица от държави с генерализирани епидемии и лица, които работят на улицата. Сред лицата, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане като цяло, докладваните равнища на използване на презервативи по време на сексуален контакт срещу заплащане, са относително високи и вероятно това е от по-голямо практическо значение, отколкото общите мерки за осведомяване на лицата, предоставящи сексуални услуги срещу заплащане.

Мигрантите от държавите с генерализирани епидемии от ХИВ са засегнати от ХИВ в особена степен. Въпреки че някои държави изразяват безпокойство относно други групи мигранти, налице е по-малко убедително доказателство за това, че тези групи са непропорционално засегнати от ХИВ, независимо от други рискови поведения, каквото е инжекционната употреба на наркотици. Въпросите, свързани с мигрантите, не само че не са свързани с профилактиката на ХИВ, но те не са свързани и с предоставянето на услуги за лечение и грижа. В много държави съществуват конкретни проблеми, свързани с достъпа на мигрантите без документи до съществено важни услуги, каквато е антиретровирусна терапия (АРТ).

Затворниците, особено тези от тях, които употребяват наркотици чрез инжектиране, също са силно уязвими към заразяване с ХИВ инфекция в региона. Въпреки че съществува призната необходимост на затворниците и жителите на дадено населено място да се предоставят едни и същи услуги, свързани с ХИВ, ситуацията не е такава в много държави от региона. Държавите от ЕС/ЕАСТ са показали силно лидерство в предоставянето на заместващо лечение при опиоидна наркотична зависимост в затворите, но този подход не е бил приложен в много други държави от региона. Това лидерство не е било толкова устойчиво що се отнася до предоставянето на стерилно оборудване за инжектиране на наркотици в затворите.

Спорен въпрос за настоящия преглед се оказва степента, в която младите хора са уязвими към заразяване с ХИВ инфекция в различните държави от региона. Ясно е, че младите хора не могат да бъдат считани за хомогенна група що се отнася до риска от заразяване с ХИВ. Въпреки това, някои от тях са изложени на значителен риск, напр. младите ИУН и младите МСМ, и са налице известни доказателства за това, че е по-малко възможно противодействията съгласно програмата да достигна до тези групи, отколкото до групи от хора в по-напреднала възраст. Въпреки че повече от три четвърти от държавите съобщават, че образоването по темата за ХИВ е част от учебната програма в средните училища, е налице опасение за това, че не се преподават подробно уроци по сексуално здраве на всички млади хора в региона, особено на най-младите, напр. на младите хора в основните училища.

Носителство на ХИВ

Всички държави, които разполагат с динамични данни, съобщават за увеличаване на броя на хората, подложени на АРТ, от датата на приемане на Декларацията от Дъблин. Все пак съществуват опасения, че много от тези държави са започнали от много ниско ниво на предоставяне и своевременност на лечение. Основният проблем по отношение на незабавното предоставяне на лечение на нуждаещите се не е свързан с предоставянето на лечение на лицата, за които е известно, че се нуждаят от него, напр. лицата с CD4 от < 350 клетки/mm³. Проблемът по-скоро се изразява в това, че хората, носители на ХИВ в региона, които се нуждаят от лечение, не са наясно какъв е техният ХИВ статус, поради това, че не са били диагностицирани. Данните на ECDC за 2008 г. показват, че в 21 държави, които предоставят данни за преброяване на CD4 към момента на диагностицирането, повече от половината, от лицата, на които е извършено преброяване на CD4, имат резултат от по-малко от 350 клетки/mm³ към момента на диагностицирането. Тези данни пораждаат голямо безпокойство, тъй като те посочват, че значителен брой от хората в региона, започват АРТ по-късно отколкото е препоръчително.

Почти всички държави (84 %) съобщават, че заклеяването и дискриминацията са предмет на националните стратегии или рамките за действие в областта на ХИВ и СПИН, но това не е отразено последователно в политиките и програмите. Все още съществуват убедителни доказателства за остатъчно заклеяване и дискриминационни отношения в държави от региона, а степента, до която се използват наличните механизми за борба със заклеяването и дискриминацията е неясна. Тази ситуация не се е подобрила в значителна степен от датата на издаване на първия доклад за напредъка по Декларацията от Дъблин.

Мониторинг на Декларацията от Дъблин

Един от ангажиментите по Декларацията от Дъблин е мониторингът на нейното прилагане. Европейската комисия възложи отговорността за това на ECDC. Настоящият доклад е продукт на процеса, започнат от ECDC с цел изпълнение на тази отговорност. Той се основава на приноса на широк кръг от лица и организации. По-специално, приносът за осигуряването на данните, които се съдържат в доклада, е на 49-те държави, участвали в настоящия преглед.

Два от принципите, следвани по време на настоящия преглед, са използване на съществуващите данни и показатели, когато това е възможно, както и гарантиране, че проследяваните показатели, са приложими към ситуацията в държавите от Европа и Централна Азия. Периодично са се появявали напрежения, свързани с тези принципи, по-специално по отношение на степента, до която показателите и данните от UNGASS могат да се използват за процеса. Показателите от UNGASS са били използвани, когато това е било възможно. Когато държавите са предоставяли данни на UNGASS в предходни периоди, те са били използвани. Данните са били получени от 12 държави, които не са представили доклади на UNGASS през 2008 г. Прегледът изрично позволява на държавите да представят налични данни по конкретни теми, дори и те да не съответстват точно на показателите на UNGASS. В допълнение е била събрана информация за някои групи от населението, за които липсват каквито и да било конкретни показатели на UNGASS, напр. затворници и мигранти от държави с генерализирани епидемии. С настоящия преглед се прави заключение, че биха могли да се постигнат по-високи равнища на участие в докладването на UNGASS от страна на държавите на региона, ако:

- показателите са били по-уместни за региона;
- ползите от докладването на международно равнище са били представени по-ясно;
- тежестта за държавите, свързана с докладването, е била намалена чрез въвеждането на единен координиран процес за докладване на международно равнище

Бързото преминаване към разрешаването на тези въпроси се налага като неотложна задача на държавите от региона, участвали в настоящия преглед. ECDC се ангажира да има водеща роля в този регионален процес.

12 Пандемията от А(H1N1) в Европа през 2009 г. — преглед на опита

(публикуван през ноември 2010 г.)

Целта на настоящия разширен доклад е да се направи обширен преглед на епидемиологията и вирусологията на пандемията през 2009 г. в държавите от Европейския съюз и Европейското икономическо пространство (ЕС/ЕИП) (27-те държави-членки (ДЧ) на ЕС и Норвегия и Исландия). Предоставена е приложима обща информация относно грипната епидемия и пандемия, особено за тяхната променливост и непредсказуемост. Основните тенденции и информация се извличат от анализа и тълкуването на епидемиологичните и вирусологичните данни и други анализи, които се предоставят на Европейската система за надзор (TESSy) в Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) чрез Европейската мрежа за надзор на грипа (EISN).

Тези данни и анализи показват, че след неговата поява в Северна Америка пандемичният вирус започва да се предава в Европа около седмица 16/2009 г. Този вид вирус отговаря на предварително определените критерии за пандемия в Европа, като това е станало и на други места. Бързо се разработват надзорни дейности, подходящи за пандемията, и се постига споразумение за тях между ECDC и държавите-членки на ЕС/ЕИП, като информацията за тази цел се предоставя от Световната здравна организация (СЗО) и вече засегнатите държави извън Европа. Споменатите дейности се базират на предварително съществуващите системи, но включват и нови елементи за мониторинг на ситуацията сред сериозно засегнатите от пандемичния вирус лица. В допълнение са използвани епидемиологични сведения и целеви методи за научно наблюдение, за да се определят възможно най-скоро важните параметри, необходими за извършване на информирани оценки на риска, коригиране на прогнозните оценки и съобщаване на ответните мерки.

Европейската мрежа за надзор на грипа съобщава за първоначална пролетна/лятна вълна на предаване, която се появява в повечето държави, но същинска епидемия възниква само в няколко държави, по-специално в Обединеното кралство. Интензивността на предаване намалява за кратко през лятото, но се усилва отново в началото на есента веднага след откриването на учебните години в училищата. Тогава тя засяга всички държави, тъй като се забелязва, че есенната/зимната вълна се придвижва през континента в посока от запад на изток. Световната здравна организация обявява официално пандемията през седмица 32 от 2010 г.

В повечето държави есенната/зимната вълна на инфекцията протича остро, тя продължава около 14 седмици и е придружена от подобна вълна, която води до случаи на хоспитализиране и до смъртни случаи. Освен това е налице разнородност по отношение тежестта на протичане на заболяването, тъй като тя е различна на различните места, дори в рамките на една и съща държава. Като цяло, държавите от ЕС/ЕИП съобщават 2900 официални смъртни случая през първите 12 месеца, в рамките на които ДЧ полагат допълнителни усилия, за да съберат тези данни. Признава се, също така, че това ще бъде само цифрово изражение на действителната тежест на смъртните случаи, причинени от пандемията. Установява се по-голям брой на общата смъртност при децата в училищна възраст. Въпреки че това е грипен вирус, който не се е появявал никога преди това, излагането в минали периоди на грипен вирус, циркулиращ преди средата на 50-те години, който е предполагаемо сходен с този грипен вирус в антигенно отношение, гарантира, че много възрастни хора в Европа имат някакъв предварителен имунитет. Този факт, който не е уникален за пандемията от 2009 г., обяснява две от нейните най-важни разлики спрямо интерпандемичния или сезонния грип: общата по-ниска смъртност и по-високата от очакваната относителна тежест на заболяването и смъртността сред младите хора. Въпреки че се оказва, че много възрастни хора имат имунитет срещу грипния вирус, сред тези от тях, които нямат такъв имунитет се регистрира най-високият брой на смъртните случаи от всички възрастови групи.

Пандемичният вирус измества доминиращите преди това в Европа интерпандемични вируси на грип А; въпреки че вирусите на грип В все още се появяват в ниска степен към края на сезона. Установено е, че само малък брой от пандемичните вируси са резистентни спрямо озелтамивир, като много малък брой от тях изглежда могат да се предават от човек на човек. Въпреки че пандемичните вируси не са идентични, към настоящия момент съществуват малко доказателства за съществена постепенна промяна или за появата на доминантни нови варианти. За един от вариантите, А(H1N1)—D222G, се предполага, че се свързва с по-тежко заболяване, макар че причинно-следствената връзка не е установена.

Въпреки че въз основа на непотвърдени сведения се предполага, че съществуват по-леки и асимптоматични случаи в сравнение с интерпандемичния грип, налице са достатъчно случаи на тежък остър респираторен синдром (ТОРС) — състояние, много рядко наблюдавано при интерпандемичния грип — поради което се появява натоварване в отделенията за интензивна терапия на много места. Най-високият процент на заболяемост се регистрира при малките деца, като в докладите от отделните държави се посочва, че най-високите равнища на заразяване са отчетени при децата в училищна възраст. Тези високи равнища на заболяемост създават особена тежест за амбулаториите, педиатричните отделения на болниците и най-вече за отделенията за интензивна терапия в някои населени места.

Понастоящем се предоставят някои ограничени данни от серологични изследвания и те подкрепят надзорните данни, като в тях се посочват по-високи нива на предаване, в сравнение с нивата, за които е направено предположение въз основа на клиничните признаци. Тези данни, обаче, все още не са достатъчни, за да се направят въз основа на тях надеждни прогнози за това какво ще се случи през следващата зима (2010/2011 г.) и по тази причина опитът на държавите с умерен климат от южното полукълбо по време на европейския летен период на 2010 г. е бил най-показателен.

През ранния етап пандемията протича доста по-леко, отколкото е предположено в опасенията, изразени по този въпрос. Това се подчертава в ранни оценки на риска от страна на ECDC⁶, доклади на СЗО и кратки инструктажи, давани от страна на ECDC на национални и европейски институции. Поради това, че процентът на отсъствията от работното място е нисък, въздействието върху услугите извън здравния сектор също е малко. Тази и други характеристики означават, че вероятно това е най-леката пандемия, която би могла да се очаква в Европа.

Тъй като пандемията от 2009 г. се оказва по-малка заплаха от заплахата, за която много държави са били подготвени, така се изпробва гъвкавостта на съществуващите планове. Пандемията се появява в период, в който е осигурен бърз достъп до диагностични изследвания, както и до профилактични фармацевтични мерки за противодействие, каквито са антивирусните препарати — те са с малка резистентност спрямо инхибитори на невраминидазата, но с почти пълна резистентност спрямо по-старите адамантани — и подходящи ваксини, които са били разработени по-бързо от когато и да било. Все пак всяко от тези развития носи със себе си проблеми и се появяват нови предизвикателства и изненади. Както е посочено по-горе, налице е по-високо от очакваното ниво на заболяемост на ТОРС в период, в който много отделения за интензивна терапия вече са натоварени, без в останалите отделения на болниците да е създадено напрежение по необходимост. По-приятна е изненадата, идваща от това, че бързо изготвените ваксини срещу пандемията са показали такъв добър имунологичен отговор, че за много от лекарствените форми е необходимо прилагането само на една доза при възрастни индивиди. Освен това тези ваксини се доказват като ефективни и приемливо безопасни, въпреки че все още е необходимо поддържането на надзорни дейности след пускане на ваксините на пазара, за да се определи колко точно безопасни са те. При осигуряването на ваксините се проявява променлив ентузиазъм за ваксиниране сред здравните работници. Все още не са налични надеждни данни за имунизационното покритие на равнище ЕС, но се създава впечатление, че покритието из цяла Европа ще бъде променливо, тъй като само някои държави постигат висока степен на покритие сред цялото население или целевите рискови групи.

Липсата на широко разпространено приемане на тази ваксина се дължи отчасти на затрудненията при предаването на съобщението за комплексния риск, в което по същество се казва на хората, че освен ако те попадат в рискова група (малки деца, хора с хронични заболявания и бременни жени), шансът за развиване на тежко заболяване след заразяване, е много нисък. При това, тъй като 25—30 % от официалните смъртни случаи са регистрирани при хора на възраст под 65 години, които са били здрави преди заразяване с пандемичния вирус, второто съобщение гласи, че е налице малък, но действителен риск от развиване на тежко заболяване и настъпване на смърт, причинени от пандемията, при всички здрави възрастни и деца. Поради това предизвикателствата, свързани със съобщаването на рисковете, са съществени.

Предвид гореизложеното, вероятно е справедливо да се посочи, че държавите от ЕС/ЕИП са се справили сравнително добре с противодействието на пандемията. Никоя от държавите не е противодействала на пандемията в по-голяма от необходимата степен, докато системите, разработени от Комисията, СЗО и ECDC за обсъждане и споделяне на информация и анализи, са се доказали като гъвкави и полезни системи. Вирусологичният надзор и надзорът на амбулаториите за първична медицинска помощ от страна на EISN се осъществява успешно и служи за увеличаване на данните, произтичащи от епидемичните сведения и целевите средства на научно наблюдение на ECDC. По-малко успешно се оказва споделянето на анализи от първоначално засегнатите държави и за частие данните и анализите са осигурени бързо от страна на Северна Америка и южното полукълбо. Въпреки големия брой прегледи и дейностите на база на получен практически опит, които вече са на път да бъдат реализирани, налице са някои общи поуки, които са станали косвено очевидни:

- необходимо е да бъдат договорени определения на сериозността на пандемията, за да се подобри гъвкавостта на плановете за подготвеност;
- рутинните системи за надзор, създадени преди пандемията, ще гарантират, че се налагат много по-малко промени при настъпване на криза или дори на пандемия;
- следва да бъде осъществяван по-добър рутинен надзор на „тежките усложнения“, настъпили при хоспитализираните пациенти, и на смъртните случаи;

⁶ Те могат да бъдат намерени на:

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

- необходимо е за в бъдеще ранното споделяне на анализи от първоначално засегнатите държави да бъде осъществявано по по-добър начин;
- необходимо е извършването на много дейности, включително изследователски и развойни дейности, за да се предоставят сероепидемиологични данни в реално време; и
- моделирането по време на пандемия следва да бъде по-тясно свързано с политиките и операциите в цяла Европа, а не просто в една или две държави.

Понастоящем ще бъде необходимо преразглеждане на планирането на пандемията, тъй като възникването на тази пандемия не изключва възможността за друга, която да се прояви в близко бъдеще; например пандемия от H5 или H7. Необходимо е плановете от следващо поколение да включват повече гъвкавост за реагиране на различни степени на сериозност на заболяването и различни комбинации от „известните неизвестни“ за ECDC, свързани с пандемията. Това би било по-лесно осъществимо, ако е бил постигнат известен консенсус във връзка с европейското становище за оценка на сериозността, което отговаря на равнищата на реагиране на различни мащаби и характеристики. Тези нови планове трябва също така да предвиждат консолидиране и устойчивост на системите за надзор на грипа, въведени, за да се отговори на нуждите, породени в резултат на пандемията; по-специално тежките остри респираторни инфекции, смъртните случаи, които се приписват на пандемията, и накрая, сероепидемиологичният надзор. Необходимо е тези надзорни дейности да бъдат приоритизирани предвид точния размер на средствата и впоследствие да бъде позволено разработването и изпитването им по време на интерпандемичния период, за да станат те по-гъвкави и ефективни до момента на появяване на следващата голяма криза.

13 Напредък по отношение премахването на туберкулозата — последващи действия в резултат на Рамковия план за действие за борба с туберкулозата в Европейския съюз

(публикуван през ноември 2010 г.)

Въведение

Рамковият план за действие за борба с туберкулозата в Европейския съюз е създаден от Европейския център за профилактика и контрол на заболяванията (ECDC) през 2008 г. По искане на комисаря по здравеопазването на ЕС за разработване на рамка за мониторинг в подкрепа на плана понастоящем ECDC е изготвил последващи действия в резултат на Рамковия план за действие. Целите на последващите действия в резултат на Рамковия план за действие са: осигуряване на общ преглед на текущата стратегическа среда за контрол на ТБ в ЕС и очертаване на начина, по който тя оказва влияние върху глобалната ситуация; описване на рамка за епидемиологичен и стратегически мониторинг, която ще позволи да се постигне подлежащ на оценка напредък в посока премахване на ТБ в ЕС.

Стратегическа среда на европейско и глобално равнище

Текущото равнище на епидемията от ТБ в ЕС налага създаването на специфична рамка за мониторинг, която има пряко отношение към европейската епидемиологична обстановка и лесно може да бъде прилагана от държавите-членки. Поради това разработването на рамка за мониторинг изисква задълбочено познаване на епидемиологичната и стратегическата среда, подлежащи на мониторинг. Съответно този доклад за напредъка осигурява общ преглед на настоящата среда както на равнище ЕС, така и в глобален мащаб, като в него се признава необходимостта от обширна стратегия за контрол на ТБ с оглед на глобализирания контекст на епидемията от ТБ.

Мониторинг на рамковия план за действие

Този доклад предлага редица основни епидемиологични и оперативни показатели и цели като неразделна част от рамката за мониторинг. Тези показатели и цели са съвместими с показателите и целите, по отношение на които вече е извършен мониторинг като част от съществуващите глобални и регионални сътрудничества, и обикновено те могат да бъдат извлечени от информацията, която вече е събрана и докладвана от държавите. Всички основни показатели от доклада за напредъка са конкретно свързани с осем стратегически области от Рамковия план за действие, за да се даде възможност за оценка на напредъка във всяка от тези области.

Епидемиологични показатели

- 1 Тенденции в равнището на регистрираните случаи
- 2 Тенденции в равнището на регистрираните случаи на MDR
- 3 Тенденции в съотношението деца—възрастни в равнищата на регистрираните случаи
- 4 Тенденции по отношение на средната възраст при случаите на ТБ

Оперативни показатели

- 1 Наличие на национален план за контрол на ТБ
- 2 Наличие на насоки за прилагане на националния план за контрол на ТБ
- 3 Процент на националните референтни лаборатории по ТБ (съблюдаващи изискванията на Европейската мрежа от референтни лаборатории по туберкулоза, ERLN-TB), които постигат задоволителни резултати в рамките на схемата за обезпечаване на качеството от външни организации
- 4 Наличие на стратегия за въвеждане и прилагане на нови инструменти за контрол на ТБ
- 5 Процент на новите случаи на белодробна ТБ, потвърдени чрез изследване на култура, и процент на случаите, изследвани чрез изследване за податливост на лекарства (ИПЛ) за лекарства от първа линия
- 6 Процент на държавите-членки, които съобщават за успеваемост на лечението
- 7 Успеваемост на лечението
- 8 Процент на пациентите с ТБ с известен ХИВ статус

Приложение: Публикации на ECDC през 2010 г.

Технически доклади

май

Risk assessment on Q fever

юни

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

септември

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

октомври

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

ноември

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

декември

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

Ръководства на ECDC

октомври

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

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

декември

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

Доклади за надзор

март

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

май

Influenza surveillance in Europe 2008/09

октомври

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

ноември

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

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

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Специални доклади

юли

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

септември

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

ноември

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

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

Доклади от срещи

януари

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

февруари

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

март

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

април

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

май

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

юни

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

юли

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

декември

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

Доклади за мисии

февруари

Публична консултация и напредък на системата на здравеопазване в Бивша Югославска Република Македония

октомври

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

Технически документи

март

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

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

септември

Conducting health communication activities on MMR vaccination

Корпоративни публикации

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Редовни публикации

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

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

⁷ Публикувано от СЗО.