



## ECDC **CORPORATE**

# Shrnutí hlavních publikací za rok 2008

ECDC CORPORATE

## Shrnutí hlavních publikací za rok 2008



Stockholm, červen 2009

© Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, 2009

Reprodukce je povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Přeloženo z originálu „Summary of key publicatons 2008“. I přes veškeré úsilí o přesnost tohoto překladu je v případě jakýchkoli nesrovnalostí směrodatná anglická verze.

## Obsah

Úvod .....	1
Technické zprávy .....	2
1. Přehled kontrolních činností v oblasti chlamydií v zemích EU .....	2
Pokyny střediska ECDC .....	4
2. Pokyny pro zavedení vakcín proti HPV v zemích EU .....	4
3. Prioritní rizikové skupiny pro očkování proti chřipce .....	6
Zprávy o dohledu .....	8
4. Výroční epidemiologická zpráva o přenosných onemocněních v Evropě 2008 – Zpráva o stavu přenosných onemocnění v EU a v zemích EHP/ESVO .....	8
5. Dohled nad HIV/AIDS v Evropě .....	11
Zvláštní zprávy .....	13
6. Rámcový akční plán pro boj proti tuberkulóze v Evropské unii .....	13
7. Dohled nad přenosnými onemocněními v Evropské unii, dlouhodobá strategie: 2008–2013 .....	14
Zprávy ze zasedání .....	17
8. Infekční onemocnění a sociální determinanty .....	17
9. Změna životního prostředí a seminář o infekčních onemocněních .....	18
Příloha: publikace ECDC v roce 2008 .....	20



## Úvod

V roce 2008 Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) vydalo celkem 21 vědeckých dokumentů.

Vyznačené dokumenty představují Rámcový akční plán pro boj proti tuberkulóze v Evropské unii, pokyny k možnostem strategie zavedení očkování proti lidskému papillomaviru (HPV) a dvě zprávy o dohledu:

Výroční epidemiologická zpráva o přenosných onemocněních v Evropě 2008 a Dohled nad HIV/AIDS v Evropě – 2007. Druhá zpráva byla poprvé předložena společně s regionální kanceláří pro Evropu Světové zdravotnické organizace (WHO EURO) a pojednává o situaci v zemích EU a EHP, stejně jako o situaci v dalších 23 zemích regionu WHO EURO.

Byla vypracována shrnutí vybraných dokumentů ECDC, jako jsou výše uvedené, aby byly dostupné rozhodovatelům ve všech jazycích EU. Odrážejí ducha původních publikací, ale některé důležité detaily mohly být v sumarizačním procesu ztraceny. Čtenáři, kteří chtějí podrobnější pohled, mohou nahlédnout do úplných znění dokumentů, která jsou dostupná na této internetové adrese: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>

Seznam všech publikací ECDC vydaných v roce 2008 je uveden v příloze. Všechny jsou dostupné elektronicky na výše uvedené adrese s krátkým popisem příslušného obsahu. Vybrané zprávy jsou rovněž dostupné v tištěné formě. Pokud chcete kteroukoli z nich získat v tištěné formě, zašlete, prosím, email na [publications@ecdc.europa.eu](mailto:publications@ecdc.europa.eu)

# Technické zprávy

## 1. Přehled kontrolních činností v oblasti chlamydií v zemích EU

(Zveřejněno v květnu 2008)

Tato zpráva ilustruje rozsah a zjištění projektu nazvaného Screening for Chlamydia Review in Europe (SCREEn), pravděpodobně dosud největší studie kontrolní činnosti v oblasti chlamydií v EU. Projekt probíhal od listopadu 2006 do srpna 2007 a shromáždil údaje z členských států EU, kandidátských zemí EU, zemí Evropského sdružení volného obchodu a USA.

Pomocí korespondenčního dotazníkového průzkumu ve všech členských zemích EU a kandidátských zemích a hloubkové kontroly zástupců orgánů veřejného zdraví a poskytovatelů zdravotní péče ve vybraných členských státech, SCREEn shromáždil podrobné údaje o diagnóze chlamydiové infekce, screeningu chlamydiové infekce, řízení případů, prevalenčních studií chlamydiové infekce a množství námětů souvisejících s veřejným zdravím. Projekt umožňuje hluboké proniknutí do strategií národních systémů veřejného zdraví používaných k zastavení chlamydiových infekcí.

Celkovým záměrem tohoto projektu bylo vypracovat přehled programů kontroly infekce chlamydiemi a činností v členských státech a poskytnout doporučení pro větší prevenci a kontrolu chlamydií v daném regionu. Specifické cíle jsou:

- získat systematické údaje o činnostech v oblasti veřejného zdraví ve vztahu ke kontrole *C. trachomatis* v členských státech EU a kandidátských zemí, sousedních evropských zemí a USA,
- porovnat údaje o demografických a ekonomických ukazatelích, zdravotních systémech, prevalenci chlamydií a průzkumech sexuálního chování z těchto zemí,
- vytvořit elektronickou databázi jako úložiště údajů;
- získat podrobné údaje o kontrolních činnostech v oblasti chlamydií z vybraných evropských členských států a
- vypracovat doporučení ECDC pro činnost v oblasti veřejného zdraví a pro další výzkum.

Z 34 vybraných zemí odpovědělo 29 evropských států a USA (celkový podíl odpovědí 88 %). Žádné údaje nebyly získány z Kypru, Slovenska, Polska a Chorvatska. K nejdůležitějším poznatkům průzkumu patří:

- 17 z 29 evropských zemí, které se projektu zúčastnily, mělo alespoň jeden publikovaný pokyn k postupu klinické praxe doporučený národním orgánem, který se týkal určitých ohledů týkajících se řízení případů osob nakažených chlamydií. Tři členské státy (Bulharsko, Řecko a Finsko) byly v procesu publikování nebo vytváření pokynů.
- Testy na chlamydie byly ve všech zúčastněných zemích dostupné v gynekologických ordinacích nebo zdravotnických zařízeních; ve 23 zemích šlo o součást primární péče. V pěti zemích byly testy na chlamydie dostupné v lékárnách nebo v jiných obchodech s volně prodejnými léky.
- Tam, kde byl informován partner, bylo nejčastěji hlášeno zahájení samotnými praktickými lékaři nebo doporučením na specializované zdravotnické pracoviště.
- Testy zesílení nukleové kyseliny byly do určité míry dostupné ve všech zemích kromě jedné. V devíti zemích bylo méně než 50 % vzorků zkoumáno za pomoci testů zesílení nukleové kyseliny.
- Většina zemí měla systém hlášení diagnózy chlamydiové infekce úřadům veřejného zdraví, ale asi jedna třetina zemí údaje pravidelně nezveřejňovala.
- Ve 13 zemích jsou k dispozici obvyklé údaje o klinických komplikacích, které mohou být chlamydií způsobeny.
- Průzkumy sexuálního chování a prevalence chlamydie byly provedeny v osmi zemích a průzkumy prevalence chlamydie v populaci byly provedeny v sedmi zemích.

Za účelem rozřídít země do kategorií vytvořil projekt SCREEn rovněž typologii kontrolních činností v oblasti chlamydií založenou na principech kontroly sexuálně přenosných infekcí. Kategorie kontrolních činností v oblasti chlamydií jsou: neorganizované činnosti (13 zemí: Bulharsko, Finsko, Řecko, Irsko, Lichtenštejnsko, Lucembursko, Malta, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Španělsko, Švýcarsko a Turecko); případové řízení (pět zemí: Rakousko, Česká republika, Německo, Itálie a Litva); zjištění případů (tři země: Belgie, Francie a Maďarsko); oportunní testy

(šest zemí: Dánsko, Estonsko, Island, Lotyšsko, Norsko a Švédsko); organizovaný screening (dvě země: Nizozemsko a Spojené království (pouze Anglie)).

Z výsledků vyplývá, že dvě evropské země měly probíhající (Anglie, Spojené království, oportunní) nebo pilotní (Nizozemsko, proaktivní) screeningový program na chlamydie. Další devět zemí oznámilo svůj záměr zavést screeningový program s oportunním, proaktivním nebo neustáleným uspořádáním. Pět z těchto zemí patří mezi země bez současných pokynů případového řízení pro chlamydie. Navíc screening na chlamydie omezený na těhotné ženy je používán v Estonsku a Lotyšsku a pozvánky na screening na chlamydie jsou každý rok zasílány poštou 18–19letým nebo 21–22letým ve dvou regionech v Dánsku.

Tato typologie vyvinutá projektem SCREEn může být v budoucnu použita ke sledování intenzity kontrolních činností v oblasti chlamydií na úrovni státu a pomoci při rozhodování, která činnost by měla být posílena nebo zavedena.



# Pokyny střediska ECDC

## 2. Pokyny pro zavedení vakcín proti HPV v zemích EU

(Zveřejněno v lednu 2008)

Tento dokument stanoví vědecký základ pro zavedení očkování proti lidskému papillomaviru (HPV) ve snaze pomoci členským státům Evropské unie (EU) rozhodnout o dalším postupu. Zdůrazňuje záležitosti, které je třeba zvážit a pro každou z těchto záležitostí poskytuje seznam možných postupů.

Pokyny byly vypracovány skupinou vědeckých odborníků, zveřejněny a koordinovány ECDC a revidovány poradenským fórem ECDC.

### *Rakovina děložního čípku a infekce lidským papillomavirem v Evropské unii*

Rakovina děložního čípku je po rakovině prsu druhým nejčastějším nádorovým onemocněním, které postihuje v Evropské unii (EU) ženy ve věku 15–44 let. Každý rok se v EU vyskytuje 33 000 případů rakoviny děložního čípku a dochází k 15 000 úmrtí na toto onemocnění. Základní příčinou rakoviny děložního čípku je dlouhodobá infekce pohlavního ústrojí vysoce rizikovým typem lidského papillomaviru (HPV).

Pohlavní infekce virem HPV jsou velmi časté a dochází k nim brzy po započetí sexuální aktivity. Většina z těchto infekcí je odstraněna přirozenou cestou. Dlouhodobé infekce vysoce rizikovým typem viru HPV však mohou způsobovat buněčné změny na děložním čípku, které mohou vyústit v rakovinu děložního čípku. Vysoce rizikové typy HPV souvisejí rovněž s dalšími nádorovými onemocněními anogenitální oblasti a s nádorovými onemocněními hlavy a krku u mužů i žen. Některé méně rizikové typy viru HPV způsobují genitální bradavice u mužů i žen.

### *Vakcína proti lidskému papillomaviru*

V Evropě jsou povoleny dvě profylaktické vakcíny proti viru HPV: čtyřmocná vakcína Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD) a dvojmocná vakcína Cervarix® (GlaxoSmithKline Biologicals). Obě vakcíny jsou vyrobeny z částic podobných viru a nejsou infekční. Obě vakcíny mají dobrý bezpečnostní profil. Obě vakcíny chrání proti vysoce rizikovým typům viru HPV 16 a 18, které jsou podle odhadů příčinou 73 % případů rakoviny děložního čípku v Evropě. Přípravek Gardasil chrání také proti typům viru HPV 6 a 11, které způsobují většinu případů genitálních bradavic. Ve velkých klinických studiích fáze III bylo prokázáno, že u žen, které se dosud nesetkaly s virem HPV, zabrání obě vakcíny vzniku více než 90 % prekancerózních změn souvisejících s typy 16 nebo 18. Vakcíny se podávají ve třech dávkách po dobu šesti měsíců.

### *Vakcíny proti HPV a screening rakoviny děložního čípku*

Bylo prokázáno, že dobře organizované programy screeningu rakoviny děložního čípku, které mají vysoké pokrytí a zahrnují účinné sledování a léčbu žen s abnormální cytologií, snižují výskyt rakoviny děložního čípku o více než 80 %. Organizované screeningové programy jsou při vyhledávání nejrizikovějších skupin žen, při stanovování mechanismů kontroly kvality a při sledování standardizovaných měřítek činnosti a jejího dopadu úspěšnější než příležitostný screening.

Vakcína proti viru HPV nabízí nový, doplňkový nástroj, který může zlepšit kontrolu rakoviny děložního čípku. Neruší nicméně potřebu screeningu rakoviny děložního čípku, a to ani v případě žen, které byly očkovány proti typům 16 a 18 viru HPV, neboť ani u těchto žen nelze vyloučit nebezpečí vzniku jiných vysoce rizikových typů. Vnitrostátní orgány by měly pokračovat ve svém úsilí o organizování screeningových programů a o zlepšování jejich pokrytí a kvality bez ohledu na zavádění vakcín. Zjevnou prioritou je organizování screeningových programů tam, kde dosud neexistují.

Vakcíny proti viru HPV budou mít vliv na účinnost existujících screeningových programů, které bude třeba pečlivě sledovat. Široce rozšířené očkování povede k určitému snížení cytologických abnormalit, které souvisejí s HPV. Očkování žen mohou mít také falešný pocit bezpečí, a proto se méně účastnit screeningů. Ženy musí být informovány a motivovány k tomu, aby se účastnily screeningových programů, přestože jsou očkovány. Jedním z nejdůležitějších úkolů bude dosáhnout koordinace mezi očkováním a screeningem hospodárně a s maximálním přínosem pro ženy.

### ***Kdo by měl být očkován? Určení cílové populace pro očkování proti HPV***

Základní cílovou skupinu, o jejímž rutinním očkování by se s ohledem na optimalizaci účinku nových vakcín na onemocnění související s virem HPV mělo uvažovat, představují dívky, které jsou ve věku, kdy běžně začínají vést pohlavní život (a kdy se u nich tudíž také běžně začínají vyskytovat infekce HPV). Stanovení ranějšího věku pro očkování by nezabránilo mnoha infekcím, a dokud nebude existovat důkaz, že vakcína poskytuje dlouhodobou ochranu (více než 15–20 let), nemělo by se k očkování v ranějším věku přistupovat. Při zahajování rutinního očkovacího programu se lze v rámci dodatečného očkování zaměřit na starší dívky a mladé ženy, což by mělo urychlit vliv očkovacího programu a v krátkodobém měřítku zvětšit příznivé dopady očkování.

Při určování přesného věku pro rutinní očkování a věku pro každé další dodatečné očkování budou mít velký význam faktory specifické pro jednotlivé státy. Mezi tyto faktory patří průměrný věk začátku sexuální aktivity, věkově specifická prevalence infekcí HPV (je-li tato informace dostupná), strategie podávání vakcín a přijetí očkování cílovou skupinou (a zákonnými zástupci jejich členů).

Zdá se, že výběrové očkování prováděné pouze u „vysoce rizikových“ skupin není ani praktické, ani účinnější než očkování všech dívek. Roli výběrového/příležitostného očkování vysoce rizikových jedinců prováděného navíc k rutinnímu očkování bude nicméně ještě třeba důkladně posoudit.

### ***Strategické možnosti podávání vakcíny proti HPV v zemích EU***

Školní očkování je pravděpodobně nejehospodárnější možností podávání vakcín proti HPV dospívajícím dívkám. Místní okolnosti, jako je existence školních zdravotních zařízení, plán financování nákupu a podávání vakcín a získávání souhlasů rodičů, nicméně mohou ovlivnit proveditelnost tohoto přístupu.

Klinické očkování nebo očkování v ordinacích praktických lékařů je univerzálně dostupnou doplňkovou nebo alternativní možností, jak podávat vakcíny proti viru HPV. Tento přístup může být dražší než školní očkování a složitější může být v tomto případě také sledování příjmu vakcíny.

Kliniky sexuálního a reprodukčního zdraví a další lékařské kliniky určené výhradně ženám mohou být důležitými místy očkování. Dívky však nemusí tato místa navštěvovat před započítáním sexuální aktivity, a proto jsou zmíněné kliniky užitečné zejména pro dodatečné programy pro starší dospívající a ženy. Mohou existovat i další možnosti očkování dívek proti HPV, které mohou být vhodné pro „těžko dostupné“ komunity a pro příležitostné očkování, kdy dívky navštěvují zdravotnická zařízení z jiných důvodů. Využití těchto možností může přispět ke zlepšení celkového příjmu vakcíny.

Při plánování strategií podávání vakcín proti viru HPV je potřeba vzít v úvahu existující očkovací programy pro dospívající a další probíhající propagační aktivity. Při každém očkování je třeba vždy připomenout, že očkování je doplňkem, a nikoliv náhradou screeningu rakoviny děložního čípku.

### ***Modelování nákladů a výsledků očkování proti HPV***

Očkování proti viru HPV by mělo být zhodnoceno nejen z hlediska jeho účinnosti, ale také z hlediska ekonomického. Cílem ekonomického hodnocení je určit, zda náklady, které společnost vynaloží na ochranu roku života a jeho kvality (rok života při zachování jeho kvality neboli QALY) díky očkování proti HPV, jsou podobné nákladům jiných běžně přijatých intervencí v oblasti zdravotní péče.

Ekonomická hodnocení nejsou mezi různými státy úplně převoditelná kvůli variabilitě nákladů a rozdílnosti systémů zdravotní péče. Proto by mělo být snahou každého státu vytvořit takové hodnocení (a vzít při tom v úvahu také vhodný druh screeningu děložního čípku) ještě před tím, než rozhodne o nejlepší strategii prevence rakoviny děložního čípku.

Zdá se, že z doposud provedených ekonomických hodnocení provedených vyplývá, že očkování dospívajících dívek (včetně i vyjma dodatečného očkování starších věkových skupin) má přijatelný profil nákladů vzhledem k účinnosti. Výsledky jsou příznivější, je-li použito modelů dynamické simulace, jež zohledňují také účinek očkování na úroveň přenosu onemocnění.

### ***Sledování a hodnocení vlivu očkování proti HPV***

Úkolem hodnocení vakcín proti HPV po jejich zavedení na trh bude stanovení příjmu vakcíny a spolupráce cílové populace, dlouhodobé účinnosti a působení vakcín, propojenosti očkování s dalšími strategiemi, jako je organizovaný screening rakoviny děložního čípku, a bezpečnosti vakcíny. Při posuzování dopadu očkování a jeho přínosu ve srovnání s jinými existujícími preventivními zásahy, jako je screening, bude rozhodující koordinace mezi sledováním očkování a programy kontroly rakoviny děložního čípku.

Metody, jak posuzovat dopad očkování na konečné výsledky klinicky významného onemocnění, mohou zahrnovat stálé sledování infekcí HPV, prekancerózních změn a rakoviny děložního čípku v souvislosti s vakcínou, a to v zavedených nebo nově vytvořených laboratořích nebo v registrech cytologií či nádorových onemocnění.

K hodnocení dopadu očkování proti HPV na veřejné zdraví byly rovněž navrženy klinické studie fáze IV. Tyto studie mohou poskytnout další informace o výskytu abnormálních a prekancerózních buněk, a stejně tak i o výskytu rakoviny děložního čípku a o úmrtnosti na toto onemocnění. Mohou být též užitečné při posuzování případného spojování screeningu děložního čípku a očkovacích programů. K posouzení prospěšnosti vakcíny v terénních podmínkách lze využít pozorování založená na systematických záznamech o očkování proti HPV a studie vazeb používající příslušné registry zdravotní péče.

Minimální soubor informací ke sledování očkování proti HPV by měl zahrnovat údaje o rozsahu očkování, sledování jeho nežádoucích účinků, přinejmenším však pozorování sledující vliv očkování na prekancerózní změny.

### 3. Prioritní rizikové skupiny pro očkování proti chřipce

(Zveřejněno v srpnu 2008)

Na žádost Evropské komise provedlo Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) vědecké hodnocení veřejného zdraví s ohledem na rizikové skupiny ohrožené chřipkou<sup>1</sup>, a další skupiny, kterým je v Evropě nabízeno očkování proti sezónní chřipce. Studie si kladla tyto konkrétní cíle:

- popsat rizikové skupiny v zemích EU/EHS, u kterých se doporučuje provedení očkování, a dále podrobné údaje o dalších skupinách, kterým se nabízí možnost očkování,
- shrnout podpůrné důkazy pro rizikové skupiny, u kterých se doporučuje provedení očkování,
- navrhnout způsob přidělování priority rizikovým skupinám v EU na základě transparentních kritérií,
- provést hrubý odhad počtu osob v zemích EU, které spadají do těchto prioritních rizikových skupin, a stanovit oblasti pro další práci, včetně výzkumu a vývoje.

Popis rizikových skupin ohrožených chřipkou a dalších skupin, kterým je očkování v současnosti nabízeno, pochází z průzkumu provedeného v roce 2008 projektovou skupinou VENICE ve spolupráci se střediskem ECDC. V souladu s kritérii, která byla stanovena střediskem ECDC/VENICE, by rizikovými skupinami měly být jasně definované skupiny, u kterých se prokázalo, že u nich existuje vyšší pravděpodobnost rozvoje závažného onemocnění než u ostatních. Kromě toho by měly být k dispozici uveřejněné doklady o tom, že očkování v případě těchto osob vedlo ke snížení rizika nákazy. Co se týče prvního kritéria, průběh prací komplikovala skutečnost, že v současnosti není v Evropě prováděno žádné rutinní sledování morbidity a mortality související se závažnou chřipkovou infekcí. Uvedena byla kritéria související s ochranou zdraví při práci (primárně očkování pracovníků ve zdravotnictví) bez prokázaného přínosu pro pacienty, přisuzuje se jim ovšem spíše menší váha – s výjimkou jediné skupiny pracovníků, a sice těch, kteří se starají o osoby vyššího věku v domech s ošetrovatelskou službou. U této skupiny pracovníků jsou k dispozici spolehlivé důkazy o tom, že očkování pacienty chrání. Zaznamenána byla rovněž míra dosažené shody mezi jednotlivými členskými státy EU.

Z rozboru odborné literatury vyplývá, že v Evropě existují dvě rizikové skupiny, v jejichž případě je každoroční rutinní očkování vakcínou proti sezónní chřipce oprávněné z hlediska vědeckého i hlediska veřejného zdraví. Jedná se o:

- skupiny obyvatel staršího věku, obvykle ve věku od 65 let a
- osoby s chronickým onemocněním, zejména trpící nemocemi, které spadají do některé z těchto kategorií:
  - chronická respirační onemocnění,
  - chronická kardiovaskulární onemocnění,
  - chronické poruchy metabolismu,
  - chronická onemocnění ledvin a jater,
  - osoby s narušenou imunitou (vrozené nebo získané poruchy),
  - mladí lidé, kteří se podrobují dlouhodobé léčbě salicyláty, a
  - osoby s onemocněními, které vedou ke zhoršení respiračních funkcí.

---

<sup>1</sup> Rizikovými skupinami ohroženými chřipkou se zde rozumí skupiny lidí, u kterých je v případě infekce vyšší pravděpodobnost závažného průběhu onemocnění a u kterých očkování prokazatelně přispívá ke snížení rizika infekce.

To jsou také jediné rizikové skupiny, u kterých panuje ve všech zemích Evropské unie obecná shoda. Přesná věková definice skupiny osob staršího věku není jasně stanovená (nad 64 let, nad 59 let apod.) a několik států se již odchyluje od kritéria nad 64 let v závislosti na vnitrostátních okolnostech a analýzách.

Existuje několik pádných argumentů pro to, aby se očkování nabízelo i dvěma dalším rizikovým skupinám: těhotným ženám a dětem (různě definovaným jako „mladší dvou let“ nebo „do pěti let“). U obou těchto skupin jsou však v Evropě dostupné pouze omezené informace, a to co se týče rizik i účinnosti, a dosud v tomto směru na celoevropské úrovni nebylo dosaženo obecné shody. K tomu, aby tyto dvě skupiny mohly být označeny za rizikové na úrovni EU, chybí dostatek údajů. Až bude k dispozici více informací a údajů, bude zapotřebí míru rizikovosti u těchto dvou skupin znovu posoudit. Jako zvláště důležitá se v tomto ohledu jeví potřeba u těchto skupin nashromáždit údaje o vlivu očkování, což umožní provedení dalších hodnocení a posléze dosažení obecné shody v této otázce.

Existují také skupiny, kterým se očkování často nabízí, které však nepatří mezi rizikové skupiny a u nichž z hlediska veřejného zdraví pro očkování neexistuje žádný přesvědčivý důvod. V rámci EU existuje například široká shoda o tom, že by měli být očkováni všichni pracovníci ve zdravotnictví, kteří jsou v kontaktu s pacienty, a to z důvodů souvisejících s ochranou zdraví při práci (ochrana pracovníků). K dispozici jsou velmi pádné důkazy vycházející z provedených studií, že z očkování osob, které pečují o starší osoby v domech s ošetrovatelskou službou, mají nepřímo prospěch pacienti, kteří jsou tím chráněni před závažnými důsledky chřipkové infekce. Je však třeba poznamenat, že většina pracovníků ve zdravotnictví v Evropě tyto nabídky očkování odmítá. Neexistují přesvědčivé důkazy o přínosu nabízení očkování lidem, kteří žijí v jedné domácnosti s osobami spadajícími do některé ze dvou hlavních rizikových skupin.

Byly provedeny hrubé odhady počtu a procentuálního podílu osob náležejících do dvou hlavních rizikových skupin v zemích EU. V rámci studie byla použita metoda, ze které vyplynulo, že v zemích EU by v současné době mělo být každoročně očkováno okolo 25 % populace, protože právě tolik osob spadá do nejméně jedné ze dvou hlavních rizikových skupin. I další vnitrostátní odhady dospěly k podobným hodnotám. Jednotlivé vnitrostátní odhady se pohybují v rozmezí od 19 % po 28 % v závislosti na podílu starších osob v populaci každé země. Odhaduje se, že celkový počet těchto osob v EU činí zhruba 125 milionů, z čehož dvě třetiny, tj. zhruba 84 milionů osob, tvoří lidé starší 65 let a jednu třetinu, tj. zhruba 41 milionů mladších osob, lidé trpící chronickým onemocněním. V důsledku stárnutí populace a v důsledku úspěchů moderní medicíny, která umožňuje lidem s chronickým onemocněním žít déle produktivním životem, budou tato čísla s postupem času neúprosně stoupat.

Tato studie doporučuje řadu priorit evropského výzkumu a vývoje:

- rozvoj dohledu: rutinní sledování závažných projevů chřipky v Evropě (hospitalizace a úmrtí),
- rutinní sledování účinnosti očkování proti chřipce, obzvláště s ohledem na snižování rizika výskytu závažných onemocnění a úmrtí způsobených chřipkou,
- odhad zatížení organismu při onemocnění chřipkou u těhotných žen a dětí a vyhodnocení vlivu očkování těhotných žen a dětí všech věkových skupin v Evropě,
- další šetření s cílem prokázat, zda očkování zaměstnanců ve zdravotnictví a členů domácnosti snižuje riziko onemocnění u ohrožených osob ze dvou hlavních rizikových skupin, či nikoliv,
- vývoj projektů, které by účinněji propagovaly očkování proti chřipce mezi pracovníky ve zdravotnictví, a to jak kvůli nim samotným, tak i kvůli jejich pacientům,
- specifická šetření zaměřená na to, zda existuje vyšší riziko vzniku závažného onemocnění z chřipkové infekce u osob nakažených HIV v Evropě, či nikoliv, a podobné studie zaměřené na další, rozšířenější onemocnění, např. mírné astma,
- studie dopadu na zdraví a zdravotně-ekonomické studie týkající se očkování proti chřipce, např. u osob nad věkovým prahem pro očkování, za předpokladu, že jednotlivé země si stanoví své vlastní věkové prahy,
- výzkumy dopadu všeobecného očkování s cílem určit jakýkoli nepřímý přínos plynoucí ze snížení celkové míry přenosu onemocnění.

## Zprávy o dohledu

### 4. Výroční epidemiologická zpráva o přenosných onemocněních v Evropě 2008 – Zpráva o stavu přenosných onemocnění v EU a v zemích EHP/ESVO

(Zveřejněno v prosinci 2008)

ECDC vydává každý rok Evropskou výroční epidemiologickou zprávu (AER). Druhé vydání z roku 2008 obsahuje přehled o dohledu nad přenosnými onemocněními z roku 2006 v tabulkové formě s omezenými komentáři a poskytuje popis, jaké akutní nebezpečí hrozí z přenosných nemocí v roce 2007. Zpráva se rovněž zaměřuje na zevrubný popis infekcí souvisejících se zdravotní péčí (HCAI) včetně antimikrobiální rezistence (AMR).

Hlavní nebezpečí spojená s přenosnými onemocněními v Evropě se od předchozího vydání této zprávy nezměnila a zahrnují následující:

- antimikrobiální rezistence,
- infekce související se zdravotní péčí,
- infekce HIV,
- pneumokokové infekce,
- chřipka (pandemického potenciálu stejně jako roční sezónní epidemie),
- tuberkulóza.

#### HLAVNÍ TÉMATA TOHOTO VYDÁNÍ

##### *Infekce související se zdravotní péčí (HCAI)*

Dohled nad infekcemi souvisejícími se zdravotní péčí (HCAI) v Evropě se provádí prostřednictvím sítě IPSE (zlepšování bezpečnosti pacientů v Evropě) (2005 – červen 2008), která zahrnuje dohled nad infekcemi na chirurgických odděleních (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance, (Evropské nemocnice pro kontrolu infekcí prostřednictvím dohledu), HELICS-SSI) a dohled nad jednotkami intenzivní péče (HELICS-ICU).

Výskyt infekcí na chirurgických odděleních v roce 2006 zůstal ve srovnání s obdobím 2004–2005 stejný kromě operací náhradního kyčelního kloubu, kde lze pozorovat významný klesající trend; z 2,2 % v roce 2004 na 1,6 % v roce 2005 a 1,3 v roce 2006 ( $p = 0,039$ ).

Z počtu 51 621 pacientů, kteří byli více než dva dny na jednotce intenzivní péče, jich 6,8 % onemocnělo pneumonií. Výskyt kolísá od 1,5 % u neventilovaných pacientů do 22,2 % u pacientů ventilovaných po dobu jednoho týdne nebo déle. Nejčastěji izolovaným mikroorganismem u pneumonií získaných na jednotce intenzivní péče byl *Pseudomonas aeruginosa* a u infekcí přenášených krví získaných na jednotce intenzivní péče pak koaguláza negativní stafylokoky.

Dohled nad infekcemi souvisejícími se zdravotní péčí byl v roce 2006 dále prodloužen a prodlužování bude pokračovat po přechodu prvků dozoru sítě IPSE na ECDC v roce 2008.

Míra výskytu infekcí souvisejících se zdravotní péčí zůstala obecně v roce 2006 napříč Evropou stabilní. Přesto však jsou mezi zeměmi v dohledu stále podstatné rozdíly a měl by se klást větší důraz na sjednocení metod.

##### *Antimikrobiální rezistence (AMR)*

Údaje o mikrobiální rezistenci pocházejí z Evropského systému dohledu nad antimikrobiální rezistencí (EARSS), což je síť zaměřená na dohled nad antimikrobiální rezistencí v Evropě.

##### *Streptococcus pneumoniae*

V roce 2006 většina severoevropských zemí měla hladiny nevnímavých *S. pneumoniae* (PNSP) pod 5 %, zatímco jihoevropské a středomořské země měly PNSP v rozmezí od 7 % do > 25 %.



### *Staphylococcus aureus*

Staphylococcus aureus rezistentní na methicilin (MRSA) se v Evropě v roce 2006 nadále šířil ve vysoce, středně a níže endemických zemích. Patnáct ze 31 zemí (hlavně jihoevropské státy, Spojené království a Irsko) udávalo poměr všech izolátů Staphylococcus aureus rezistentních na methicilin 25 % nebo vyšší se stabilizujícími se poměry v některých vysoce endemických zemích. V severní Evropě zůstává podíl MRSA (Staphylococcus aureus rezistentní na methicilin) < 4 %.

### *Escherichia coli*

Rostoucí úroveň fluorochinolonové rezistence v Evropě byla obzvláště znepokojující.

### *Pseudomonas aeruginosa*

V roce 2006 téměř jedna pětina invazivních izolátů P.aeruginosa byla rezistentní na tři nebo více antibiotik, obzvláště v jihoevropských zemích.

## **SHRnutí DOHLEDU NAD PŘENOSNÝMI ONEMOCNĚNÍMI 2006**

### *HIV, pohlavně přenosné infekce, hepatitida B a C, HIV*

V roce 2006 měla infekce HIV pro veřejné zdraví v Evropě stále velký význam s více než 25 000 nově diagnostikovanými případy hlášenými ve 29 státech (kromě Itálie, Španělska a Lichtenštejnska), jejichž celkový výskyt byl 6 na 100 000 obyvatel. Mezi zeměmi existuje velká rozmanitost v epidemiologii infekce HIV. Rostoucí počet případů HIV byl hlášen v některých evropských zemích: hlavně v Estonsku, Lotyšsku, Lucembursku, Portugalsku a Spojeném království. Naopak počet nově hlášených případů AIDS v EU a v zemích EHS/ESVO byl 7 035, což převedeno na podíl činí 1,4 na 100 000 obyvatel, což odpovídá poklesu o více než jednu třetinu od roku 1999.

Heterosexuální styk (53 %) byl převažujícím způsobem přenosu infekce HIV, nicméně asi 40 % z nich bylo diagnostikováno u osob pocházejících ze zemích s generalizovanou epidemií. Pokud tyto případy vyloučíme, je převažujícím způsobem přenosu pohlavní styk mezi muži (37 %).

Vysoký počet HIV pozitivních osob v zemích EU stále o své infekci neví. Vyplývá z toho nutnost zvýšit počet testů HIV.

### *Pohlavně přenášené infekce*

V roce 2006 byla infekce Chlamydia trachomatis nadále nejčastěji hlášenou pohlavně přenášenou infekcí (a nejčastějším hlášeným onemocněním v celé Evropě) čítající téměř čtvrt milionu případů hlášených ve 22 členských státech EU a zemi EHS/ESVO, které provádějí dohled nad tímto onemocněním. Hlášený výskyt byl 92 na 100 000.

V roce 2006 byla ve Švédsku hlášena nová varianta Chlamydia trachomatis, která unikla odhalení běžně dostupnými komerčními testy. Tato skutečnost byla podnětem k provedení studie zaměřené na výskyt této nové varianty v dalších členských státech, nicméně se stále jeví, že se vyskytuje pouze ve Švédsku.

V roce 2006 byla povolena první vakcína proti lidskému papillomaviru.

### *Chřipka*

Rok 2006 přinesl první případy vysoce patogenní ptačí chřipky (A(H5N1)) u divokých ptáků a drůbeže v Evropské unii. Nicméně během roku 2006 nebyl v EU hlášen žádný případ lidské infekce A(H5N1); byl hlášen pouze jeden případ infekce níže patogenním ptačím kmenem H7 u pracovníka drůbežárny ve Spojeném království. Rozšířený soubor právních předpisů o zdravotním stavu zvířat však zajistil přiměřenou odpověď na rostoucí nebezpečí způsobené virem A(H5N1) v členských státech EU. Jelikož jde primárně o ptačí virus, první volbou ochrany lidí je rychlá identifikace a eradikace infekce u ptáků a obzvláště v hejnech domácí drůbeže.

### *Tuberkulóza*

Výskyt tuberkulózy (TBC) v domácí populaci klesá téměř stále ve všech členských státech, neboť jde převážně o onemocnění starých lidí, které se po primární infekci před mnoha desetiletími nově reaktivuje. Nicméně situaci ovlivňují současné demografické, politické a socioekonomické změny v Evropě, jako je rostoucí migrace. V důsledku toho se TBC vyskytuje častěji u migrantů, bezdomovců, chudých lidí žijících v centrech měst, vězňů, osob s HIV a uživatelů drog v EU.

Kromě toho existují většinou v důsledku neúplných nebo špatně navržených léčebných režimů oblasti s vysokými stupni rezistentní tuberkulózy.

### *Onemocnění, jimž lze předcházet očkováním (VPD)*

Od zavedení plošného očkování dětí vakcínou Haemophilus influenzae typu B (Hib) ve většině evropských zemích, výskyt invazivního onemocnění Hib poklesl a v celé populaci zemí EU je nadále nízký (v roce 2006 pod 1 na 100 000).

Několik evropských zemí přidalo konjugované vakcíny 7 proti pneumokokům (PCV7) do svých očkovacích kalendářů alespoň pro vysoce rizikové skupiny. Vyvolalo to obavy ohledně možnosti, že běžné sérotypy mohou být postupně nahrazeny sérotypy nepokrytými vakcínou PCV7, jak již bylo zaznamenáno ve Spojených státech. Posiluje to důležitost systémů dohledu nepokrývajících pouze onemocnění, ale rovněž distribuci sérotypů.

I přes celkově klesající trend v průběhu poslední dekády byly v roce 2006 spalničky stále prioritou veřejného zdraví s více než 7 000 potvrzenými případy a šesti hlášenými úmrtími. Několik událostí rovněž jasně ukazuje vysoký potenciál vzplanutí spalniček.

Většina zemí EU v roce 2006 používala vakcínu acellular pertussis (aP). Po období stability se zdá, že se výskyt hlášení v některých zemích EU od roku 2003 mírně zvyšuje.

### *Onemocnění přenášená potravou a vodou*

Campylobacter je nadále nejčastěji hlášeným gastroenterálním patogenem v zemích EU a zemích EHS/ESVO s výskytem téměř 40 případů na 100 000 i přesto, že se zdá, že počet případů od roku 2005 do 2006 lehce klesal.

Výskyt VTEC/STEC infekcí se rovněž jeví jako klesající, hlášený výskyt v roce 2006 byl jen něco přes 1 případ na 100 000, ačkoli některé země hlásí podstatně vyšší počty, obzvláště u malých dětí.

## **SHRnutí HROZÍCÍCH NEBEZPEČÍ 2007**

V roce 2007 monitorovalo Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) 168 hrozících nebezpečí, z nichž:

- 142 (85 %) bylo nových,
- 21 vzniklo v roce 2006 a v roce 2007 bylo stále aktivních,
- 5 vzniklo v roce 2005 a v roce 2007 bylo stále aktivních,
- 66 hrozících nebezpečí vyžadovalo aktivní sledování střediskem ECDC,
- 10 z nich vedlo k vytvoření podrobného hodnocení hrozícího nebezpečí, které bylo prostřednictvím EWRS zoszláno členským státům EU a Evropské komisi.

Celkově zůstala v roce 2007 nebezpečí zájmu EU rozšířena. Onemocnění přenášená potravinami a vodou zůstala nejčastějším zdrojem nebezpečí monitorovaným v EU. Důležité je, že v roce 2007 se významně zvýšilo množství hrozících nebezpečí spojených s tuberkulózou a obzvláště případy spojené s multirezistentní a extenzivně rezistentní (XDR) tuberkulózou a rovněž expozice cestujících osob pacientům s tuberkulózou, kteří cestují v době infekce.

Většina hrozících nebezpečí s možným dopadem na EU v roce 2007 byla hlášena prostřednictvím EWRS nebo prostřednictvím sítí navržených k tomuto účelu (EWGLI pro legionářskou nemoc a ENTERNET pro onemocnění přenášená potravinami a vodou). EWRS (systém včasného varování a reakce) průběžně dokazuje, že je účinným nástrojem koordinace včasné implementace opatření veřejného zdraví členskými státy EU ke zvládnutí hrozících nebezpečí. V roce 2007 začalo středisko ECDC rozvíjet celoevropskou komunikační platformu pro epidemiologické informace.

## **ZÁVĚRY**

Priority prevence a kontroly přenosných onemocnění v EU se od předchozího vydání výroční zprávy významně nezměnily.

Na jedné straně oblasti vyvolávající obavy, včetně podmínek s trvale vysokými náklady, jsou nadále stejné. Vedle šesti hlavních nebezpečí uvedených na začátku tohoto shrnutí, vyžaduje naši pozornost vysoký počet hlášených chlamydiových a kamylobakteriálních infekcí.

Na druhé straně v oblastech některých onemocnění, jako jsou některá onemocnění, jimž jde předcházet očkováním (VPD) (včetně Hib), byl pozorován pokles výskytu a některá další VPD (např. diftérie) mají extrémně

nízký výskyt – kolem 0,1 případů na 100 000. Nicméně členské státy EU jsou stále daleko cílům stanoveným programy eliminace, obzvláště pokud jde o spalničky.

Kvalita údajů, ze kterých lze činit tyto závěry, není stále dokonalá a je třeba vynaložit značné úsilí ke zlepšení dozoru nad přenosnými onemocněními v Evropské unii. A co je nejdůležitější, velkým problémem stále zůstává porovnatelnost údajů z různých členských států, což evidentně snižuje užitečnost získaných údajů na evropské úrovni.

Je třeba prozkoumat nové přístupy k poskytování údajů pro přednostní nastavení v oblasti přenosných onemocnění, včetně odhadů současných a budoucích zátěží přenosných onemocnění.

Při pohledu do budoucnosti je zřejmé, že některé dlouhodobé trendy ovlivní celkový pohled na přenosná onemocnění v EU, jako jsou:

- stárnutí populace EU,
- změny životního prostředí včetně klimatických změn,
- zvýšená migrace a cestování,
- sociální změny.

Kontinuální monitorování zátěží a trendů přenosných onemocnění v EU bude muset být potvrzeno, aby byly poskytnuty seriózní údaje, na kterých lze založit politiku veřejného zdraví.

## 5. Dohled nad HIV/AIDS v Evropě

**(Zveřejněno v prosinci 2008)**

### *Hlavní body*

Infekce HIV má stále velký význam pro veřejné zdraví v Evropě, důkazem je zvyšující se přenos HIV v několika evropských zemích.

- V roce 2007 bylo hlášeno 48 892 nově diagnostikovaných případů HIV infekce ve 49 z 53 zemí evropského regionu WHO (nejsou dostupné údaje z Rakouska, Itálie, Monaka nebo Ruské federace). Nejvyšší hodnoty byly hlášeny z Estonska, Ukrajiny, Portugalska a Moldavské republiky. 5 244 případů AIDS bylo nahlášeno ve 48 zemích (údaje nejsou k dispozici z Itálie, Kazachstánu, Monaka, Ruské federace nebo Ukrajiny).
- V roce 2007 bylo hlášeno 26 279 nově diagnostikovaných případů infekce HIV v zemích Evropské unie a Evropského sdružení volného obchodu (v tomto hlášení označených jako EU/ESVO) (údaje nejsou k dispozici z Rakouska nebo Itálie). V zemích EU/ESVO byly nejvyšší hodnoty hlášeny z Estonska, Portugalska a Lotyšska; nejnižší výskyt byl hlášen ze Slovenska, České republiky a Rumunska.
- V zemích EU/ESVO je převažujícím způsobem přenosu infekce HIV pohlavní styk mezi muži následován heterosexuálním stykem. Přibližně 40 % případů hlášených jako heterosexuálně získaná infekce bylo diagnostikováno u osob pocházejících ze zemí s generalizovanou HIV/AIDS epidemií.
- Ve třech geografických oblastech evropského regionu WHO je používání injekčních drog stále hlavním způsobem přenosu ve východní oblasti, zatímco v centrální oblasti je převažujícím způsobem přenosu HIV heterosexuální styk, přestože počet HIV případů hlášených mezi muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, se rovněž zvýšil. V západní oblasti je převažujícím způsobem pohlavní styk mezi muži, následován heterosexuálním stykem, kde případy osob pocházejících ze zemí s generalizovanou epidemií jsou vyloučeny.
- Přes neúplná hlášení se počet hlášených nově diagnostikovaných případů infekce HIV v roce 2007 zvýšil, zatímco počet diagnostikovaných případů AIDS se stále snižuje v celém evropském regionu WHO, přestože ve východní oblasti počet případů AIDS dále stoupá. Podle údajů ze 44 zemí, které důsledně hlásily údaje o dohledu nad HIV, se od roku 2000 počet hlášených nově diagnostikovaných případů HIV na milionovou populaci téměř zdvojnásobil z 39 z milionu v roce 2000 na 75 z milionu v roce 2007.
- Celkový počet testů na HIV provedených ročně pro diagnostické účely, s vyloučením rozpojených anonymních testů a dárců krve, se ve většině zemí mezi lety 2003 a 2007 zvýšil.
- Zde prezentované údaje mají určité nedostatky, převážně způsobené chybějícími údaji z řady zemí. Limituje to závěry, které lze učinit s ohledem na velikost epidemie HIV a AIDS v Evropě. Pokud by tyto údaje byly vzaty v úvahu, celkové počty případů za rok 2007 by mohly být přibližně dvojnásobné.



### *Doporučení pro dohled na HIV/AIDS*

Údaje o dohledu nad HIV/AIDS jsou zásadní pro sledování trendů HIV epidemie a hodnocení reakce veřejného zdravotního systému. Všechny evropské státy by tudíž měly:

- zavést národní systémy hlášení založené na jednotlivých případech pro případy HIV a AIDS a zajistit úplnost a včasnost,
- zlepšit kvalitu uváděných údajů obzvláště s ohledem na možné cesty přenosu a
- podpořit komplexní dohled nad HIV zahrnující rutinní behaviourální dohled a prevalenční studie HIV.

### *Doporučení pro veřejné zdraví*

Intervence ke kontrole epidemie by měly být podloženy důkazy a přizpůsobeny danému státu a geografické oblasti. Z dostupných údajů dozoru je vhodné doporučit následující:

- Východ: intervence ke kontrole HIV mezi konzumenty injekčních drog by měla být základním stavebním kamenem strategií prevence HIV; rovněž by měla být posílena opatření k zabránění heterosexuálnímu přenosu, zaměřené hlavně na osoby s vysoce rizikovými partnery.
- Střed: prevence by měla být přijata s ohledem na poměry jednotlivých zemí tak, aby byly udrženy epidemiologické výhody.
- Západ: intervence ke kontrole HIV mezi muži, kteří mají sexuální styk s muži by měly být základním kamenem strategií prevence HIV, např. obnovit kampaně o bezpečném sexu zaměřené na muže, kteří mají pohlavní styk s jinými muži; intervence do prevence, léčby a péče musí být přijaty tak, aby zachytily migrující populace.
- Ve všech podregionech by mělo být podporováno testování HIV, aby byl zajištěn včasný přístup k léčbě a poradenství, které by přispělo k zabránění nebo snížení přenosu a zlepšení dlouhodobějších výsledků léčby pro dotčené osoby.

## Zvláštní zprávy

### 6. Rámcový akční plán pro boj proti tuberkulóze v Evropské unii

(Zveřejněno v březnu 2008)

Tuberkulóza (TBC) je závažné infekční onemocnění lidí většinou vyvolané vdechnutím bakterie obsažené v kapénkách produkovaných osobou s plicním onemocněním. Přestože existuje účinná léčba, nevhodná léčba nebo nedostatečná součinnost pacienta může mít za následek selhání léku, časný návrat onemocnění nebo rozvoj onemocnění rezistentního vůči lékům.

V EU se za několik posledních desetiletí výskyt TBC snížil. Hodnoty z 27 států EU patří mezi nejnižší ve světě, avšak jsou stále vyšší než v jiných rozvinutých zemích, jako je USA nebo Austrálie. S těmito výsledky se však nelze ztotožnit, neboť podobně příznivá epidemiologická situace byla popsána v několika zemích již před desetiletími, což vedlo k poklesu pozornosti věnované onemocnění a snížení objemu zdrojů a služeb vynaložených na prevenci a kontrolu TBC. Následně pak došlo k opětovnému výskytu onemocnění podporovaném epidemií HIV a rozvojem multirezistentní TBC (MDR TBC). Vzniklá situace vyžadovala nové úsilí v oblasti programů kontroly a činností k zajištění včasné diagnózy, dostupnosti vhodné terapie a dokončení léčby.

Vzhledem k této situaci vyzval komisař Evropské unie (EU) pro zdraví, Markos Kyprianou, v březnu 2007 Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), aby připravilo návrh akčního plánu pro boj proti tuberkulóze (TBC) v EU.

Dlouhodobým cílem rámcového akčního plánu proti TBC je kontrolovat a nakonec eliminovat TBC v zemích EU. Většina aktivit, které jsou zaměřeny na snížení výskytu tuberkulózy, spoléhá na národní snahy ve spolupráci s institucemi EU podporujícími členské státy v jejich úsilí. Cíle plánu jsou:

- zvýšit politické povědomí a povědomí veřejnosti o TBC jako o otázce veřejného zdraví v EU,
- podpořit a posílit snahy členských států EU v boji proti TBC v souladu s národní epidemiologickou situací a jejími výzvami,
- přispět ke kontrole TBC v EU prostřednictvím podpory těch zemí, z nichž pocházejí případy, které jsou zavlečeny z třetích zemí.

Tento návrh vychází ze čtyř zásad: zajistit rychlou a kvalitní péči pro všechny; posílit výkonnost zdravotních systémů; vytvořit nové nástroje a vybudovat partnerství a spolupráci mezi zeměmi a zúčastněnými subjekty. Osm oblastí strategického rozvoje popsaných v tomto dokumentu vychází z těchto zásad. Toto jsou v souhrnu doporučené strategie/opatření pro každou z těchto osmi oblastí:

#### ***Oblast 1. Závazek v oblasti kontroly TBC, povědomí o TBC a výkonnost zdravotních systémů***

1. Zvýšit politický závazek členských států a vyčlenit více zdrojů pro plány na kontrolu TBC jako součásti všeobecné strategie v oblasti veřejného zdraví.
2. Posílit výkonnost zdravotních systémů členských států tak, aby dokázaly uskutečnit aktivity vedoucí ke kontrole a eliminaci TBC.

#### ***Oblast 2. Dohled***

1. Vyhodnotit epidemiologické charakteristiky a šíření TBC v populaci v čase a geografických souvislostech, jednak v rámci členských států a jednak v rámci celé Evropy.
2. Monitorovat provádění kontrolních činností v oblasti TBC a poskytovat tyto informace přímo do rozhodovacího cyklu, což umožní vhodné intervence vedoucí k aktualizaci národních a evropských plánů proti TBC.
3. Identifikovat a popsat ohrožené skupiny obyvatel vystavené zvýšenému riziku TBC a nepříznivé prognóze, kterým by měly být určeny cílené aktivity veřejného zdravotního systému.

### ***Oblast 3. Laboratorní služby***

1. Vytvořit a implementovat vysoce kvalitní moderní laboratorní služby podporující potřeby související s TBC v oblasti klinické, veřejného zdraví a výzkumu.
2. Zajistit bezpečné, přesné a kvalitní laboratorní služby a řádně vyškolené zaměstnance k provádění příslušných činností.
3. Zabezpečit investice k udržení laboratorních služeb v dlouhodobém horizontu.

### ***Oblast 4. Rychlá a kvalitní péče pro všechny pacienty s TBC***

1. Rychle diagnostikovat všechny případy a zajistit řádnou léčbu TBC a péči o pacienty s TBC.
2. Uzpůsobit intervence specifickým epidemiologickým situacím a ohroženým skupinám obyvatel k zajištění maximální účinnosti kontroly TBC na všech úrovních.
3. Dosáhnout konzistentní aplikace opatření vedoucích k řízení epidemie.
4. Zajistit naplnění individuálních zdravotních potřeb všech pacientů s TBC.

### ***Oblast 5. Multirezistentní a extenzivně rezistentní TBC***

Následující cíle jsou určeny pro všechny členské státy, ale zvláštní pozornost by měly těmto cílům věnovat ty země, kde je problém s MDR TBC a XDR TBC nejpalčivější.

1. Optimalizovat a posílit dohled nad MDR TBC a XDR TBC a jejich sledování.
2. Zejména zlepšit služby v oblasti testování citlivosti TBC v rámci EU v kontextu zlepšených laboratorních služeb v oblasti TBC.
3. Zlepšit péči o pacienty a řízení případů s MDR TBC nebo XDR TBC, včetně kontroly infekce a vysledování kontaktů/postupů profylaxe.
4. Zlepšit přístup k lékům první a druhé volby a jejich dostupnost, a zajistit tak racionální používání léků proti TBC.

### ***Oblast 6. Souběžná infekce TBC/HIV***

1. Snížit v EU zátěž souběžnou infekcí TBC/HIV posílením spolupráce mezi plány TBC a HIV/AIDS nebo příslušnými službami v rámci zdravotního systému.
2. Na úrovni EU podporovat výzkumné aktivity a klinické studie zaměřené na souběžný výskyt onemocnění TBC i HIV.

### ***Oblast 7. Nové nástroje pro kontrolu TBC***

1. Stanovit priority základního, aplikovaného a operativního výzkumu v EU.
2. Zajistit financování a koordinaci.

### ***Oblast 8. Budovat partnerství a prohlubovat spolupráci mezi zeměmi***

1. Zajistit, že TBC zůstane v popředí politické, technické a výzkumné agendy institucí EU a národních veřejných institucí, aniž by se opomíjel fakt, že existují konkurenční priority týkající se omezených zdrojů.
2. Pomoci odstranit stigmatizaci, zajistit včasnou a rychlou detekci TBC, MDR TBC a XDR TBC a vyzývat osoby, aby se hlásily o péči v souladu s Chartou práv pacientů s tuberkulózou.
3. Zajistit, že následná léčba bude dosažitelná, přístupná, finančně dostupná, patřičná a – zejména – úspěšná.
4. Dále rozvíjet spolupráci a koordinaci mezi ECDC, EK, jednotlivými zeměmi, WHO a ostatními zúčastněnými subjekty.

## **7. Dohled nad přenosnými onemocněními v Evropské unii, dlouhodobá strategie: 2008–2013**

(Zveřejněno v květnu 2008)

Tato dlouhodobá vize a strategie budoucího dohledu nad přenosnými onemocněními v EU byla vytvořena k podpoře nasměrování rozhodnutí o dlouhodobém rozvoji evropského systému dohledu. Tato strategie pokrývá období do roku 2013, což ji řadí k víceletému strategickému plánu ECDC (schváleném správní radou ECDC v červnu 2007). Navíc jsou předvídaný synergické účinky s laboratorní strategií ECDC.

Strategie se pokouší definovat termíny a rozsah dohledu, jeho záměry a cíle a jeho organizační požadavky. Rovněž nastiňuje způsoby podpory členských států a představuje plán provádění.

Celkovým záměrem je přispět ke snížení incidence a prevalence přenosných onemocnění v Evropě poskytnutím potřebných údajů o veřejném zdraví, informací a hlášení subjektům rozhodování, odborníkům a zdravotnickým pracovníkům ve snaze napomoci činnosti, která povede k včasné prevenci a kontrole přenosných onemocnění v Evropě. Vysoká validita a dobrá porovnatelnost údajů o přenosných onemocnění z členských států jsou nutným předpokladem pro dosažení tohoto záměru.

Koordinovanější přístup k dohledu:

- zlepší regionální porovnatelnost údajů,
- sníží komplikovanost dohledu napříč Evropou,
- dovolí zastavit dohled prováděný souběžným způsobem,
- zabráni duplicitě práce,
- z dlouhodobého hlediska poskytne kvalitnější důkaz o veřejném zdraví díky vhodnějším a spolehlivějším údajům,
- zjednoduší posílení národních systémů dohledu,
- pravděpodobně bude ekonomicky efektivnější a únosnější,
- dovolí jednodušší přístup a použití údajů,
- rozšíří odhalení a monitorování mezinárodních ohnisek nákazy,
- přispěje k vybudování kapacit,
- zajistí zahrnutí onemocnění do agend dohledu a výzkumu podle evropských priorit.

ECDC vyvíjí systém pro dohled nad infekčními onemocněními, který je založen na indikátorech na evropské úrovni, jimž se přezdívá „Evropský systém dohledu (TESSy)“. TESSy bude cenným nástrojem ke zlepšení sběru, validace, skladování a šíření údajů o dohledu z členských států a zemí EHP. Z počátku TESSy shromáždí soubor klíčových hodnot důležitých pro rutinní dohled nad případy infekčních onemocnění. Jakmile bude TESSy obecně přijat a používán jako regionální standardní databáze, dlouhodobý záměr ECDC dále snížit komplikovanost a množství práce pro všechny zúčastněné bude podpořen:

- sběrem standardizujících údajů o dohledu nad infekčními onemocněními,
- poskytováním celkového servisu pro hlášení a získávání údajů z členských států,
- standardizováním hlášení na základě údajů dohledu,
- poskytováním konzistentního a snadno dostupného přehledu o současné situaci v EU.

Současný problém s dvojím hlášením u některých onemocnění, kde jsou do dohledu nad onemocněními zapojeny různé regionální organizace – jako WHO/region Evropa nebo EMCDDA – bude rovněž řešen s cílem snížit a popřípadě eliminovat zdvojené úsilí.

Prozatímní postup na principech spolupráce na základě výměny údajů mezi ECDC a členskými státy, zrovna tak jako ECDC a vyhrazenými sítěmi dohledu (DSNs) bude muset být zaveden, aby jasně definoval role poskytovatelů údajů a uživatelů údajů, jak v členských státech, tak v ECDC (a jiných subjektech, např. WHO). Prozatímní postup by měl rovněž zahrnovat postupy pro zveřejňování výsledků analýzy údajů, kromě jiných detailů. Na základě zkušeností s prozatímním postupem bude vytvořen detailnější, konečný, dlouhodobý postup se zúčastněnými subjekty.

Budoucí spolupráce s odborníky na jednotlivá onemocnění (jmenovanými kompetentními orgány) bude strukturována následujícím způsobem: onemocnění/ patogeny budou rozděleny do šesti hlavních skupin. Kde to bude nutné, budou v kterékoli z těchto šesti skupin nebo operačních skupin vytvořeny cílenější (specifické pro jednotlivá onemocnění) podskupiny. Budou se konat každoroční schůze každé z těchto šesti hlavních skupin, kde budou projednávány otázky týkající se dohledu nad onemocněními celé skupiny. Pokud to bude nutné, může ve stejnou dobu probíhat více podrobnějších "paralelních jednání" o specifických onemocněních. Pro každou z šesti hlavních skupin onemocnění/ operační skupiny bude stanovena koordinační skupina a tyto skupiny budou vykonávat většinu z funkcí prováděných dřívějšími DSN řídicími výbory.

Kvalitní laboratorní služby v jednotlivých státech jsou nezbytné pro posílení evropské úrovně dohledu. ECDC bude stavět na již vykonané práci a podpoří zvětšování laboratorní kapacity v členských státech, zemích EHP/ESVO a v kandidátských zemích ve spolupráci s Komisí, kompetentními orgány ECDC a národními mikrobiologickými středisky v členských státech.

ECDC bude tvrdě usilovat o to, aby se zajistilo, že každá země má dostupné služby laboratoře na úrovni národní referenční laboratoře (NRL), ať přímo nebo nepřímo, umožňující potvrdit diagnózu, provést izolaci a další

charakteristiku patogenů – jako základ pro hlášení a možné případy během běžných a mimořádných situací. ECDC propojí tyto národní referenční laboratoře a pomůže jim začlenit své údaje do epidemiologických (a klinických) údajů na národní úrovni. Zajištění kvality laboratorních metod je nezbytné k získání platných a přesných údajů, evropské standardy budou rovněž během této doby předloženy.

ECDC začlení svou strategii dohledu do dvou fází: fáze jedna je přechodné období, které bude trvat do roku 2010 a bude zaměřeno na postupnou integraci současného DSN dohledu nad přenosnými onemocněními v Evropské unii s ECDC; během fáze dvě (2010–2013) ECDC převezme plnou zodpovědnost za dohled a může se postupně zaměřit na rozvoj a konsolidaci systémů nejvyšší možné kvality v Evropě.

Aby mohla být tato strategie a její cíle relevantní a aktuální, bude znovu prozkoumána členskými státy a klíčovým subjektem rozhodování, takže nové strategie a nové důkazy mohou být začleněny, jak je požadováno.

## Zprávy ze zasedání

### 8. Infekční onemocnění a sociální determinant zdraví

(Zasedání se konalo v dubnu 2007, zpráva byla zveřejněna v únoru 2008)

Tato zpráva se vztahuje k semináři o sociálních činitelích infekčních onemocnění organizovaného střediskem ECDC, jehož se účastnili výzkumní pracovníci z oblastí infekčních onemocnění a sociálních determinant zdraví. Hlavním cílem semináře bylo:

- stanovit význam sociálních nerovností u přenosných onemocnění,
- nalézt nejlepší postupy s ohledem na odstranění nerovností ve zdraví, používané v oblasti prevence infekčních onemocnění nebo jeho řízení,
- vyvinout strategie a opatření, aby se odstranily nerovnosti ve zdraví vycházející ze sociálních činitelů.

Tato zpráva se zaměřuje na klíčová témata a oblasti diskuse semináře a je rozčleněna do pěti hlavních oddílů:

- sociální determinanty přenosných onemocnění,
- otázky specifické pro onemocnění,
- cílené intervence zaměřené na překonávání sociálních nerovností,
- metody překonání sociálních nerovností,
- určení prioritních činností.

V průběhu semináře bylo pozorováno, že existuje sociální rozdíly v zátěži přenosných onemocnění, která je nejméně tak velká jako u nepřenosných onemocnění. Tato diference může být u některých specifických skupin infekcí dokonce větší. Ačkoli jsou opomíjené skupiny dotčeny nejvíce, sociální gradient neovlivňuje všechny infekce stejným způsobem: nejvyšší socioekonomické skupiny mohou mít větší riziko určitých infekcí, neboť mají určité vysoce rizikové chování.

K tomu, aby mohly být určeny priority v hodnocení, výzkumu, intervencích a změnách politiky, je bezpochyby zapotřebí vědět více o sociální zátěži přenosných onemocnění v Evropě. Toto mapující cvičení bylo uvedeno do pohybu, například s ohledem na TBC.

Doporučení, které bylo výsledkem semináře, je doplnit dohled nad infekčními onemocněními sledováním jedné nebo dvou sociálních determinant zdraví. Může to poskytnout základní znalosti a podrobnější znalosti mohou být získány z průzkumů. Biologické znaky infekčních onemocnění lze zahrnout mezi standardy zdravotního průzkumu, třeba do evropských průzkumů.

Dalším závěrem semináře bylo, že sociální determinanty zdraví nejsou dále na programu průzkumu. Je potřeba je zařadit zpět do průzkumů, neboť není dostatek informací ohledně činitelů, kteří řídí šíření infekcí v rozdílných oblastech a populacích. Důležitým, ale často přehlíženým parametrem jsou vazby, ve kterých lidé žijí a pracují. Rizikové faktory infekčních onemocnění nejsou individuálními rizikovými faktory a patogeny mohou být mezi socioekonomickými skupinami odlišné. Ze stávajících údajů by mohl být získán maximální užitek k prozkoumání sociálních činitelů infekčních onemocnění. Specifickými oblastmi, kde je zapotřebí dalšího výzkumu, jsou migranti, zmenšení stigmatu a sociální a politické procesy, které mají vliv na nerovnost v oblasti zdraví.

Specifickým požadavkem, který vyplynul z jednání, byla databáze dobrých intervencí. Smyslem takovéto databáze by bylo zajistit správný tok informací, obzvláště z regionů, které příliš nepublikují, ale mají bohaté zkušenosti.

Zdravotní vzdělávání je považováno za prioritu pro tvorbu politiky dvěma způsoby. Zdravotní vzdělávání by mělo být na předním místě v agendě osob rozhodujících o vzdělávací politice od časného věku dále. Zdravotní vzdělávání by mělo zahrnovat sociálně determinovaná hlediska zdravotních otázek tak, aby příští generace mohly ovlivnit politický proces. Vzdělávání by mělo zahrnovat zdravotní působení sociální segregace, učit specifické dovednosti k ochraně před zdravotními riziky a umožnit lidem myslet za sebe a ovlivňovat jejich expozici rizikovým faktorům. Za druhé, je třeba posílit výuku o sociálních činitelích na zdravotních školách, ošetřování, sociologie atd. Budoucí zdravotničtí pracovníci musí být zapojeni do debaty a zasazovat se o změnu vlivu sociálních determinant zdraví. Oblast veřejného zdraví by měla přispět do diskuse o sociálních nerovnostech a jejich vlivu na zdraví.

Jasnou prioritou je zdůraznit makrosociální činitele a dále pracovat se sektory mimo oblast veřejného zdraví (politické, sociální, projekční atd.). Cíle musí být pečlivě promyšleny a prodiskutovány. Lze použít vhodné příklady

z historie všech evropských zemí. ECDC může hrát důležitou roli jako obhájce významu nerovnosti v kontrole přenosných onemocnění.

## 9. Změna životního prostředí a seminář o infekčních onemocněních

(Zasedání se konalo v březnu 2007, zpráva byla zveřejněna v květnu 2008)

### Cíle jednání

- zhodnotit důkazy související s vlivy celosvětového klimatu a ekologických změn na přenosná onemocnění v Evropě,
- prodiskutovat potřebné kompetence veřejného zdraví za účelem nalézt řešení změn klimatu a hrozeb infekčních onemocnění a
- určit potřeby výzkumu.

### Změny klimatu

Mezivládní panel pro změnu klimatu (IPCC) uvedl, že klima se mění; očekávají se vyšší teploty, vzestup hladiny moří a extrémnější výkyvy počasí. Tyto změny ovlivňují ekosystém, vodu, zemědělství, socioekonomický rozvoj a tedy – přímo nebo nepřímo – zdraví populace. Změny klimatu a další ekologické změny mohou ovlivnit šíření infekčních onemocnění různými způsoby. Všichni účastníci se shodli, že „constant composition commitment“ – druh změny klimatu, ke které jsme již přispěli – vyžaduje okamžité jednání.

### Hrozby onemocnění

Účastníci jednání probrali vlivy změny klimatu a další související změny životního prostředí na onemocnění přenášená bacionosiči, hlodavci, vodou, potravinami a vzduchem. Přestože jsou důkazy omezené, bylo dosaženo následujících závěrů:

- Několik onemocnění přenášených bacionosiči a hlodavci bylo označeno za potenciálně schopné změnit svůj rozsah šíření na základě změn klimatu (teplota, extrémní změny počasí, sezónnost) a faktory životního prostředí (využívání půdy, ekosystémy, kácení lesů, hydrologie, biodiverzita). Zahrnuje to onemocnění arboviry jako je horečka dengue, chikungunya, západonilská horečka a potenciálně malárie. Velikost populací hlodavců a jejich šíření je rovněž ovlivněno povětrnostními podmínkami.
- Evropa by měla být připravena na závažná onemocnění přenášená vodou, jako je cholera, lokalizovaná ohniska z extrémních srážek a zdravotní problémy spojené se zaplavením odpadu a přetékání odpadních vod. Možné změny v četnosti průjmových onemocnění byly rovněž označeny jako závažné. Nejrizikovějšími skupinami jsou chudé osoby, starší lidé, velmi mladí lidé, marginalizované skupiny, cestovatelé vyjíždějící do zahraničí a ti, kteří mají poruchu imunity nebo již trpí nějakým onemocněním.
- Onemocnění přenášená potravinami byla hodnocena ve vztahu k měnícímu se lidskému chování a změnám způsobu kontaktu mezi divokými a domestikovanými zvířaty, obzvláště během sucha.
- Zhoršení astmatu a chronická obstrukční bronchopulmonální onemocnění byla označena za nejvýznamnější vliv změn klimatu na zdraví respiračního traktu. Vysoká prevalence těchto onemocnění z nich činí dobré senzitivní znaky sledující vliv změn klimatu.

### Kompetence veřejného zdraví

Účastníci se shodli, že získané dovednosti jsou základní kompetencí veřejného zdraví a představují hodnoty, které existují – nebo by měly existovat – ve všech zemích. Dalšími odsouhlasenými body jsou:

- Zvětšení kapacity pro vypořádání se s hrozbou infekčních onemocnění, které souvisí s novými změnami klimatu, lze považovat za způsob, jak rozsáhle posílit veřejné zdraví. Zvláštní pozornost si zasloužila potřeba koordinovat práci mezi odvětvími a mezi agenturami.
- Čtyři oblasti kompetence veřejného zdraví, o kterých se diskutovalo, jsou dohled, výzkum, bezpečnost a politika. Strategie dohledu pro některé problémy změn klimatu již existují, ale nedostatky zůstávají v oblasti infekčních onemocnění.
- Nezbytným prvním krokem bude hodnocení rizika, které by určilo rizikové faktory a zranitelné skupiny. Vytyčilo by to průkaznou platformu pro veřejné zdraví /klinické pokyny a doporučení postupu.
- Hlavní překážkou jsou nedostatky v entomologických znalostech. Tento problém by mohl být napraven zajištěním rozsáhlejších entomologických školení.



- Je zde nedostatek komplexního monitorovacího systému, nicméně skupina se shodla na tom, že není třeba zavést systém, který by pokryl celou Evropu, protože mnoho potenciálně hrozících onemocnění je ve většině oblastí vzácných.
- Souhlas získal přístup „respond when needed“ (reakce v případě potřeby). Tento přístup se zaměřuje na svoji flexibilitu a umožňuje odpovědět rychle na problémy, když se objeví. Je založen na předpokladu, že pouze velmi málo z těchto infekčních onemocnění – pokud jsou nazírána v souvislosti se změnami klimatu nebo problémy životního prostředí – vyvolalo závažné problémy.
- Je nutné zvýšit povědomí veřejnosti (a snad i profesionálů) o některých všeobecných problémech, aby se zlepšilo porozumění některým budoucím změnám.
- Nová zelená kniha o změnách klimatu nabízí unikátní příležitost posílit kapacitu Evropské komise v oblasti veřejného zdraví.

### *Potřeby výzkumu, výzvy a překážky*

Jednání určilo řadu otázek týkajících se výzkumu, včetně potřeby indikátorů a identifikace zranitelných skupin. Účastníci uvedli, že v různých členských státech jsou rozdílné kapacity s ohledem na provádění monitorování a výzkumu změn klimatu. Navrhli, že užívání výzkumných center ve všech zemích může být rychlým řešením pro sběr údajů z celé Evropy, dokud systémy veřejného zdraví a monitorovací systémy nebudou plně funkční.

Je zapotřebí přístupu k dlouhodobým údajům. Spojit tyto údaje s těmi, které byly získány ze satelitů, a nalézt užitečné závěry, pokud jde o lidské zdraví, je výzvou. Nalézt dlouhodobé procesy odpovídající změnám klimatu je další výzvou pro výzkum.

### *Doporučení pro akce*

V rozvíjejících se pracovních programech a politice veřejného zdraví zaměřené na změny klimatu a infekční onemocnění je zapotřebí:

- stavět na již existujících iniciativách a kapacitách,
- vyvinout kulturu „výhra –výhra“ v souvislosti s prací mezi odvětvími a mezi agenturami,
- uznat, že na různé části regionu může změna klimatu působit různým způsobem,
- přiznat rozdílné kapacity týkající se reakcí různých členských států,
- prozkoumat různé možnosti přístupu k dohledu,
- řešit překážky dohledu,
- spolupracovat a vyvinout zevrubnou strategii identifikace rizik, která se mohou objevit,
- usnadnit rozvoj a realizaci profesionálních vzdělávacích programů a
- posílit komunikační kapacity.



## Příloha: publikace ECDC v roce 2008

Tento seznam zahrnuje pouze oficiální publikace ECDC v roce 2008. Pracovníci ECDC však zveřejnili nebo spolupracovali na mnoha vědeckých článcích a publikacích, včetně Eurosurveillance, které zde nejsou uvedené. Všechny níže uvedené dokumenty jsou dostupné na internetových stránkách ECDC (<http://ecdc.europa.eu>).

### *Technická zpráva*

*květen*

Review of Chlamydia control activities in EU countries

### *Pokyny střediska ECDC*

*leden*

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

*srpen*

Priority risk groups for influenza vaccination

### *Zprávy o dohledu*

*prosinec*

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

### *Zpráva o úkolu*

*srpen*

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

### *Zvláštní zprávy*

*březen*

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

*květen*

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

*červenec*

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

### *Zprávy ze zasedání*

*leden*

Networking for public health (27–28 February 2007)

*únor*

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

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

*březen*

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

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

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

*květen*

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

*červen*

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

*říjen*

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

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

*prosinec*

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

### ***Technické dokumenty***

*leden*

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

### ***Společné publikace***

*Čtvrtletně (březen, červen, září, prosinec)*

ECDC Insight

Executive science update

*červen*

Annual report of the Director 2007

*prosinec*

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future