



ECDC **CORPORATE**

Přehled hlavních
publikací za rok

2010

ECDC CORPORATE

Přehled hlavních publikací za rok 2010



Navržená citace: Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí. Přehled hlavních publikací za rok 2010.
Stockholm: ECDC; 2011.

Stockholm, duben 2011

© Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, 2011.

Reprodukce je povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Obsah

Úvod.....	v
Technické zprávy	1
1. Hodnocení rizik u Q-horečky	1
2. Dohled nad hepatitidou B a C a prevence v souvislosti s tímto onemocněním v Evropě	3
Pokyny střediska ECDC.....	5
3. Řízení veřejného zdraví u sporadických případů invazivního meningokokového onemocnění a osob, které byly s nemocnými v kontaktu	5
4. Testování HIV: zvýšení akceptace a účinnosti v Evropské unii	7
Zprávy o dohledu	11
5. Dohled nad tuberkulózou v roce 2008.....	11
6. Dohled nad chřipkou v Evropě 2008/2009 – 40. týden roku 2008 až 39. týden roku 2009	13
7. Dohled nad invazivními bakteriálními onemocněními v Evropě v roce 2007	14
8. Výroční epidemiologická zpráva o přenosných onemocněních v Evropě 2010	16
9. Dohled nad antimikrobiální rezistencí v Evropě v roce 2009	21
10. Dohled nad HIV/AIDS v Evropě 2009	23
Zvláštní zprávy	25
11. Provádění Dublinské deklarace o partnerství v boji proti HIV/AIDS v Evropě a Střední Asii: zpráva o pokroku v roce 2010	25
12. Pandemie viru A(H1N1) v roce 2009 v Evropě – přezkum zkušeností	28
13. Pokrok směrem k vymýcení TBC – Následná opatření k rámcovému akčnímu plánu pro boj s tuberkulózou v Evropské unii.....	30
Příloha: Publikace ECDC v roce 2010.....	31
Technické zprávy.....	31
Pokyny střediska ECDC	31
Zprávy o dohledu	31
Zvláštní zprávy.....	32
Zprávy ze zasedání.....	32
Zprávy ze služebních cest.....	32
Technické dokumenty	32
Společné publikace	33
Pravidelné publikace	33

Úvod

V roce 2010 Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) vydalo celkem 35 vědeckých dokumentů. Jednalo se především o tyto dokumenty:

- *Výroční epidemiologická zpráva o přenosných onemocněních v Evropě 2010*, čtvrté vydání výroční publikace obsahující komplexní shrnutí údajů z pozorování v roce 2008,
- dokumenty *Dohled nad tuberkulózou v Evropě v roce 2008* a *Dohled nad HIV/AIDS v Evropě v roce 2009*, jejichž autorem je regionální kancelář pro Evropu Světové zdravotnické organizace (WHO) a které zahrnují údaje z pozorování obou onemocnění v zemích Evropské unie (EU) a Evropského hospodářského prostoru (EHS), jakož i údaje z dalších 23 zemích regionální kanceláře WHO pro Evropu,
- *Provádění Dublinské deklarace o partnerství v boji s HIV/AIDS v Evropě a střední Asii: zpráva o pokroku v roce 2010*, přezkum pokroku dosaženého do roku 2010 na základě údajů ze 49 zemí,
- Dohled nad antimikrobiální rezistencí v Evropě v roce 2009. Výroční zpráva Evropské sítě dohledu nad antimikrobiální rezistencí (EARS-Net), první výroční zpráva této sítě po přechodu Evropského systému dohledu nad antimikrobiální rezistencí (EARSS) do střediska ECDC dne 1. ledna 2010 poskytuje evropské referenční údaje o antimikrobiální rezistenci pro potřeby veřejného zdraví,
- *Pandemie viru A(H1N1) v roce 2009 v Evropě, přezkum zkušeností*, obecný přehled epidemiologie a virologie při pandemii v roce 2009 v zemích EU a EHP.

S cílem zpřístupnit vybrané dokumenty střediska ECDC - včetně výše uvedených - tvůrcům politik ve všech jazycích EU, v islandštině a v norštině byla vypracována jejich shrnutí. Odrážejí ducha původních publikací, některé důležité nuance nicméně mohly být v sumarizačním procesu ztraceny. Čtenáři, kteří si přejí získat podrobnější vhled do problematiky, mohou nahlédnout do úplného znění dokumentů, které je dostupné na této internetové adrese:

www.ecdc.europa.eu.

Seznam všech publikací ECDC vydaných v roce 2010 je uveden v příloze. Všechny jsou dostupné v elektronické podobě na výše uvedené adrese a najdete u nich také krátký popis jejich obsahu. Vybrané zprávy jsou rovněž dostupné v tištěné formě. Pokud si přejete kteroukoli z nich získat v tištěné formě, obraťte se na nás e-mailem prostřednictvím adresy publications@ecdc.europa.eu.

Technické zprávy

1. Hodnocení rizik u Q-horečky

(Zveřejněno v květnu 2010)

Hodnocení rizik bylo provedeno na žádost Evropské komise o posouzení otázek o Q-horečce a jejím přenosu krví, vlivu chronické Q-horečky na zdraví a rizicích pro těhotné ženy. S odkazem na přetrvávající ohnisko v Nizozemsku bylo středisko ECDC také požádáno, aby se zabývalo otázkou přeshraničního šíření a potřeby lepších systémů dohledu. Hodnocení rizik bylo provedeno podle metodik založených na důkazech, definováním výrazů vyhledávaných pro jednotlivé otázky, kritérií začlenění a vyloučení pro identifikované studie a posouzením kvality důkazů. Přehled nejlepších dostupných důkazů byl předložen skupině odborníků se zástupci z Nizozemska, Francie, Německa, Spojeného království a Spojených států amerických a byl s nimi projednán. Práce probíhaly souběžně a v souladu s prováděním hodnocení rizik u Q-horečky v Evropském úřadu pro bezpečnost potravin.

Akutní Q-horečka je obvykle mírné, spontánně ustupující onemocnění podobné chřipce, ale někdy je provázeno zápallem plic, hepatitidou a jinými příznaky. Obvykle ji lze úspěšně vyléčit dvoutýdenním podáváním doxycyklinu.

Coxiella burnetii je obligatorní intracelulární bakterie, která se může přenášet **krví a tkáněmi**. Riziko takového přenosu je nízké a v literatuře je pouze jeden zdokumentovaný případ. V průběhu propuknutí by měla být vymezena endemická oblast a měla by být zvážena bezpečnostní opatření, jako je aktivní dohled mezi příjemci krve a tkání, screening dárců a screening produktů z krve a tkání. U osob vracejících se z této oblasti v průběhu inkubační doby a s asymptomatickou bakteriémií (pět až sedm týdnů) je třeba zvážit odložení dárce krve až do uplynutí této doby. O léčbě antibiotiky lze uvažovat u příjemců krve, kteří jsou obzvláště ohroženi, jako jsou pacienti s vadami srdečních chlopní. Dárci, kteří prodělali akutní Q-horečku, by neměli darovat krev po dobu dvou let od data, kdy bylo potvrzeno vyléčení akutní infekce. Výhody zavedení takových opatření se musí pečlivě zvážit s ohledem na negativní dopady, které by tato opatření mohla mít na dodávky krve v dané oblasti. Měla by být vypracována strategie pro sdělování rizik.

Chronická Q-horečka je závažnou komplikací akutní Q-horečky, která se vyvine u zhruba 2 % akutních symptomatických případů, přičemž úmrtnost se může pohybovat od 5 % do 50 %. Chronická Q-horečka způsobuje endokarditidu u rizikových skupin, jako jsou lidé s předchozím onemocněním srdečních chlopní, s umělou chlopní nebo cévním štěpem. Vyšší riziko hrozí i pacientům s rakovinou nebo těm, kterým byla snížena imunita. Chronickou Q-horečku je nutné léčit minimálně jeden rok, v některých případech po celý život více než jedním druhem antibiotik. Může být nutná chirurgická náhrada poškozených srdečních chlopní.

Nejlepší strategií pro prevenci chronických případů je účinné odhalení akutní Q-horečky a její léčba. Jsou popsány tři možné strategie: (1) osvěta mezi zdravotnickými pracovníky a veřejností zaměřená na rizikové skupiny, (2) aktivní následná kontrola se sérologií pro známé rizikové skupiny s cílem odhalit a léčit akutní Q-horečku v raném stadiu nebo (3) odeslání všech známých pacientů s akutní Q-horečkou na echokardiografii pro aktivní hledání a následnou kontrolu případů.

Je zapotřebí zahájit kvalitní prospektivní studie kohort a řízené zkoušky (je-li to eticky proveditelné) s cílem získat důkladnější důkazy o tom, jak předcházet výskytu Q-horečky a jak ho potlačovat v oblasti veřejného zdraví, a o tom, jak diagnostikovat a léčit akutní a chronický projev nemoci na klinické úrovni.

Důkazy o **Q-horečce v těhotenství** jsou velmi omezené a pocházejí většinou z pozorování a výzkumu na domácích a pokusných zvířatech, ze séroprevalenčních studií, případových zpráv a jedné série případů zahrnující 53 těhotných žen během 15 let. Na základě v současnosti dostupných důkazů nelze kvantifikovat riziko vážných výskytů Q-horečky pro těhotné ženy v porovnání s rizikem pro obecnou (ženskou) populaci. Bylo hlášeno několik případů infekce bakterií *Coxiella burnetii* v těhotenství, které měly pro těhotenství negativní důsledky. V některých případech byla *Coxiella burnetii* zjištěna v placentě a v tkáních plodu. *Coxiella* již byla také zjištěna v mateřském mléce, ale nebyl potvrzen žádný případ přenosu na kojené dítě.

Existují určité náznaky toho, že dlouhodobá antibiotická léčba kotrimoxazolem je schopná zabránit závažným důsledkům pro těhotenství, ale důkazy vycházejí ze série případů bez randomizace a bez kontroly případných zkreslení. Dokud nebudou k dispozici další důkazy z vysoce kvalitních studií léčby, měly by být těhotné ženy s diagnostikovanou Q-horečkou léčeny antibiotiky po celé zbývající těhotenství. Vědecký základ pro toto doporučení je však slabý a středisko ECDC by důrazně doporučilo provedení randomizovaných kontrolovaných zkoušek pro získání spolehlivějších důkazů.

Těhotným ženám by mělo být doporučeno, aby nenavštěvovaly zemědělské podniky v postižených oblastech. Středisko ECDC se nevyslovuje proti kojení, ledaže by se jednalo o chronické onemocnění vyžadující dlouhodobou léčbu matky.

V Austrálii se vyrábí a je povolena inaktivovaná celobuněčná **vakcína proti Q-horečce**. Vakcína je účinná, ale před očkováním je nutné provést zkoušky z důvodu vysoké reaktogenicity u osob, které byly bakterií *Coxiella burnetii* nakaženy už dříve, a kvůli tomu je vakcína vhodnější pro vymezené rizikové skupiny než pro všeobecné očkování.

Dostupné důkazy naznačují účinný rozsah **šíření** infekce *Coxiella burnetii* **vzduchem** na vzdálenost menší než pět kilometrů. Riziko přenosu vzduchem z Nizozemska se tudíž omezuje na sousední země (tj. Německo a Belgie) a na oblasti v blízkosti zdrojů nákazy. Aktivní dohled nebo vyhledávání případů v souvislosti s akutní Q-horečkou v možných rizikových skupinách (tj. těhotné ženy, pacienti s onemocněním srdečních chlopní nebo vaskulárními chorobami) na místní úrovni a po stanovenou dobu jsou uváděny jako proveditelné a jako účinná metoda odhalování akutních infekcí. V oblastech sousedících s epidemickou oblastí (≤ 5 km od zdroje) by měly být mezi poskytovateli zdravotní péče zahájeny osvětové kampaně. Pokud tato oblast zasahuje i jiné členské státy, musí odpovědné veřejné zdravotnické orgány informovat své přeshraniční protějšky. Sdílení informací mezi orgány veřejného zdraví a veterinárními orgány by mělo usnadnit včasné rozpoznání výskytu choroby. Orgány veřejného zdraví a veterinární orgány na celostátní i místní úrovni by měly dále přijmout nezbytná opatření pro zastavení výskytu tohoto onemocnění.

2. Dohled nad hepatitidou B a C a prevence v souvislosti s tímto onemocněním v Evropě

(Zveřejněno v říjnu 2010)

Oblast působnosti

Tento průzkum byl proveden s cílem zmapovat vnitrostátní systémy dohledu a preventivní programy pro hepatitidu B a C v zemích EU/EHP.

Hepatitida B

Dohled v Evropě

Všechny země uvedly, že mají pasivní povinný systém hlášení pro hepatitidu B. V patnácti zemích byl pouze jeden specifický systém dohledu, zatímco čtyři země mají takových systémů více. Vnitrostátní cíle dohledu jsou v různých zemích velmi podobné, ale definice případů nebyly vždy v souladu s cíli. Osm zemí uvedlo, že zavedly definici případů EU z roku 2008, a tři používají definici případů EU z roku 2002. 21 zemí celkově používalo definici případů, která velmi připomínala definici EU. Na základě různých definic případů hlásí 28 zemí potvrzené případy, přičemž u 27 zemí se jedná také o případy akutní hepatitidy B. Chronické případy jsou uváděny ve zprávách 17 zemí; asymptomatické případy jsou často opomíjeny. Dvacet šest zemí oznámilo sběr údajů na základě případů na vnitrostátní úrovni, ale v každé zemi je frekvence analýzy jiná. Ve 26 zemích se sbírá základní soubor údajů (věk, pohlaví, bydliště, datum propuknutí nemoci, datum oznámení), ale podrobné údaje o epidemiologickém riziku a dopadu nemoci často chybí.

Epidemiologie v Evropě

Počet nově oznámených případů na 100 000 obyvatel ve 27 zemích v roce 2007 se pohybuje od 0 do 15,0, přičemž průměr činí 1,5 (Výroční epidemiologická zpráva o přenosných onemocněních v Evropě v roce 2009. Stockholm: ECDC; 2009). Počet oznámených případů HBV v zemích EU/EHP na 100 000 obyvatel klesl v letech 1995 až 2007 z 6,7 na 1,5. Sledování trendů a porovnávání jednotlivých zemí může být náročné, protože systémy dohledu se značně liší a nedávné změny mohou mít dopad na prezentované údaje.

Prevalence HBV mezi celkovým obyvatelstvem je v jednotlivých zemích značně odlišná, přičemž nízké až střední míry nosičů HBsAg vykazuje Slovensko (1,6 %), Itálie (1 %), Belgie a Francie (zhruba 0,6 %), Finsko, Maďarsko, Spojené království (všechny 0,5 %) a Bulharsko (3,8 %). Ve 24 zemích se provádí screening HBV u těhotných žen, nikoli však v Belgii, Bulharsku, Litvě, Lucembursku a Rumunsku. Prevalence u těhotných žen se pohybuje od 1,15 % v Řecku po 0,14 % ve Finsku. Existují i screeningové programy pro konzumenty injekčních drog (15 z 29 zemí), vězně (jedenáct zemí), pacienty klinik pro pohlavně přenosné choroby (devět zemí) a osoby s více pohlavními partnery (dvě země). Prevalence HBV mezi konzumenty injekčních drog oznámená osmi zeměmi byla vyšší než mezi celkovým obyvatelstvem. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou výrazné, počínaje 0,5 % v Norsku a konče 50 % v Dánsku. Prevalence mezi zdravotnickými pracovníky v Dánsku a Německu je, jak se ukázalo, podobná prevalenci mezi celkovým obyvatelstvem.

Screening a očkování

Ve 22 zemích byly zavedeny všeobecné očkovací programy pro batolata, děti nebo dospívající. Sedm zemí (Dánsko, Finsko, Island, Norsko, Švédsko, Nizozemsko a Spojené království) zavedlo selektivní očkovací programy zaměřené na rizikové skupiny. Další programy prevence pro různé rizikové skupiny se obvykle orientovaly na skupiny s vyšším rizikem HBV z důvodu profesní expozice. Kromě toho existuje celá škála očkovacích programů pro rizikové skupiny. Pouze polovina zemí s rutinním očkovacím programem naznačila různorodé míry pokrytí, ale míra pokrytí pro kojence (jeden až dva roky) je podle všeho vyšší než 95 % (kromě Rakouska, Malty a Francie).

Hepatitida C

Dohled v Evropě

Všechny země EU/EHP uvedly, že zavedly systém hlášení pro hepatitidu C (buď celostátní, nebo zaměřený na jednu konkrétní skupinu obyvatel). Čtrnáct zemí mělo jeden specifický systém dohledu, ale patnáct zemí uvedlo, že pro monitorování hepatitidy C používají více systémů dohledu. Vnitrostátní cíle dohledu jsou v různých zemích velmi podobné, ale zdá se, že definice případů nebyly vždy v souladu s cíli. Jedenáct zemí uvedlo, že zavedly definici případů EU z roku 2008, a čtyři používají definici případů EU z roku 2002. Navzdory tomu existuje široká škála zavedených definic případů v členských státech, zejména v klasifikaci případů. Všechny země zahrnuly do svých systémů dohledu potvrzené akutní případy¹ a osmnáct zemí zahrnulo i chronické případy. Některé země

¹ Akutní potvrzené případy hepatitidy C ve Francii byly zkoumány pouze v letech 2006 a 2007 a v souvislosti s konkrétními skupinami obyvatel, např. HIV pozitivními muži, kteří mají pohlavní styk s muži.

vedly, že shromáždily směs případů, a nebyly k dispozici žádné sérologické markery, aby bylo možné provést rozlišení mezi akutní a chronickou hepatitidou C. To brzdí výklad dostupných údajů ve všech zemích. Dvacet šest zemí oznámilo sběr údajů na základě případů na vnitrostátní úrovni, ale v každé zemi je frekvence analýzy jiná. Navíc ke klinickému hlášení devatenáct zemí shromažďuje údaje z laboratoří v rámci svého systému dohledu; deset zemí nezahrnuje laboratorní hlášení. Ve 26 zemích se sbírá základní soubor údajů (věk, pohlaví, bydliště, datum propuknutí nemoci, datum oznámení), ale informace o podrobném epidemiologickém riziku a dopadu nemoci často chybí. Zdá se, že z důvodu asymptomatického charakteru této nemoci je běžné nedostatečné hlášení.

Epidemiologie v Evropě

Počet nově oznámených případů na 100 000 obyvatel v roce 2007, jak bylo nahlášeno 27 zeměmi, se pohybuje od 0 do 36, přičemž průměrný výskyt činí 6,9 případů na 100 000 obyvatel (Výroční epidemiologická zpráva, ECDC 2009). Počet oznámených případů HBV v zemích EU/EHP na 100 000 obyvatel vzrostl v letech 1995 až 2007 z 4,5 na 6,9. Vyhodnocování trendů a porovnávání údajů z jednotlivých zemí může být složité a je nutné postupovat obezřetně, protože systémy dohledu se značně liší a nedávné změny mohou mít dopad na prezentované údaje. U HBV je interpretace dále bržděna asymptomatickou povahou infekce, proto uváděná čísla mohou odrážet spíše postupy při testování než skutečný výskyt, protože nelze odlišit akutní a chronické onemocnění.

Údaje o prevalenci HBV mezi obecným obyvatelstvem jsou spíše vzácné; prevalence se pohybuje od 2,6 % v Itálii v roce 2007 po 0,12 % v Belgii v roce 2003. Relativně vysokou prevalenci hlásilo Bulharsko (1,2 %) a Slovensko (1,56 %). Jedenáct členských států hlásilo údaje o prevalenci mezi konzumenty injekčních drog od 25 % do 75 %. V letech 2006 až 2007 hlásila nejnižší prevalenci Itálie (10,8 %–25,6 %) a nejvyšší Norsko (70 %). Údaje o prevalenci HBV vycházejí ze sérologických markerů pro hepatitidu C, nesdělují však, která část populace je nosiči, a je tudíž infekční.

Prevence v Evropě

Polovina zemí uvedla, že zavedly screeningové programy pro rizikové skupiny: šestnáct zemí má programy pro konzumenty injekčních drog, jedenáct pro vězně. Stále není jasné, zda mnohé země zavedly programy pro monitorování míry nakažení mezi zdravotnickými pracovníky. Zdá se, že je zapotřebí více screeningových programů pro rizikové skupiny, obtížně kontaktovatelné části obyvatelstva a obecné obyvatelstvo, ale před zavedením jakéhokoli opatření by mělo být uskutečněno důkladné prošetření na základě analýzy nákladové efektivity a dostupnosti účinné léčby.

Závěr

Tato zpráva shromáždila a zanalyzovala údaje z 29 zemí EU/EHP, pokud jde o dohled nad hepatitidou B a C a o programy prevence u těchto onemocnění. Ačkoli ve všech zemích fungují systémy, které shromažďují údaje na vnitrostátní úrovni, liší se vzájemně v tom, jak uplatňují definice případů a využívají shromážděné údaje.

Jelikož je virová hepatitida častou a mnohdy nedostatečně hlášenou nemocí, pokouší se tato zpráva shrnout nejnovější dostupné údaje o prevalenci na úrovni EU. Velkým úkolem pro dalších několik let bude harmonizace dostupných údajů dohledu za účelem zlepšení srovnatelnosti údajů mezi zeměmi.

Pokyny střediska ECDC

3. Řízení veřejného zdraví u sporadických případů invazivního meningokokového onemocnění a osob, které byly s nemocnými v kontaktu

(Zveřejněno v říjnu 2010)

Neisseria meningitidis je běžná komenzální bakterie hltanové sliznice u člověka. Tento organismus může způsobit závažné invazivní meningokokové onemocnění (IMO), obvykle se projevující jako meningitida, septikémie nebo oběma způsoby. Řízení veřejného zdraví u sporadického IMO se v Evropě bohužel výrazně liší, což lze částečně připsat nejistotě obklopující účinnost preventivních opatření.

Účelem tohoto dokumentu je poskytnout pokyny opírající se o důkazy pro správný postup při řízení veřejného zdraví u sporadických případů meningokokového onemocnění a osob, které byly s nemocným v kontaktu. Dalším jeho cílem je pomoci zemím z celé Evropy při rozhodování o vhodných opatřeních pro kontrolu a prevenci meningokokového onemocnění na celostátní a regionální úrovni. Tento dokument s pokyny by měl evropským zemím pomoci při přezkumu jejich vlastních politik řízení veřejného zdraví a mikrobiologické diagnostiky meningokokového onemocnění. Ačkoli výsledky zde prezentované nezahrnují pokyny pro řízení exponovaných zdravotnických pracovníků ani pro řízení propuknutí nemoci v určitých komunitách, bude se dokument týkat následujících významných oblastí:

- laboratorní testy pro potvrzení diagnózy IMO,
- užívání antibiotik při propuštění z nemocnice,
- chemoprophylaxe pro osoby, které byly s nemocným v blízkém kontaktu, s uvážením různých prostředí,
- volba antibiotik pro chemoprophylaxi pro různé skupiny (dospělí, děti, těhotné ženy),
- použití meningokokové vakcíny navíc k chemoprophylaxi.

Kromě kvality vědeckých důkazů berou závěry v úvahu potenciální přínos a újmu, hodnoty, břemena a náklady.

Výsledky

Závěry vycházejí ze systematického přezkumu a kritického posouzení aktuálních, nejlepších dostupných důkazů. Pro komplexnější přehled viz hlavní text dokumentu.

1. Jaké laboratorní testy jsou doporučeny pro přesnou (citlivou, specifickou) a rychlou diagnózu IMO?

Otázka výzkumu: Jaké jsou nejcitlivější a nejspecifičtější laboratorní testy pro potvrzení diagnózy IMO?

- Na základě důkazů průměrné kvality by měly být upřednostňovány diagnostickými testy polymerázová řetězová reakce (*polymerase chain reaction*, PCR) a kultura. Pokud to je logisticky a ekonomicky proveditelné, měly by mít mikrobiologické laboratoře, které provádějí diagnostiku meningokokového onemocnění, přístup k testování PCR. V případech, kdy již byla zahájena antimikrobiální léčba, by testování PCR u biopsie/odběru kůže jako doplňkového vzorku ke krvi / mozkomíšnímu moku mohlo – na základě důkazů nízké kvality – zvýšit citlivost diagnostiky u pacientů s kožními lézemi.

2. Měla by být antibiotika, kromě antibiotik užívaných při klinické léčbě, podávána osobě s IMO při propuštění z nemocnice?

Otázka výzkumu: Je podávání antibiotik účinné při eradikaci výskytu u osoby s IMO za účelem prevence sekundárních případů při propuštění z nemocnice v porovnání s nepodáváním žádných antibiotik při propuštění?

- Kvalita důkazů pro nebo proti podávání antibiotik osobě s IMO při propuštění z nemocnice je velmi nízká. Avšak na základě důkazů průměrné kvality o účinnosti chemoprophylaxe při podávání osobám, které byly v úzkém kontaktu s nemocným, a vzhledem k relativně nízkým nákladům intervence by měla být antibiotika, která eradikují výskyt, nabídnuta, pokud již nebyla užívána při léčbě.

3. Měla by být chemoprophylaxe podávána lidem, kteří s osobou s IMO sdílejí domácnost nebo jsou s ním v ekvivalentním kontaktu?

Otázka výzkumu: Jaká je účinnost chemoprophylaxe podávané osobám, které byly v téže domácnosti v kontaktu s osobou s IMO, při prevenci dalších případů výskytu mezi těmito osobami?

- Na základě důkazů průměrné kvality získaných z výzkumných studií by měla být osobám z téže domácnosti, jako je osoba s IMO, nabídnuta chemoprophylaxe s antibiotickým režimem, který eradikuje výskyt.

4. Měla by být chemoprophylaxe podávána dětem nebo studentům, kteří navštěvují stejné předškolní, školní nebo vysokoškolské zařízení jako osoba s IMO?

Otázka výzkumu: Jaká je účinnost chemoprophylaxe podávané osobám, které přišly do kontaktu s osobou s IMO v předškolním, školním a vysokoškolském prostředí, při prevenci dalších případů výskytu?

- Na základě důkazů nízké kvality by měla být v závislosti na zhodnocení rizik chemoprophylaxe nabídnuta dětem navštěvujícím stejné předškolní zařízení. Docházka do stejné školy / na stejnou univerzitu jako osoba s IMO by neměla být sama o sobě indikací pro chemoprophylaxi.

5. Měla by být chemoprophylaxe dávana lidem, kteří pili stejné nápoje jako osoba s IMO?

Otázka výzkumu: Jaká je účinnost chemoprophylaxe podávané osobám, které pily stejné nápoje (nebo byly v podobném kontaktu, např. kouřily stejnou cigaretu, sdílely jídelní přístroje) jako osoba s IMO, při prevenci dalších případů výskytu mezi těmito osobami?

- Na základě důkazů nízké kvality by sdílení nápojů, cigaret nebo podobný kontakt s osobou s IMO neměly být samy o sobě indikací pro chemoprophylaxi.

6. Měla by být chemoprophylaxe dávana lidem, kteří cestují stejným dopravním prostředkem (např. letadlo, loď, autobus, automobil) jako osoba s IMO?

Otázka výzkumu: Jaká je účinnost chemoprophylaxe podávané osobám, které byly v témže dopravním prostředku v kontaktu s osobou s IMO, při prevenci dalších případů výskytu mezi těmito osobami?

- Aktuální dostupné důkazy jsou velmi nízké kvality. Na základě těchto důkazů nelze riziko přenosu v různých dopravních prostředcích kvantifikovat. V tomto prostředí nebyly potvrzeny žádné sekundární případy. Sdílení stejného dopravního prostředku jako osoba s IMO by proto nemělo být samo o sobě indikací pro chemoprophylaxi.

7. Které antibiotické režimy by měly být doporučeny pro chemoprophylaxi mezi dospělými, dětmi a těhotnými ženami?

Otázka výzkumu: Které antibiotické režimy jsou při eradikaci výskytu v nosiči mezi dospělými, dětmi a těhotnými ženami nejúčinnější?

- Na základě důkazů průměrné až vysoké kvality lze při profylaxi u dospělých a dětí používat rifampicin, ciprofloxacin, ceftriaxon, azithromycin a cefixim. Nezdá se, že by některý režim byl nadřazený, ale ciprofloxacin, azithromycin a ceftriaxon lze podat v jediné dávce. Vznik rezistence byl hlášen po užití rifampicinu.

8. Měla by být osobám, které byly v kontaktu s osobou s IMO a které dostávají chemoprophylaxi, případně nabídnuta také meningokoková vakcína?

Otázka výzkumu: Jaká je účinnost očkování navíc k chemoprophylaxi mezi osobami, které jsou s osobou s IMO v kontaktu ve stejné domácnosti, při prevenci dalších případů výskytu mezi těmito osobami?

- Kvalita aktuálních dostupných důkazů je velmi nízká a následující závěry vycházejí z nepřímých důkazů. V případě, že je meningokokové onemocnění způsobené kmenem, jemuž lze předcházet dostupnou schválenou vakcínou, mělo být osobám, které jsou s nemocným v kontaktu v domácnosti, nabídnuto navíc k chemoprophylaxi očkování, pokud se nemá za to, že daná osoba je již imunní.

4. Testování HIV: zvýšení akceptace a účinnosti v Evropské unii

(Zveřejněno v říjnu 2010)

Rozsah a účel těchto pokynů

Tento dokument s pokyny opírající se o důkazy má informovat o vývoji, monitorování a hodnocení vnitrostátních strategií či programů testování HIV v zemích Evropské unie (EU) a Evropského hospodářského prostoru (EHP).

Proč je důležité provádět testy HIV?

V celé Evropě počet lidí nakažených virem HIV neustále roste a v mnoha zemích byl popsán problém pozdní diagnostiky. Existují přesvědčivé důkazy o tom, že léčba zahájená v časnějším stadiu snižuje nemocnost a úmrtnost, ale mnoho lidí s virem HIV zůstává nediodagnostikováno až do pozdního stadia nákazy. Jelikož infekce HIV se po mnoho let nemusí téměř projevit, je testování jediným způsobem, jak dosáhnout včasné diagnostiky a umožnit včasné postoupení pacienta léčbě a péči. Lidé, u nichž je tato infekce diagnostikována brzy, budou také s menší pravděpodobností přenášet virus dále, a to díky nižší infekčnosti při léčbě a změnám sexuálního chování a chování při užívání drog. Přenosu z matky na dítě lze účinně předcházet pomocí testů HIV a léčby těhotných žen. Včasná diagnostika HIV má tak velké přínosy pro jednotlivé osoby i pro společnost a je zásadní prioritou veřejného zdraví.

Klíčové zásady pro vnitrostátní strategie testování HIV

Testování na přítomnost viru HIV by mělo být dobrovolné, důvěrné a mělo by probíhat s informovaným souhlasem

Každý by měl mít snadný přístup k dobrovolnému testování na přítomnost viru HIV a je zapotřebí vynaložit zvláštní úsilí pro zajištění takového přístupu skupinám, které jsou virem HIV ohroženy nejvíce a jsou vůči němu nejcitlivější. Budou sem patřit lidé, kteří jsou ve společnosti skryti nebo jsou na okraji společnosti, jejichž přístup k testování by měl být podněcován bez donucení nebo porušení důvěrnosti.

Zajištění přístupu ke službám v oblasti léčby, péče a prevence

Jediným největším přínosem pro testování na přítomnost viru HIV je přístup k léčbě. Základním kamenem vnitrostátních strategií testování na přítomnost viru HIV musí být poskytnutí univerzálního přístupu k léčbě a péči, prevenci a podpůrným službám, s jasnými doporučeními.

Projevení politického závazku

Aby bylo dosaženo příslušného dopadu, bude vyžadována vládní priorita ohledně programu testování na přítomnost viru HIV. K tomu bude nutná podpora v podobě finančních investic s monitorováním, aby bylo zajištěno, že finanční prostředky jsou využívány s nákladovou efektivností.

Omezení stigma

Stigma, které je spojeno s virem HIV, je překážkou pro testování, zejména v komunitách, které jsou samy stigmatizovány, a mezi zdravotnickými pracovníky. V boji proti tomu může pomoci „normalizace“ testování, např. zajištění toho, aby se proces více podobal jiným screeningovým a diagnostickým testům, ačkoli testování musí zůstat dobrovolné.

Odstranění právních a finančních překážek

Strategie testování by měly najít způsoby, jak překonat právní a finanční zábrany pro testování. Mezi takové překážky mohou patřit politiky trestního stíhání za přenos infekce HIV a požadavek platit za léčbu tam, kde to je finančně neúnosné. S výjimkou povinného testování u dárcovství krve a tkání by měly být vzaty v úvahu právní předpisy o zákazu diskriminace a politiky předcházení povinnému testování jakékoli skupiny v jakémkoli prostředí.

Zařazení přístupu k testování na přítomnost viru HIV do vnitrostátních strategií jako jejich nedílné součásti

Jakékoli vnitrostátní strategie pro prevenci a léčbu infekce HIV, jiných sexuálně přenosných infekcí, virové hepatitidy, tuberkulózy a jiných onemocnění indikujících infekci HIV musí jako klíčový prvek obsahovat testování na přítomnost viru HIV, s náležitým zaměřením. Příležitosti ke zvýšení přístupu k dobrovolnému důvěrnému testování na přítomnost viru HIV a akceptace takového testování by měly být také identifikovány v rámci jiných relevantních vnitrostátních strategií, jako jsou strategie zaměřené na těhotné ženy, konzumaci drog, sexuální práci nebo zdravotní péči ve věznících.

Vytvoření a provádění strategie testování na přítomnost viru HIV s podílem zúčastněných osob

Používejte dostupné informace o viru HIV a souvisejících tématech na vnitrostátní a místní úrovni, abyste vyjasnili, čeho je třeba dosáhnout a co je třeba upřednostnit. Shrňte je v souboru strategických cílů a úkolů, aby dané problematice rozuměla každá zapojená nebo dotčená osoba. K vytvoření strategie je nutný podíl všech významných zúčastněných subjektů na vybudování koalice kolem společných úkolů, včetně lidí žijících s virem HIV, zástupců

nejvíce dotčených komunit, občanské společnosti, agentur pro prevenci, odborníků se zkušenostmi s testováním na přítomnost viru HIV a dalších osob s nějakou úlohou při provádění této strategie.

Rozvoj vnitrostátní strategie testování na přítomnost HIV

Koho testovat?

Poznejte svou epidemii a určete nejohroženější skupiny. Účinný vnitrostátní přístup k testování na přítomnost viru HIV se bude opírat o pochopení epidemie na místní a celostátní úrovni. Programy testování by se měly zaměřovat na ty osoby, které jsou ohroženy infekcí, a na upřednostnění osob, které jsou ohroženy nejvíce.

Přezkoumejte údaje z pozorování a další relevantní údaje, včetně informací o nediagnostikované infekci HIV a pozdní diagnostice, abyste dosáhli porozumění epidemii a časovým trendům na regionální a celostátní úrovni. Infekcí HIV jsou některé skupiny ohroženy ve větší míře, zejména muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, konzumenti injekčních drog, migranti, především ze zemí s vyšší prevalencí, sexuální partneři jedinců ze všech těchto skupin a děti HIV pozitivních matek. Tyto skupiny obyvatelstva a jejich rizika jsou často skryty a stigmatizovány. Bude nutné provést zvláštní průzkumy, aby byly zjištěny úrovně nákazy HIV mezi těmito skupinami, jejich míry testování na přítomnost viru HIV a relevantní znalosti, postoje a chování za účelem informování o intervencích pro větší akceptaci testování na přítomnost viru HIV těmito skupinami.

Je také třeba přezkoumat i doplňující údaje o dalších pohlavně přenosných infekcích, sexuálním chování a chování při užívání injekčních drog mezi obecným obyvatelstvem, jakož i mezi skupinami ohroženými infekcí HIV.

Kde testovat?

Zvažte logistiku

Naplánujte, jak bude prováděn program testování na přítomnost viru HIV, a vyřešte logistické úkoly. Mohou sem patřit takové otázky, jako je zajištění zdravotnického systému, zda existuje přístup k bezplatné zdravotní péči, připravenost komunitních služeb, poradenství a podpory, jak zajistit, aby fungovaly pečovatelské cesty pro přístup k léčbě HIV, a jak lze zajistit důvěrnost.

Zpřístupnění testování na přítomnost viru HIV v různých prostředích

Používejte znalosti o epidemii a ohrožených skupinách, abyste mohli informovaně rozhodovat o tom, kde budete testování na přítomnost viru HIV nabízet. Zvažte také, kdo má v současnosti přístup k tomuto testování a v jakém prostředí. Z důvodu rozmanitosti potřeb a překážek pro testování by měla být za účelem maximalizace přístupnosti testování nabízena celá škála služeb. Určete opatření nutná k zavedení nových služeb nebo změně praxe ve stávajících zdravotnických zařízeních nebo komunitních službách. Zhodnoťte, zda by bylo možné uvolnit regulaci, která může působit jako překážka pro testování v komunitním prostředí, včetně využití testů v místě kontaktu s danou osobou nebo požadavku, aby testy prováděli pouze konkrétní odborníci, aniž by byla ohrožena kvalita testů.

Zaměřte se na nabízení testů na přítomnost viru HIV

- Vyhrazené služby v oblasti testování na přítomnost viru HIV pro poskytování snadného a bezpečného přístupu k těmto testům samotným nebo v kombinaci s jinými testy.
- Prostředí, kde by testování na přítomnost viru HIV mělo být všeobecně nabízeno: služby pro ohrožené osoby (služby v oblasti pohlavně přenosných infekcí, služby pro konzumenty injekčních drog), služby v těhotenství, služby pro klinickou diagnostiku a řízení podmínek pro indikaci HIV a další prostředí, kde je známa nediagnostikovaná prevalence HIV nebo kde se odhaduje, že bude vysoká.
- Všechna další prostředí v rámci zdravotní péče, kde by lidé měli mít možnost požádat o test nebo kde by měli být odborníci připraveni nabídnout ho a dávat pozor na to, kdy bude nutný.
- Testovací místa v komunitě, včetně služeb v terénu, aby byly dosaženy osoby s vysokým rizikem HIV, které mohou být ukryté nebo se mohou pohybovat na okraji společnosti, a nejsou tak v kontaktu s tradičními službami zdravotní péče. Takové služby by měly být stanoveny za účasti cílových skupin obyvatelstva.

Kdy testovat?

Poskytněte pokyny k četnosti testování

Častější testování lze doporučit lidem, kteří se nepřetržitě chovají rizikově. Například některé země doporučují, aby si muži, kteří mají pohlavní styk s muži, dělali test každý rok nebo častěji v závislosti na sexuálním chování. Aktuální pokyny Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) doporučují pravidelnou nabídku testů konzumentům injekčních drog nejméně jednou za šest až dvanáct měsíců.

Jak testovat?

Zvyšujte informovanost veřejnosti

Aby veřejnost, a zejména skupiny, jimž infekce HIV hrozí ve větší míře, žádaly o testování na přítomnost viru HIV a akceptovaly ho, musí chápat jeho přínos. Je nutný strategický přístup ke komunikaci s využitím celé řady různých kanálů. Za účelem zvýšení informovanosti lze využívat viditelnou podporu na vysoké úrovni ze strany tvůrců veřejného mínění, včetně politiků, společenských lídrů a celebrit, a podpůrné a přesné informace ve sdělovacích prostředcích.

Zajišťujte důvěrnost

Důvěrnost je ve zdravotnictví základní zásadou, z důvodu stigma spojeného s virem HIV a chováním, při němž může být přenášen, je však v rámci testování na přítomnost viru HIV zvláště důležitá. Je třeba dodržovat relevantní profesionální pokyny a vnitrostátní právní požadavky. Nedostatečná důvěra může při přístupu ke službám v oblasti testování na přítomnost viru HIV působit jako překážka. Překonat tuto překážku mohou pomoci jasné politiky důvěrnosti a publicita, pokud jde o politiku v prostředích poskytujících testování. Testování na přítomnost viru HIV by mělo být vždy nabízeno a diskutováno v soukromí. Měla by být také k dispozici možnost anonymního testování.

Zvyšujte informovanost mezi profesionály a školte pracovní síly

Informovanost, důvěra a kompetence profesionálů, kteří budou nabízet testování na přítomnost viru HIV, lze zvyšovat školením. Testování na přítomnost viru HIV může nabízet jakýkoli náležitě vyškolený a kvalifikovaný zdravotnický pracovník a rozšíření tohoto testování bude vyžadovat větší množství pracovních sil, které jsou spolehlivé a kompetentní ho nabízet. S náležitým školením a zajištěním kvality mohou testy na přítomnost viru HIV nabízet i osoby, které nepůsobí jako zdravotničtí pracovníci. Pracovní síly musí chápat výhody testování na přítomnost viru HIV a překonávat překážky, které brzdí jejich možnost a ochotu ho nabízet. Patří sem chybějící důvěra, potíže hovořit o sexu nebo stigmatizovaném chování, obavy, že výsledek bude pozitivní, a diskriminační postoje vůči lidem, kteří jsou virem HIV ohroženi nebo postiženi.

Diskuse před provedením testu

Ukázalo se, že jako pomůcka při zvyšování akceptace testu je přijatelná a účinná krátká diskuse před testem o výhodách testu a jeho praktickém provedení a zjištění výsledků. Hlavním účelem je zajistit informovaný souhlas, který by měl být zdokumentován, jeho součástí nicméně nemusí být podepsaný písemný souhlas. To je v souladu s jinými lékařskými šetřeními a je to součástí normalizace testování na přítomnost viru HIV. Před nabídnutím testu na přítomnost viru HIV není nutné znát podrobnou sexuální historii nebo historii konzumace injekčních drog. Avšak u některých osob nebo v prostředích, kde sexuální zdraví a/nebo konzumace drog spadají do rozsahu služeb, může být indikováno krátké zhodnocení rizik nebo rozsáhlejší poradenství před testem, např. v případě pokračující expozice rizikům. To by mělo být vždy dostupné a pracovníci by měli vědět, jak odkazovat na kvalifikované poradce.

Používejte vhodné technologie testování

Určete dostupné testy na přítomnost viru HIV a posuďte jejich příslušné výhody pro testování v různých souvislostech, včetně rychlých testů (v místě kontaktu s danou osobou). Technologie testování se nepřetržitě vyvíjí a měli byste vyhledat radu odborníka, aby volba testů podléhala pravidelnému přezkumu. Měly by být potvrzeny všechny reaktivní testy a v tomto ohledu by měly být dodržovány pokyny Světové zdravotnické organizace. Pro zajištění vysoce kvalitní praxe a metodické standardizace a spolehlivosti jsou zásadní vnitrostátní pokyny pro uplatnění minimálního standardu zajištění jakosti pro diagnostické testování.

Vždy poskytujte výsledky

Mělo by být vynaloženo veškeré úsilí na to, aby lidé, kteří si udělali test na přítomnost viru HIV, byli informováni o výsledku, ať už pozitivním nebo negativním. Pokud máte sdělit pozitivní výsledky, zajistěte, aby byli k dispozici pracovníci poskytující poradenství po provedení testu a abyste mohli odkázat na vhodné služby v oblasti léčby infekce HIV a podpůrné služby. Lidé s vysokým rizikem infekce HIV, jejichž test vyjde s negativním výsledkem, mohou poradenství využít také a mohou být odkázáni na náležité služby v oblasti prevence.

Zajištění přístupu k léčbě, péči a prevenci infekce HIV

Přístup k antiretrovirální léčbě

Je zásadní, aby všechny programy testování na přítomnost viru HIV měly jasné mechanismy, které zajistí, aby lidé, jejichž test je pozitivní, byli zařazeni do léčby a péče v souvislosti s infekcí HIV. Měl by existovat všeobecný přístup k antiretrovirální léčbě v celé Evropě. Nemožnost zaplatit náklady by neměla bránit v přístupu k léčbě a musí být nalezena řešení k překonání této překážky pro všeobecný přístup. Všechna místa testující na přítomnost viru HIV by měla dávat doporučení, aby se lidé dostali na konzultaci se specialistou okamžitě poté, co se dozví pozitivní výsledek testu na přítomnost viru HIV. Součástí této konzultace by mělo být posouzení, kdy začít s antiretrovirální léčbou, a posouzení potřeb další zdravotní a sociální péče a podpory.

Přístup k psychosociální podpoře a službám prevence

Psychosociální podpora by měla být dostupná okamžitě po sdělení pozitivního výsledku testu. Pro lidi s pozitivním výsledkem testu by doporučení ke specialistovi mělo zahrnovat přístup k podpoře prevence dalšího přenosu viru HIV. Také lidé s negativním výsledkem testu by měli získat doporučení k poradenství a podpoře prevence viru HIV, pokud u nich je výrazné přetrvávající riziko expozice, nebo na vlastní žádost.

Následné kroky: monitorování a hodnocení

Monitorování a hodnocení jsou základním prvkem programu testování na přítomnost viru HIV a zajišťují, aby program vyhovoval účelu a poskytoval vysoce kvalitní testování na přítomnost viru HIV. Dobře navržený systém monitorování a hodnocení bude informovat politiky, zlepšovat kvalitu a účinnost zásahů, a proto bude vést budoucí rozdělení zdrojů programu. Vnitrostátní údaje dohledu obsahují nové diagnózy a podíl osob, které přicházejí pozdě. Pro monitorování vlivu programu jsou důležité odhady nediagnostikovaných případů. Rozšíření testů do nových prostředí bude vyžadovat důkladné monitorování a hodnocení, aby byla zajištěna vysoká kvalita testování na přítomnost viru HIV. Úspěch místních intervencí na podporu testování na přítomnost viru HIV lze posuzovat na základě pěti kritérií: proveditelnost (*Feasibility*), přijatelnost (*Acceptability*), účinnost a efektivita vynaložených nákladů (*Cost-effectiveness*), dosažení kontaktu s cílovými skupinami obyvatelstva (*Target populations*) a udržitelnost (*Sustainability*) (FACTS). Při monitorování těchto kritérií mohou pomoci jasné, dobře definované a měřitelné ukazatele, které poskytují standardní metodu oznamování zjištění na místní a (mezi)národní úrovni.

Zprávy o dohledu

5. Dohled nad tuberkulózou v roce 2008

(Zveřejněno v březnu 2010)

Od 1. ledna 2008 Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a regionální kancelář WHO pro Evropu společně koordinují dohled nad tuberkulózou (TBC) v Evropě. Jejich záměrem je zajistit vysokou kvalitu standardizovaných údajů o TBC zahrnujících všech 53 zemích evropského regionu WHO a Lichtenštejnsko.

Evropský region WHO

Za rok 2008 oznámilo 50 z 54 zemí evropského regionu² 461 645 případů TBC (52,2 na 100 000 obyvatel), což představuje přibližně 6 % případů TBC oznámených WHO po celém světě. Trend celkového hlášeného výskytu TBC v evropském regionu pokračuje od roku 2004 v růstu. Celkový hlášený výskyt TBC v 18 zemích s vyšší prioritou³ však v porovnání s předchozím rokem klesl o 3,9 % na 87,6 % všech případů TBC a v celém regionu klesl v letech 2007 a 2008 o 2,6 %. Pokles o 4 % od roku 2007 v hlášeních nově zjištěných případů TBC naznačuje snížení rozsahu šíření TBC v regionu. Od roku 2007 klesl z 31,7 % na 29,8 % i procentní podíl dříve léčených případů.

Věková skupina s nejvyšším počtem (42,0 %) nově zjištěných případů TBC v regionu činí 25–44 let.

Počet oznámených případů souběžné infekce HIV a TBC se téměř zdvojnásobil z 5 828 v roce 2006 na 11 395 v roce 2008 z důvodu zvýšeného testování v rámci intenzivnějších služeb v oblasti péče při infekci HIV pro pacienty TBC v zemích s vyšší prioritou. V tomto období nedošlo k citelnému zvýšení počtu oznámených souběžných infekcí HIV mimo země s vyšší prioritou.

V celém regionu se celkový počet oznámených multirezistentních případů TBC (MDR TBC) za rok 2008 oproti předchozímu roku zdvojnásobil díky zlepšenému testování vnímavosti vůči lékům (DST) a prevalence MDR TBC mezi novými případy TBC činila 11,1 %. Nejvyšší zatížení případy MDR TBC v regionu je zjištěno v zemích s vyšší prioritou, kde je prevalence mezi nově diagnostikovanými případy 13,8 %, pětikrát vyšší než prevalence hlášená v EU/EHP, a více než 50 % mezi dříve léčenými případy, což je podíl více než dvakrát vyšší než v EU/EHP.

Úspěšnost léčby mezi nově zjištěnými laboratorně potvrzenými případy TBC v roce 2007 klesla na 70,7 % (v porovnání se 73,1 % u případů registrovaných v roce 2006); 9,0 % bylo hlášeno jako chybná léčba, 8,4 % případů skončilo úmrtím a 6,9 % léčbu nenastoupilo. Úspěšnost léčby ve třetích zemích je nižší než v EU/EHP:

67,5 % v porovnání se 79,5 %. V osmnácti zemích s vyšší prioritou byla léčba úspěšná u pouhých 69,2 % nově zjištěných laboratorně potvrzených případů TBC, což zdaleka nedosahuje 85% cíl strategie Stop TBC.

Úmrtnost u TBC klesla o 45 % z 9,0 na 100 000 obyvatel v roce 2005 na 5,0 na 100 000 obyvatel v roce 2007. Podobná poměrná snížení byla zaznamenána v EU/EHP i v zemích s vyšší prioritou. Úmrtnost v zemích s vyšší prioritou však zůstala téměř patnáctkrát vyšší než v EU/EHP.

Země Evropské unie a Evropského hospodářského prostoru⁴

Za rok 2008 bylo 26 zeměmi Evropské unie (EU) (všechny kromě Rakouska) a dvěma dalšími zeměmi Evropského hospodářského prostoru (EHP) (Island a Norsko) oznámeno 82 611 případů TBC, což v porovnání s rokem 2007 znamenalo pokles o 615 případů. Více než 80 % případů se vyskytlo v osmi zemích, z nichž každá oznámila nejméně 3 000 případů (Bulharsko, Francie, Itálie, Německo, Polsko, Rumunsko, Spojené království a Španělsko).

Celkový hlášený výskyt v roce 2008 činil 16,7 na 100 000, přičemž výskyt nižší než 20 na 100 000 byl hlášen ve 21 zemích a vyšší než 20 na 100 000 v Rumunsku (115,1), pobaltských státech – v Litvě (66,8), Lotyšsku (47,1), Estonsku (33,1) – Bulharsku (41,2), Portugalsku (28,2) a Polsku (21,2). Celkový hlášený výskyt byl o 1,2 % nižší než v roce 2007 (ve 28 oznamujících zemích), což odráželo čistý sestupný trend v 17 zemích.

Výrazný nárůst byl však pozorován na Maltě (28,8 %), na Islandu (19,8 %) a na Kypru (12,2 %) a k určitému zvýšení došlo ve Švédsku (4,9 %) a ve Spojeném království (2,8 %), většinou v případech zahraničního původu. V roce 2008 tvořily 22,4% případů (rozsah pro jednotlivé země: 0–88 %) osoby zahraničního původu, z nichž více než dvě třetiny pocházely z Asie nebo z Afriky.

² Údaje neposkytlo Monako, San Marino, Rakousko a Lichtenštejnsko; Lichtenštejnsko je zahrnuto do této zprávy, je však prezentováno pouze jako země EHP, protože není členským státem evropského regionu WHO.

³ Arménie, Ázerbajdžán, Bělorusko, Bulharsko, Estonsko, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Litva, Lotyšsko, Moldavsko, Rumunsko, Rusko, Tádžikistán, Turecko, Turkmenistán, Ukrajina, Uzbekistán.

⁴ 27 členských států EU, Island, Lichtenštejnsko a Norsko.

Prevalence HIV mezi případy TBC vzrostla v letech 2006 až 2008 v Estonsku (z 9,0 % na 9,9 %), Lotyšsku (z 3,4 % na 6,7 %) a na Maltě (z 3,7 % na 9,4 %). Ve zbývajících zemích, které poskytly údaje, činila prevalence HIV mezi případy TBC 1 % nebo méně v šesti zemích, 2–5 % ve třech dalších, 5–8 % ve dvou zemích a 14,6 % v jedné zemi.

Multirezistence zůstala častější v pobaltských státech (kombinovaná MDR: 15,6 %–21,3 %) následovaných Rumunskem, které hlásilo výsledky poprvé (14,7 %). Nižší úrovně MDR (0 %–5 %) hlásily další země, kde byla MDR obecně běžnější v případech zahraničního původu. Ze čtrnácti zemí vykazujících výraznou rezistenci na léky (XDR) mělo nejvyšší čísla Rumunsko (celkem 54 případů), zatímco Lotyšsko a Estonsko měly nejvyšší procento případů XDR mezi případy MDR (14,7 %, resp. 12,2 %), přičemž Lotyšsko vykázalo prudký nárůst případů XDR v porovnání s rokem 2007, z 6 na 19 (z 6,1 % na 14,7 %).

V roce 2007 vykázalo 22 zemí údaje o monitorování výsledků léčby pro definitivní případy plicní formy TBC. Mezi původně neléčenými případy plicní formy TBC s potvrzenou kulturou dosáhlo 79,5 % úspěšného výsledku. Úspěšné výsledky byly výrazně nižší mezi dříve léčenými případy TBC (51,8 %) a mezi plicními formami MDR TBC s potvrzenou kulturou ve 24 měsících (30,9 %).

6. Dohled nad chřipkou v Evropě 2008/2009 – 40. týden roku 2008 až 39. týden roku 2009

(Zveřejněno v květnu 2010)

Chřipkové období 2008/2009 v Evropě začalo ve 48. týdnu roku 2008, v každé dotčené zemi trvalo asi deset týdnů a skončilo v 16. týdnu roku 2009 poté, co na celém kontinentu od západu na východ došlo ke kulminaci. Týdenní podíly na chřipku pozitivních sentinelových vzorků podle jednotlivých (pod)typů vykazaly dvě překrývající se kulminace, původně dominující chřipku A(H3N2) nahradila chřipka B jako nejvíce prevalentní virus chřipky po 8. týdnu roku 2009. Ukázalo se, že cirkulující chřipkové viry A(H3N2) a A(H1N1) jsou z antigenického hlediska úzce příbuzné s odpovídajícími složkami obsaženými ve vakcíně proti chřipce na severní polokouli v letech 2008/2009, zatímco izolované viry kmene B byly z velké části viry Victoria lineage a nesouhlasily se složkou vakcíny B, virem Yamagata lineage. Vzhledem k relativně nízké prevalenci virů B zjištěných v tomto období však tento nesoulad nebyl pravděpodobně obzvláště významný pro veřejné zdraví.

Případy pandemické chřipky A(H1N1) v roce 2009 se začaly v Evropě objevovat v 16. týdnu roku 2009. Do 39. týdne bylo celkově nahlášeno 53 658 potvrzených případů ze všech členských států EU, Islandu, Lichtenštejnska a Norska a zahrnuto bylo 175 úmrtí ve 14 zemích. Údaje vycházející z případů ukázaly, že pacienti byli lidé od 0 do 90 let (medián: 19 let), 78 % představovali lidé mladší 30 let a školáci ve věku od 5 do 19 let tvořili 47 % všech případů. U převážné většiny případů (96 %) nebylo známo, zda měly nějaké základní onemocnění. Mezi těmito základními onemocněními bylo nejčastěji hlášeno chronické onemocnění plic představující 30 % těchto případů. Zápal plic byl uváděn jako komplikace u 0,6 % pandemických chřipkových infekcí, celková míra hospitalizace činila 13 % a u 0,03 % případů bylo hlášeno úmrtí.

Jako efektivní při včasné detekci začátku chřipkového období 2008/2009, při monitorování jeho průběhu a při charakterizaci jeho hlavních virologických znaků se ukázala integrovaná evropská síť pro klinický a virologický dohled nad chřipkou (EISN). První viry pandemické chřipky v roce 2009 zjištěné u nesentinelových a sentinelových pacientů byly potvrzeny do jednoho, respektive tří týdnů poté, co v Evropě onemocněly první osoby. Avšak sentinelový dohled nad chřipkovým onemocněním (ILI) a akutní respirační infekcí (ARI) odhalil jasný nárůst až s desetitýdenním zpožděním. Dokonce i v 39. týdnu roku 2009, kdy případy pandemické chřipky hlásily všechny členské státy EU, Island, Lichtenštejnsko a Norsko, aktivita ILI/ARI nad základní hranicí byla vidět pouze v devíti z 29 zemí podávajících hlášení do sítě EISN.

Ačkoli vyšší sensitivita by vyžadovala vyšší počty lékařů zařazených do sentinelových šetření, je nutné řešit i další systematické nedostatky. Navrhované změny systému dohledu nad chřipkou v Evropě jsou tyto:

- další podpora standardizovaného podávání zpráv o intenzitě, geografickém rozšíření a trendech u ILI a ARI,
- rozšíření dohledu nad ILI a ARI o dohled nad těžkými akutními respiračními infekcemi (SARI),
- zavedení standardizovaných epidemických prahových hodnot pro dohled nad sentinelem ILI/ARI,
- další vývoj dohledu všeobecné úmrtnosti na evropské úrovni a zveřejňování pravidelných výstupů.

7. Dohled nad invazivními bakteriálními onemocněními v Evropě v roce 2007

(Zveřejněno v říjnu 2010)

Tato zpráva popisuje epidemiologii invazivních bakteriálních onemocnění v důsledku bakterií *Haemophilus influenzae* a *Neisseria meningitidis* v členských státech Evropské unie (EU) v roce 2007. Pověřená vnitrostátní kontaktní místa byla požádána o předložení údajů pomocí upravené verze datového souboru pro invazivní bakteriální infekce (IBI) vytvořeného v roce 2008 na základě původní databáze EU-IBIS. Tento datový soubor obsahuje informace získané na základě jednotlivých případů a týkající se epidemiologických a laboratorních proměnných. Je rozdělen na klíčový soubor proměnných použitelný na všechna onemocnění podléhající hlášení v EU a na vylepšený datový soubor proměnných speciálně pro invazivní onemocnění *Haemophilus influenzae* a invazivní meningokokové onemocnění. Pro usnadnění přenosu údajů byly členské státy v červnu 2008 on-line formou vyškoleny a před žádostí o údaje jim byly dány k dispozici doplňková školicí videa a další materiály.

Z 30 členských států EU/EHP jich údaje o invazivním onemocnění *Haemophilus influenzae* poskytlo 27 a údaje o invazivním meningokokovém onemocnění 29.

Invazivní onemocnění *Haemophilus influenzae*

- V roce 2007 bylo celkově nahlášeno 2 058 případů invazivního onemocnění *Haemophilus influenzae*. Výskyt se v jednotlivých členských státech lišil a v severských zemích byl v porovnání se zbytkem Evropy vyšší s pokračujícím rostoucím trendem. Většina zemí však zůstala pod jedním případem na 100 000 obyvatel. Nejvyšší celkový výskyt byl hlášen mezi kojenci do jednoho roku (3 na 100 000, 118 případů). Zatímco trendy mezi kojenci klesly v letech 1999 až 2007 podstatně u sérotypu b (ze 3 na 100 000 na 1 na 100 000), vzrostly u nekapsulárních kmenů, pohybujících se od 1,5 na 100 000 do 2,5 na 100 000 v témže období.
- Šedesát sedm procent všech invazivních případů *H. influenzae* hlášených v roce 2007 bylo způsobeno nekapsulárními kmeny. Nárůst počtu nekapsulárních kmenů hlášených v průběhu let lze zčásti připsat vylepšenému určování případů a zlepšení citlivosti systémů dohledu, což bylo v některých členských státech též zdokumentováno. Skutečný nárůst počtu oznámených sérotypů, které vakcína nekryje (jiné než kmeny b a nekapsulární kmeny), však byl v EU pozorován i v posledních několika letech. Zavedení konjugované vakcíny proti *H. influenzae* typu b (Hib) vedlo z důvodu omezení onemocnění Hib k vyššímu podílu invazivních infekcí *H. influenzae* připisatelných kmenům jiného sérotypu než b. Avšak na rozdíl od programu očkování konjugovanou pneumokokovou vakcínou neexistují žádné konzistentní ani spolehlivé důkazy, které by naznačovaly, že masivní očkování proti Hib v kojeneckém věku vedlo k nahrazení tohoto sérotypu jiným nosičem nebo onemocněním. Nedávné stanovisko Světové zdravotnické organizace (WHO) o konjugovaných vakcínách proti Hib došlo k závěru, že „doposud nebylo nahrazení bakteriálního kmene dominantním znakem očkování proti onemocnění Hib ve velkém měřítku“.
- Z hlediska oznámených absolutních počtů se zdá, že dochází k posunu ke starším věkovým skupinám. Čtyřicet šest procent všech hlášených případů v roce 2007 bylo mezi dospělými staršími 65 let; toto zjištění bylo konzistentní se studií z USA zdůrazňující zvýšený výskyt invazivního onemocnění *H. influenzae* v letech 1996 až 2004. Změnily se i epidemiologické charakteristiky *H. influenzae*, a to z onemocnění, které se vyskytuje převážně mezi dětmi a jemuž dominuje sérotyp b, na onemocnění, které se vyskytuje v převážné míře mezi dospělými a jemuž dominují kmeny bez možnosti určení typu.
- V roce 2007 se až 60 % případů objevilo u očkovaných jedinců, jak je obvykle pozorováno v populaci s vysokým vakcinačním pokrytím. Mezi plně očkovanými osobami se většina případů vyskytla u dětí ve věku od jednoho do čtyř let, zatímco děti do jednoho roku představovaly 27 % případů. S dostupnými údaji není možné posoudit, zda pozorované případy lze klasifikovat jako skutečné selhání vakcíny, a pro další zkoumání tohoto zjištění je zapotřebí více informací. Určité další informace na toto téma poskytla studie provedená databází EU-IBIS, která analyzovala selhání vakcíny proti Hib zjištěné vnitrostátním dohledem v letech 1996 až 2001 v Evropě, Izraeli a Austrálii a popsala klinické a laboratorní znaky u velké a různorodé populace s různými imunizačními harmonogramy.

Nový výskyt onemocnění způsobeného bakterií Hib v důsledku selhání vakcíny hlásí také ve velké míře Spojené království.

Invazivní meningokokové onemocnění

- V roce 2007 bylo v EU/EHP oznámeno 5 583 případů invazivního bakteriálního onemocnění způsobeného bakterií *N. meningitidis* s celkovým výskytem 1,12 případů na 100 000 obyvatel. Výskyt je v jednotlivých členských státech odlišný a byl vyšší v Irsku a ve Spojeném království oproti zbytku Evropy, ačkoli v obou

zemích panuje trvalý sestupný trend. Vedle těchto dvou zemí hlásí výskyt nad 1 případ na 100 000 obyvatel dalších šest členských států (Belgie, Dánsko, Nizozemsko, Španělsko, Litva a Malta). Kojenci a děti stále vykazovali nejvyšší počet invazivního meningokokového onemocnění, přičemž 50 % případů bylo hlášeno u dětí mladších deseti let. Nejvyšší výskyt pozorovaný u kojenců do jednoho roku hlásilo Irsko a Spojené království, které uváděly 74,5/100 000, respektive 46,6/100 000.

- Stejně jako u bakterie *H. influenzae* lze nestejnorodost v případě hlášení přisoudit řadě možných příčin: zlepšení citlivosti systémů dohledu; variace v typech klinických projevů v rámci dohledu (tj. sepse nebo meningitida či obojí) v jednotlivých členských státech; rozdíly v uplatňovaných definicích případů; rozdíly v laboratorních kapacitách nebo rozdíly v postupech zdravotní péče pro zajištění včasného odběru vzorků krevní kultury. V tomto stadiu nemá Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) dobrý přehled o hlavních příčinách těchto rozdílů, a proto doporučuje obezřetný postup při srovnávání výskytů v jednotlivých zemích podle séroskupiny a věku.
- Podíl případů s chybějícími informacemi o séroskupině zůstává vysoký, zejména ve východoevropských zemích. Identifikace séroskupin se však léty zlepšila, jelikož počet neznámých v posledních pěti letech výrazně klesl z 1 448 případů v roce 2003 na 559 případů v roce 2007. V roce 2007 byla nejčastěji uváděnou séroskupinou způsobující invazivní meningokokové onemocnění v Evropě séroskupina B, představující zhruba 90 % všech séroskupin hlášených u dětí mladších čtyř let. V zemích, kde se očkuje proti meningokoku C (MCC), převládají ve všech věkových skupinách výrazně případy meningokoka B a zejména ve věkových skupinách do jednoho roku a od jednoho do čtyř let (73, respektive 81 % případů), což jsou obvyklé cílové skupiny očkování proti séroskupině C.
- V zemích, kde se očkuje proti MCC, podíl případů způsobených séroskupinou C v několika letech po zavedení vakcíny do národního harmonogramu dramaticky klesl, zejména v cílových skupinách očkovacích programů. Zdá se, že podíl případů způsobených séroskupinou C roste s věkem, což je pravděpodobně způsobeno nízkým vakcinačním pokrytím ve starších věkových skupinách, jakož i klesající účinností vakcíny po roce primárního imunizačního harmonogramu.
- Informace o sérotypech a subtypech kmenů rostou díky přijímání molekulárních technologií ve stále větším počtu zemí. Počet vzorků se stanoveným sérotypem a sérosubtypem však zůstává nízký a výklad těchto výsledků je nutné provádět obezřetně. Nejvyšší počet vzorků se stanovenými sérosubtypy oznámila Francie, Spojené království a Belgie.

Hlavní závěry

Výskyt obou těchto onemocnění neustále klesá, zejména u malých dětí, na které se zaměřují očkovací kampaně. Na evropské úrovni však počet případů z důvodu sérotypů a séroskupin nepokrytých vakcínami roste, což postihuje i malé děti, a tento trend je nutné pozorně sledovat.

Jelikož vakcinační pokrytí je u obou vakcín vysoké, objevují se případy i u očkováných jedinců. Bohužel nebyl shromážděn dostatek údajů na to, aby mohla být provedena hloubková analýza selhání vakcíny nebo aby mohl být vysloven závěr ohledně podílu případů vyskytujících se mezi očkovánými jedinci v zemích s očkováním nebo bez očkování. Důvodem byl velmi vysoký celkový podíl chybějících hodnot pro očkovací status a chybějící informace o datu narození, počtu přijatých dávek a datu poslední dávky. Kromě toho všechny informace nutné pro to, aby mohlo být konstatováno, že došlo k selhání vakcíny, nejsou ještě zahrnuty do souboru proměnných (jako je datum narození a počet a data naočkování dávek).

Aby se zlepšila srovnatelnost údajů mezi zúčastněnými zeměmi, jsou nutné standardizované laboratorní metody pro identifikaci případů a přijetí společné definice případů pro účely dohledu na místní úrovni. V evropských zemích budou stále proveditelnější metody stanovení genotypu a tím selepší porozumění údajům dohledu. Ale stále je pro to nutná užší spolupráce mezi laboratořemi a epidemiologickými centry na vnitrostátní, jakož i evropské úrovni. V tomto ohledu byla v roce 2008 zakázka v rámci výběrového řízení nazvaného Laboratorní dohled a externí zajištění jakosti u invazivních bakteriálních onemocnění v EU udělena konsorciu evropských institucí koordinovanému Univerzitou ve Würzburgu v Německu. Zaměřuje se nejen na externí zajištění jakosti, ale zejména na posílení a harmonizaci laboratorní kapacity v členských státech a na posílení spolupráce mezi laboratořemi a institucemi pro veřejné zdraví v EU. Jednou z klíčových činností skupiny je propagovat používání molekulárních metod určování typů při rutinním dohledu.

8. Výroční epidemiologická zpráva o přenosných onemocněních v Evropě 2010

(Zveřejněno v listopadu 2010)

Tato zpráva představuje analýzu údajů, které za rok 2008 oznámilo 27 členských států EU a tři země EHP/ESVO: Island, Lichtenštejnsko a Norsko. Hlavním cílem této zprávy je poskytnout na základě dostupných údajů určité informace o tom, kde v Evropské unii nyní spočívá hlavní zatížení přenosnými onemocněními. V těchto oblastech jsou vyžadovány sladnější kroky, aby se snížilo současné a potenciální budoucí zatížení společnosti, systému veřejného zdraví a zdravotnictví a aby se omezilo lidské utrpení. Tyto údaje přispívají k úkolu střediska ECDC poskytovat důkazní základ pro kroky s cílem pomoci při identifikaci a sdílení postupů a navrhovat metody pro následné sledování intervencí.

Ačkoli při zlepšování kvality a srovnatelnosti údajů došlo k velkému pokroku, čtenář je stále varován před přímým srovnáváním výskytu mezi jednotlivými zeměmi. Systémy dohledu se značně liší a vztah mezi oznámeným nebo skutečným výskytem je v každé zemi pro mnoho onemocnění různý.

Poprvé je roční Analýza hrozeb monitorovaných v EU oznamována samostatně⁵.

Antimikrobiální rezistence a infekce související se zdravotní péčí

Nejdůležitější hrozbou v Evropě zůstává hrozba, kterou představují mikroorganismy, jež se staly antimikrobiálně rezistentními. V roce 2008 oznámilo 900 laboratorních poskytovatelů služby více než 1 500 nemocnicím údaje o antimikrobiální rezistenci (AMR) pro sedm hlavních indikátorových mikroorganismů. To ukázalo celoevropský nárůst rezistence na všechny sledované třídy antibiotik u nejběžnější gramnegativní bakterie odpovědné za bakteriémie a infekce močových cest, *Escherichia coli*. Některé země hlásily snížení podílu bakterie *Staphylococcus aureus* (MRSA) rezistentní na meticilin, ačkoli podíl MRSA zůstal v jedné třetině zemí vyšší než 25 %. Narůstající hrozba multirezistence (rezistence na celou škálu běžně používaných antibiotik), která je stále častěji pozorována u některých gramnegativních bakterií, jako jsou *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* a *Pseudomonas aeruginosa*, neustále vyvolává obavy.

V témže roce byly hlášeny údaje dohledu o 306 621 chirurgických zákrocích z 1 422 nemocnic a údaje z 654 nemocnic o 9 129 případech zápalu plic, který dostali pacienti ležící na jednotce intenzivní péče (JIP), a o 4 077 případech infekcí přenášených krví, jimž se nakazili pacienti na JIP. Byly potvrzeny klesající trendy již dříve pozorované u výskytu infekcí na chirurgických odděleních po endoprotéze kyčelního kloubu. Rozšíření mikroorganismů spojených s infekcemi získanými na jednotkách intenzivní péče ukázalo vysoký podíl enterobakterií rezistentních vůči cefalosporinům třetí generace, a zejména mezi *Klebsiella* spp. a *Enterobacter* spp.

Environmentální onemocnění a onemocnění přenášená bacionosiči

V roce 2008 došlo k opětovnému propuknutí Q-horečky hlášené v Nizozemsku v období od března do prosince 2007. Hlavní případy se objevily v létě a kulminovaly ve 25. až 28. týdnu (polovina června až polovina července). Mění se trendy Q-horečky a nárůst případů v roce 2008, i když menšího rozměru, hlásily i jiné evropské země, například Německo.

Za tradiční endemické hranice se v balkánském regionu z přenosných onemocnění v této skupině se závažnějšími následky, jako jsou onemocnění s potenciálně hemoragickými znaky, rozšířila krymsko-konžská hemoragická horečka (CCHF). Řecko hlásilo svůj první případ CCHF u člověka v červnu 2008, a to v severní části země v blízkosti známé endemické oblasti. Na druhou stranu zlepšené činnosti v rámci dohledu zavedené v Itálii po propuknutí 217 laboratorně potvrzených případů horečky chikungunya ukázaly, že se autochtonní horečka chikungunya nevrátila, protože těch několik případů, které byly hlášeny v EU/EHP, bylo dovezeno.

Onemocnění přenášená potravou a vodou a zoonózy

Mnoho z onemocnění přenášených potravou bylo z důvodu různé závažnosti klinického obrazu, který vytvářejí, hlášeno stále velmi nedostatečně. Nejčastěji hlášeným případem gastrointestinálního onemocnění v zemích EU a EHP/ESVO zůstala kamylobakterií, jejíž výskyt v roce 2008 (44,1 na 100 000 obyvatel) byl více či méně podobný výskytu v předchozím roce. To je typický příklad onemocnění, které je podceňováno, protože tato infekce je známá zejména jako onemocnění, které je asymptomatické nebo má mírný průběh, což vede k vysoké míře nedostatečného hlášení.

⁵ ECDC. Výroční zpráva o hrozbách v roce 2009. Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, Stockholm; 2010. K dispozici na: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx.

V několika posledních letech zůstal relativně nezměněný i celkový výskyt infekce VTEC/STEC (na 0,66 na 100 000 obyvatel). Avšak počet oznámených případů, u nichž se rozvinul hemolyticko-uremický syndrom, vzrostl v roce 2008 v porovnání s předchozím rokem o 42 %. Pokud jde o salmonelu a shigelózu, byl největší výskyt infekce VTEC/STEC hlášen mezi dětmi do pěti let (4,72 případů na 100 000 obyvatel), s největší pravděpodobností z důvodu závažnějších klinických projevů v této věkové skupině a vyšší pravděpodobnosti hospitalizace s každou infekcí.

V posledních třech letech byl zaznamenán stálý pokles salmonelózy, ačkoli bakterie *Salmonella* byla v roce 2008 stále příčinou řady onemocnění přenášených potravou na mezinárodní, vnitrostátní a regionální úrovni. Z důvodu změny při vykazování údajů tato zpráva ukazuje vyšší míru tyfu než v předchozích letech, ale to je spíše důsledek zlepšené úplnosti hlášení než skutečného nárůstu. Valnou většinu případů tyfu stále přivážejí cestovatelé vracící se z endemických oblastí.

V roce 2008 byl výskyt hepatitidy A (3,34 na 100 000 obyvatel) o něco vyšší než v roce 2007 (2,75 na 100 000 obyvatel). Výskyt v Lotyšsku vzrostl z 0,66 v roce 2007 na 123 na 100 000 obyvatel, hlavně v důsledku propuknutí v rámci komunit, zpočátku mezi intravenózními uživateli drog a osobami s nízkými příjmy v nedostatečných hygienických podmínkách, později i v širší společnosti. Podobně i v České republice propukla hepatitida A zpočátku mezi konzumenty injekčních drog a následně se rozšířila mezi celkové obyvatelstvo.

HIV, pohlavně přenosné infekce, hepatitida B a C

Infekce HIV zůstává jednou z hlavních hrozeb pro veřejné zdraví, které představují přenosná onemocnění v Evropě. O 33 % vzrostl počet oznámených případů HIV infekce, ze 4,2 na 100 000 obyvatel v roce 2000 (13 265 případů) na 5,6 na 100 000 obyvatel (18 019 případů) v roce 2008. Tento trend vyvolává větší znepokojení, pokud vezmeme v úvahu, že v EU/EHP značná část obyvatel (odhadem 30 %) ani neví, že má HIV. Údaje ukazují, že nejvyšší podíl případů HIV byl diagnostikován u mužů, kteří mají pohlavní styk s muži (40 %), ale v některých zemích v Evropě roste i podíl heterosexuálního přenosu viru HIV (29 %). Značný podíl nově diagnostikovaných infekcí HIV v EU vykazují přistěhovalci ze zemí s generalizovanou epidemií HIV (hlavně ze subsaharské Afriky). Naopak navzdory určitým omezením, pokud jde o údaje, se zdá, že počet diagnostikovaných případů AIDS klesl, výjimku představují pobaltské státy.

Nejčastěji uváděnou sexuálně přenosnou infekcí v zemích EU/EHP zůstávají s 335 329 potvrzenými nahlášenými případy chlamydie (150 případů na 100 000 obyvatel). Skutečný výskyt této infekce je pravděpodobně vyšší, protože je zde tendence nehlásit ji. V posledních deseti letech její výskyt roste. Zůstává onemocnění mladých dospělých, přičemž výskyt ve věkové skupině 15 až 24 let činí 976 případů na 100 000 obyvatel; mladé ženy jsou touto infekcí postiženy častěji než mladí muži.

Ačkoli trend v hlášení hepatitidy C je relativně stabilní a míra hepatitidy B v porovnání s předchozím rokem zjevně klesla, přetrvávají u těchto údajů omezení. Výklad těchto trendů je brzděn dosti velkými rozdíly mezi systémy dohledu, nedávnými změnami v hlášení, významnými počty nediagnostikovaných případů, možnými rozdíly v používaných definicích případů (tj. odlišné používání a/nebo výklad markerů hepatitidy B) a neúplným hlášením v některých zemích. Dále některé země nerozlišují mezi zprávami o akutních a chronických případech hepatitidy B a C a to, společně s vysokou mírou asymptomatických případů, vede k mixu údajů, které nelze snadno porovnat mezi zeměmi. Středisko ECDC pracuje na zlepšení zdokonaleného dohledu nad těmito virovými onemocněními, včetně zlepšení harmonizace dohledu nad hepatitidou B a C na evropské úrovni.

Infekce dýchacího ústrojí

Každou zimu stovky tisíc lidí v EU vážně onemocní a zemřou v důsledku sezónní chřipky. Chřipkové období 2008/2009 v Evropě začalo ve 48. týdnu roku 2008, v každé dotčené zemi trvalo asi deset týdnů a skončilo v 16. týdnu roku 2009 poté, co na celém kontinentu od západu na východ a poté směrem na jihovýchod došlo ke kulminaci. Sezóně 2008/2009 dominovala nejprve chřipka A(H3N2) a poté v menší míře chřipka B, přičemž chřipka A(H3N2) představovala většinu odhalených případů celkově. Většina cirkulujících virů chřipky B neodpovídala složce B obsažené ve vakcíně proti chřipce na severní polokouli v letech 2008/2009. Vzhledem k relativně nízké prevalenci virů B zjištěných v tomto období však tento nesoulad nebyl pravděpodobně obzvláště významný pro veřejné zdraví. V 19. týdnu roku 2009, na konci „běžného období“, byl v sentinelovém druhu detekován první pandemický chřipkový virus A(H1N1). Poté následovala jarní/letní vlna pandemie.

V roce 2008 se v Evropě znovu objevila ohniska vysoce patogenní ptačí chřipky a nízkopatogenní ptačí chřipky hlášené u ptáků v EU, oproti roku 2007 jich však bylo méně. Nebyly hlášeny žádné případy lidské formy související s těmito ohnisky.

V zemích EU a EHP/ESVO zůstal stabilní ve výši 1,2 na 100 000 obyvatel hlášený výskyt legionářské nemoci (legionelóza). Kulminace hlášených případů v červenci pozorovaná v předchozích letech byla v roce 2008 delší a trvala od června do září. Počet hlášených případů této nemoci v souvislosti s cestováním byl v roce 2007 nižší, stejně jako počet skupin souvisejících s cestováním.

Během posledních pěti let probíhal trvalý průměrný roční pokles počtu případů TBC, ačkoli 28 zemí EU a EHP/ESVO uvádělo v roce 2008 stále 82 611 případů TBC (hlášený výskyt 16,7 na 100 000 obyvatel). V EU je TBC nejběžnější mezi migranty, bezdomovci, chudými lidmi žijícími v centrech měst, vězni, osobami s HIV a uživateli drog, ale údaje z roku 2008 potvrzují různorodější obraz se třemi obecnými epidemiologickými kategoriemi:

- země s nízkým výskytem s případy hromadícími se v rostoucí míře v populaci cizinců a příležitostně hlásící rostoucí počet případů,
- země s relativně mírným až vysokým hlášeným výskytem, který klesá, s nízkými úrovněmi MDR TBC, a
- země s relativně vysokým hlášeným výskytem a s vysokým podílem případů MDR TBC, ale opět s klesajícím celkovým výskytem TBC.

Dále podíl případů kombinované rezistentní tuberkulózy (MDR TBC) vzrostl v letech 2007 až 2008 ze 4 % na 6 %, většinou v důsledku neúplných nebo špatně navržených léčebných režimů. U kohorty roku 2006 zůstává úspěšnost výsledku léčby u těchto případů MDR TBC také mimořádně nízká ve výši 30,9 %. Ačkoli kvalitu, reprezentativnost a úplnost údajů o rezistenci na léky druhé volby lze stále zlepšovat, čísla potvrzují, že se na území EU objevila XDR TBC.

Onemocnění, jimž lze předcházet očkováním

V EU/EHP bylo téměř vymýceno několik onemocnění, jimž lze předcházet očkováním a která mají závažnější následky (jako jsou obrna, záškrt nebo tetanus). Dalším úspěchem v téměř všech zemích EU je vliv vakcíny Hib zahrnuté do jejich národních imunizačních harmonogramů. U zbývajících onemocnění, jimž lze předcházet očkováním, problémy zůstávají s dosahováním lepšího pokrytí u těžce dostupných skupin obyvatelstva. Ztrátu cílů pro několik z těchto infekcí způsobily také nepodložené obavy z bezpečnosti vakcín, což způsobilo lokální ohniska, jimž se mělo zcela předejít.

Jedním z takových onemocnění jsou spalničky. Celkový počet případů spalniček v zemích EU a EHP byl v roce 2008 výrazně vyšší než v roce 2007. To bylo způsobeno velkými ohnisky v několika zemích, přičemž nejvyšší počet případů byl zaznamenán ve Švýcarsku, Itálii, Rakousku, Německu, Francii a Spojeném království. Pro zvrácení tohoto znepokojivého trendu je zapotřebí silné politické angažovanosti.

Na druhou stranu v letech 2007 a 2008 klesl počet hlášených a laboratorně potvrzených případů zarděnek. Navzdory celkovému dramatickému poklesu počtu případů vrozených zarděnek po zavedení očkování se v Evropě stále objevují sporadické případy. Horší než optimální pokrytí vakcínou proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám může vytvořit mezery mezi citlivými jedinci, načež může následovat nárůst těchto onemocnění, včetně vrozených zarděnek.

Celkový hlášený výskyt invazivního pneumokokového onemocnění (IPD) činil v roce 2008 5,2 případů na 100 000 obyvatel, a byl tak jedním z nejvyšších mezi onemocněními, jimž lze předcházet očkováním. Mezi systémy dohledu nad IPD existuje rozsáhlá nejednotnost, zejména pokud jde o typ funkčních systémů dohledu, jejich pokrytí a použitou definici případů. V jiných zemích na druhou stranu nejsou žádné systémy dohledu. Středisko ECDC zavádí v EU vylepšený dohled, jehož součástí je dohled laboratorní, aby bylo možné lépe monitorovat trendy v sérotypech, zejména v těch, které nejsou pokryty vakcínou.

Závěry

Toto shrnutí údajů a trendů v roce 2008 naznačuje, že v průběhu několika posledních let se podstatně změnila priority v oblasti prevence a kontroly přenosných onemocnění v EU. U některých onemocnění došlo k určitému snížení výskytu a počtu případů díky sladěným preventivním a kontrolním opatřením členských států (i když u některých částí obyvatelstva a rizikových skupin mohou úrovně zůstat vysoké). Některé problémy s přenosnými onemocněními však přetrvávají, přičemž základní jsou tyto:

- antimikrobiální rezistence,
- infekce související se zdravotní péčí,
- pohlavně přenosné infekce, zejména způsobené virem HIV a chlamydiemi,
- infekce dýchacího ústrojí vyvolané chřipkou (pandemického potenciálu stejně jako roční sezónní epidemie), tuberkulóza a pneumokokové infekce.

U některých z těchto onemocnění by další společné kroky (např. prostřednictvím očkování a podrobných opatření kontroly) mohly vést k tomu, že EU, a nakonec i celá Evropa, budou prohlášeny za oblast bez výskytu tohoto onemocnění, jako tomu je v případě některých onemocnění, jimž lze předcházet očkováním. Nicméně členské státy EU jsou stále daleko cílům stanoveným programy eliminace onemocnění, obzvláště pokud jde o spalničky, kde se klesající trend obrátil. Podobně zlepšení citlivosti a specifičnosti dohledu nad zarděnkami má nesmírný význam s ohledem na cíl WHO pro rok 2010 dosáhnout jejich vymýcení. Pokud jde o pneumokokové infekce, přetrvávají obavy z možnosti, že po zavedení vakcíny mohou být sérotypy pokryté konjugovanou vakcínou proti pneumokokům nahrazeny sérotypy touto vakcínou nepokrytými, jak již bylo zaznamenáno ve Spojených státech.

Údaje z roku 2008 dále potvrzují, že stále důležitějším rizikem pro veřejné zdraví v Evropě je antimikrobiální rezistence. Problém si žádá mezinárodní spolupráci, stejně jako společné úsilí na vnitrostátní úrovni, aby se antimikrobiální rezistence potlačila a aby se jí předcházelo. Podobně rostoucí problém, který potřebuje důslednou politiku prevence a kontroly, představují infekce spojené se zdravotní péčí. Politici činitelé budou moci využít spolehlivější údaje, které by dle očekávání mohly vyplynout z úsilí o zlepšení systémů dohledu fungujících převážně v nemocničních zařízeních a zařízeních dlouhodobé péče.

Ačkoli celkový trend TBC je sestupný, budou trendy MDR TB a HIV s TBC nadále růst. Podobně je rostoucí i celkový trend HIV. V obou případech tyto dvě infekce vyžadují vážnou pozornost, aby byly zachovány přísné vnitrostátní a mezinárodní aktivity v oblasti prevence a kontroly, včetně dalších investic do dohledu. Ohlašování souběžné nemoci TBC/HIV zůstalo neúplné, ačkoli existují nové plány na zlepšení této situace.

Chřipka nadále ukazovala, jak nepředvídatelná může být sezónní epidemie, kdy relativně těžké sezóně dominoval virus A(H3N2), který vedl ke vzniku pandemie A(H1N1) na americkém kontinentu.

Tabulka A: Přehled obecného posledního trendu, hlášeného výskytu v EU a hlavních postižených věkových skupin u přenosných onemocnění hlášených na úrovni EU v roce 2008

Onemocnění	Všeobecný trend	Hlášený výskyt v EU na 100 000 obyvatel (2008)	Hlavní postižené věkové skupiny (2008)
Infekce dýchacího ústrojí			
Chřipka	↔	Žádné údaje	0–14
Ptačí chřipka	Nedostatečné údaje	0	Nedostatečné údaje
Legionářská nemoc (legionelóza)	↑	1,2	≥ 65
Tuberkulóza	↓	16,7	25–44
HIV, sexuální přenosné infekce a krví přenášené virové infekce			
Chlamydiová infekce	↑	149,9	15–24
Kapavka	↓	8,6	15–24, 25–44
Hepatitida B	↓	1,3	25–44
Hepatitida C	↑	9,0	25–44
HIV	↑	5,7	25–44
AIDS	↓	1,1	40–49
Syfilis	↔	4,2	25–44
Onemocnění přenášená potravou a vodou a zoonózy			
Antrax	↓	< 0,01	Nedostatečné údaje
Botulismus	↔	< 0,1	25–44
Brucelóza	↓	0,2	45–64, 25–44
Kampylobakterií	↑	44,1	0–4
Cholera	↓	<0,01	Nedostatečné údaje
Kryptosporidie	↔	2,4	0–4
Echinokoková nákaza	↔	0,2	45–44, ≥ 65
<i>Escherichia coli</i> produkující vero/shiga toxin (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Giardiáza	↓	59,6	0–4
Hepatitida A	↓	3,3	5–14
Leptospiroza	↔	0,2	45–64
Listerióza	↔	0,3	≥ 65
Salmonelóza	↓	29,8	0–4
Shigelóza	↔	1,8	0–4

Onemocnění	Všeobecný trend	Hlášený výskyt v EU na 100 000 obyvatel (2008)	Hlavní postižené věkové skupiny (2008)
Toxoplazmóza	↓	0,8	15–24
Trichinelóza	↔	0,1	25–44
Tularémie	↔	0,2	45–64
Tyfus / salmonelóza drůbeže	↔	0,3	0–4, 5–44
Varianta Creutzfeldt-Jakobovy nemoci	Nedostatečné údaje	< 0,01	Nedostatečné údaje
Yersinióza	↑	2,7	0–14
Nová onemocnění a onemocnění přenášena bacilonosiči			
Malárie	↔	1,2	25–44
Mor	Nedostatečné údaje	0	Nedostatečné údaje
Q-horečka	↔	0,4	45–64
Těžký akutní respirační syndrom (SARS)	Nedostatečné údaje	0	Nedostatečné údaje
Neštovice	Irelevantní	0	Nedostatečné údaje
Horečka Chikungunya	Nedostatečné údaje	< 0,01	45–64
Horečka Dengue	Nedostatečné údaje	0,1	25–44
Infekce způsobená hantavirem	Nedostatečné údaje	1,4	25–44, 45–64
Západonilská horečka	Nedostatečné údaje	< 0,01	Nedostatečné údaje
Žlutá horečka	Nedostatečné údaje	0	Žádné případy
Onemocnění, jimž lze předcházet očkováním			
Záškrt	↓	<0,01	5–14, 45–64
Invazivní infekce způsobená bakterií <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Invazivní meningokokové onemocnění	↓	0,9	0–4
Invazivní pneumokoková infekce	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Spalničky	↔	0,9	0–4
Příušnice	↓	2,8	5–14
Černý kašel	↔	5,3	5–14
Dětská obrna	Nedostatečné údaje	0	Nedostatečné údaje
Vzteklina	↓	< 0,01	Nedostatečné údaje
Zarděnky	↓	0,6	0–4
Tetanus	↓	< 0,1	≥ 65
Antimikrobiální rezistence a infekce související se zdravotní péčí			
Antimikrobiální rezistence	↑	Irelevantní	Nedostatečné údaje
Infekce související se zdravotní péčí	↑	Irelevantní	Nedostatečné údaje

9. Dohled nad antimikrobiální rezistencí v Evropě v roce 2009

(Zveřejněno v listopadu 2010)

Toto je první výroční zpráva Evropské sítě dohledu nad antimikrobiální rezistencí (EARS-Net) po přechodu Evropského systému dohledu nad antimikrobiální rezistencí (EARSS) do Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) dne 1. ledna 2010. Tato zpráva představuje pokračování řady vysoce ceněných výročních zpráv EARSS zveřejňovaných touto sítí od roku 2001.

Během posledního desetiletí se antimikrobiální rezistence posunovala vytrvale do stále prominentnějšího postavení v agendě veřejného zdraví v Evropě. Dohled nad antimikrobiální rezistencí, který původně prováděl systém EARSS a v současnosti ho provádí síť EARS-Net, hraje důležitou roli při dokumentování výskytu a šíření antimikrobiální rezistence a zvyšování povědomí o tomto problému na politické úrovni, mezi úředníky pro veřejné zdraví a ve vědecké obci.

Na základě údajů o antimikrobiální rezistenci nahlášených sítí EARS 28 zeměmi v roce 2009 a na základě výsledků analýz trendů zahrnujících údaje EARSS z předchozích let zobrazuje situace v oblasti rezistence v Evropě velké rozdíly závislé na typu patogenu, antimikrobiální látce a geografickém regionu.

V roce 2009 se většina znepokojivých výsledků v oblasti rezistence týká rychle klesající vnímavosti invazivní bakterie *Escherichia coli* vůči v podstatě všem antimikrobiálním látkám zahrnutým do dohledu sítě EARS-Net kromě karbapenemů a vysoké prevalence rezistence bakterie *Klebsiella pneumoniae* na cefasporiny třetí generace, fluoroquinolony a aminoglykosidy. V polovině sledovaných zemí je podíl multirezistentních izolátů bakterie *K. pneumoniae* (kombinovaná rezistence na cefasporiny třetí generace, fluoroquinolony a aminoglykosidy) vyšší než 10 % a několik zemí nyní také udává vysoké podíly rezistence na karbapenemy. V mnoha zemích se tato antibiotika používají ve velké míře vzhledem k rostoucímu počtu enterobakterií produkujících širokospektré beta-laktamázy (ESBL) s následným vlivem na vznik produkce karbapenemáz (VIM, KPC a NDM-1), zejména u bakterie *K. pneumoniae*.

Nejvyšší podíly rezistence u *E. coli* byly hlášeny pro aminopeniciliny představující až 66 %. Bez ohledu na vysokou úroveň rezistence podíly stále rostou i v zemích, které již vykazují úroveň rezistence výrazně nad 50 %. Během posledních čtyř let vzrostla ve více než polovině sledovaných zemí výrazně také rezistence na cefalosporiny třetí generace u bakterie *E. coli*. Tato rezistence je přímo spojená s vysokými podíly (85–100 %) ESBL pozitiv mezi rezistentními izoláty v zemích hlásících ESBL v roce 2009.

Další trendy ve výskytu rezistence hlášené sítí EARS-Net přinášejí naději, že národní úsilí o kontrolu infekcí a úsilí zaměřené na omezení rezistence mohou v některých případech vývoj rezistence zastavit, nebo dokonce zvrátit nežádoucí trendy v rezistenci, jak ukazuje vývoj bakterie *Staphylococcus aureus* rezistentní na meticilin (MRSA). I když podíl MRSA mezi bakteriemi *Staphylococcus aureus* je v 10 z 28 zemí stále vyšší než 25 %, výskyt MRSA se v některých zemích stabilizuje nebo klesá a v Rakousku, Francii, Irsku, Lotyšsku a Spojeném království je pozorován trvalý pokles.

Kromě toho Spojené království vykázalo konzistentní snížení rezistentních podílů bakterie *K. pneumoniae* pro všechny třídy sledovaných antibiotik a v některých zemích (Řecko, Německo, Itálie a Francie) je úsilí o kontrolu rezistence bakterie *Enterococcus faecium* na glykopeptid podle všeho úspěšné a jeho výsledkem je nepřetržitý pokles podílů rezistentních izolátů. Mezitím se zdá, že se vysoká rezistence bakterie *Enterococcus faecalis* na aminoglykosid stabilizovala na relativně vysoké úrovni. Většina zemí hlásila podíly rezistentních izolátů mezi 30 % a 50 %.

U bakterie *Streptococcus pneumoniae* je nevnímavost vůči penicilinu v Evropě obecně stabilní a nevnímavost vůči makrolidům klesla v šesti zemích, zatímco ani jedna země nehlásila rostoucí trendy. Mnoho zemí, zejména v jižní a východní Evropě, hlásilo vysoké podíly rezistence na fluoroquinolony, karbapenemy a kombinovanou rezistenci bakterie *Pseudomonas aeruginosa*.

U několika antimikrobiálních a patogenních kombinací, např. rezistence na fluoroquinolon u *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* a u MRSA je v Evropě zjevný růst od severu na jih. Obecně jsou nižší podíly rezistence hlášeny na severu a vyšší podíly na jihu Evropy, což pravděpodobně odráží rozdíly v postupech při kontrole infekcí, v existenci nebo absenci právních předpisů týkajících se předepisování antimikrobiálních látek a v dalších faktorech, o nichž je známo, že mají vliv na vznik rezistence.

Avšak v severských evropských zemích, jako je Dánsko a Norsko, s tradičně opatrným přístupem k užívání antibiotik, jsou pozorovány rostoucí trendy v rezistenci na specifické třídy antibiotik a multirezistenci v případě bakterie *K. pneumoniae*.

Vedle pravidelné analýzy trendů a přehledu situace se tato zpráva sítě EARS-Net za rok 2009 přináší zejména novou hlavní kapitolu, která nabízí hloubkovou analýzu o *E. coli* a MRSA. Tyto analýzy vycházejí výhradně z údajů

laboratoří, které několik let podávají konzistentní informace. Hlubková analýza potvrzuje konzistentní růst multirezistence a odhaluje stálý a významný pokles antimikrobiální citlivosti bakterie *E. coli* v několika letech. U MRSA sledovaný pokles pravděpodobně odráží účinnost opatření na kontrolu infekcí na nemocniční úrovni, a může dokonce představovat určitou naději na úspěch strategií potlačení v jiných oblastech.

Závěr uvádí, že údaje nahlášené sítí EARS-Net za rok 2009 zúčastněnými zeměmi poskytují základnu poznatků o výskytu antimikrobiální rezistence v Evropě a dokumentují neúspěšné a neustále mizející možnosti antimikrobiální léčby u významných bakteriálních patogenů.

10. Dohled nad HIV/AIDS v Evropě 2009

(Zveřejněno v listopadu 2010)

Hlavní body

Infekce HIV má stále velký význam pro veřejné zdraví v Evropě, důkazem je pokračující přenos HIV v Evropě. Přes neúplná hlášení neexistují jasné známky poklesu počtu případů diagnostikovaných každý rok. Od roku 2004 vzrostla míra nově diagnostikovaných případů infekce HIV hlášených na 100 000 obyvatel o téměř 30 %, z 6,6 případu na 100 000 obyvatel v roce 2004 na 8,5 případu na 100 000 obyvatel v roce 2009. Počet diagnostikovaných případů AIDS se v celém evropském regionu WHO stále snižuje, pouze na východě počet případů AIDS stoupl. Mezi 48 zeměmi, které hlásily údaje dohledu nad AIDS za období 2004–2009 důsledně, klesla míra ohlášených diagnóz AIDS z 2,0 případů na 100 000 obyvatel na 1,0 případ na 100 000 obyvatel.

- V roce 2009 bylo ve 49 z 53 zemí evropského regionu WHO (nejsou dostupné údaje z Rakouska, Monaka, Ruska či Turecka) diagnostikováno a hlášeno 53 427 případů infekce HIV. Nejvyšší hodnoty byly hlášeny z Estonska, Moldavska, Ukrajiny a Uzbekistánu.
- 48 zemí nahlásilo 6 568 případů AIDS (údaje nejsou k dispozici z Rakouska, Švédska, Monaka, Ruska či Turecka).
- V roce 2009 bylo hlášeno 25 917 nově diagnostikovaných případů infekce HIV v zemích Evropské unie a Evropského hospodářského prostoru (EU/EHP) (údaje nejsou k dispozici z Rakouska). V EU/EHP byly nejvyšší hodnoty hlášeny z Estonska, Lotyšska, Portugalska a Spojeného království.
- V zemích EU/EHP je převažujícím způsobem přenosu infekce HIV pohlavní styk mezi muži, následován heterosexuálním stykem. Přibližně 38 % případů hlášených jako heterosexuálně získaná infekce bylo diagnostikováno u osob pocházejících ze zemí s generalizovanou epidemií HIV.
- Ve třech zeměpisných/epidemiologických oblastech se převažující způsob přenosu měnil podle oblasti a ilustroval velkou rozmanitost v epidemiologii HIV v Evropě. Ačkoli nahlášené údaje naznačují, že se heterosexuální přenos stal na východě dominantním způsobem přenosu, zařazením případů z Ruska, které nejsou v této zprávě uvedeny, by se výrazně zvýšil relativní podíl konzumace injekčních drog. Na konzumaci injekčních drog by poté připadalo více infekcí v regionu jako celku, a zejména na východě. Ve střední části je převažujícím způsobem přenosu infekce HIV pohlavní styk mezi muži následovaný heterosexuálním stykem. Podobně v západní oblasti je převažujícím způsobem přenosu pohlavní styk mezi muži, následován heterosexuálním stykem, když jsou vyloučeny případy osob pocházejících ze zemí s generalizovanou epidemií.
- Zde prezentované údaje mají určité nedostatky, způsobené neúplnými a chybějícími údaji z řady zemí a prodlením při jejich hlášení. Limituje to závěry, které lze učinit s ohledem na velikost a rozsah epidemie HIV a AIDS v Evropě. Pokud by tyto údaje měly být vzhledem k těmto omezením opraveny, celkový počet infekcí HIV by se za rok 2009 více než zdvojnásobil.

Doporučení pro dohled nad HIV/AIDS

Údaje dohledu nad HIV/AIDS jsou zásadní pro sledování aktuálního stavu a trendů epidemie HIV a pro pokyny v oblasti 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 údajů a
- zlepšit kvalitu uváděných údajů obzvláště s ohledem na možné cesty přenosu a počet buněk CD4.

Doporučení pro veřejné zdraví

Intervence ke kontrole epidemie by měly být podloženy důkazy a přizpůsobeny danému státu a jeho epidemiologické situaci. Na základě dostupných údajů dohledu je vhodné doporučit následující:

- Pro země ve východní části: základním kamenem strategií prevence HIV by měly být intervence ke kontrole HIV mezi konzumenty injekčních drog, včetně programů minimalizace škod. Měla by být též posílena opatření prevence heterosexuálního přenosu zaměřená na osoby s vysoce rizikovými partnery.
- Pro země ve střední části: prevence by měla být přizpůsobena poměrům jednotlivých zemí tak, aby epidemie byla udržena na své současné nízké úrovni. Jelikož se však epidemie mezi muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, šíří, měly by být přednostně posíleny intervence ke kontrole HIV v této skupině.
- Pro země v západní části: základním kamenem strategií prevence HIV by měly být intervence ke kontrole HIV mezi muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, včetně inovačních programů pro tuto skupinu. Intervence do prevence, léčby a péče musí být přizpůsobeny tak, aby zachytily migrující populace.
- Obecně by mělo být podporováno poradenství o HIV a testování HIV, aby byla zajištěna včasná diagnóza a přístup k léčbě a poradenství, které by přispěly k zabránění nebo snížení přenosu pro snížení počtu osob, které jsou diagnostikovány později, a ke zlepšení dlouhodobějších výsledků léčby pro dotčené osoby. Aby

země dosáhly celosvětového cíle všeobecného přístupu k prevenci, léčbě a péči a aby dosáhly cílů vytyčených Komisí EU ve sdělení a akčním plánu „Boj proti HIV/AIDS v Evropské unii a v sousedních zemích, 2009–2013“, měl by být zajištěn rovný přístup k léčbě a péči v souvislosti s HIV pro všechny potřebné skupiny obyvatelstva.

Zvláštní zprávy

11. Provádění Dublinské deklarace o partnerství v boji proti HIV/AIDS v Evropě a Střední Asii: zpráva o pokroku v roce 2010

(Zveřejněno v září 2010)

V únoru roku 2004 se představitelé evropských a středoasijských zemí sešli v Dublinu a vydali prohlášení zaměřené na rychlejší provádění deklarace o závazku, kterou země vydaly na zvláštním zasedání valného shromáždění OSN (UNGASS) o HIV/AIDS v roce 2001.

Jakého pokroku bylo tedy dosaženo? Na to se tato zpráva zaměřuje. Snaží se pomocí zpráv podle jednotlivých zemí zdokumentovat úspěchy na základě vybraného počtu ukazatelů relevantních pro země regionu. Tam, kde to je možné, používá stávající údaje a staví obecně na předchozí práci a zejména na zprávu, kterou vydala regionální kancelář Světové zdravotnické organizace pro Evropu a UNAIDS v roce 2008. 55 zemím byly zaslány individuálně přizpůsobené dotazníky, odpovědi přišly od 49 zemí.

Politické vedení a partnerství

Téměř všechny země uvádějí, že mají strategický rámec pro svou reakci na HIV (92 %) a řídící/koordinační orgán (84 %). Osm zemí uvedlo, že své strategické rámce vytvářely v posledních pěti letech, tj. od Dublinské deklarace. Není však jasné, zda tato obecná opatření jsou vhodnou náhradou za politické vedení v oblasti HIV v regionu. Vhodnějšími opatření by mohly být:

- stupeň, do jakého jsou finanční zdroje pro prevenci HIV vhodně zacíleny na klíčové skupiny obyvatelstva, jako jsou konzumenti injekčních drog, muži, kteří mají pohlavní styk s muži, a sexuální pracovníci,
- míra, do jaké země provádějí klíčové zásahy, např. programy minimalizace škod pro konzumenty injekčních drog a programy prevence pro muže, kteří mají pohlavní styk s muži, v dostatečném měřítku, a
- míra, do jaké se země vypořádaly se složitými, ale zásadními tématy politik souvisejícími s marginalizovanými a nejohroženějšími skupinami obyvatelstva, jako je nabídka programů minimalizace škod pro konzumenty injekčních drog ve vězeňském prostředí a přístup ke službám pro migranty ze zemí s generalizovanou epidemií HIV.

Obecně existují přesvědčivé důkazy, že občanská společnost je ve velké míře uznávána jako klíčový hráč v reakci na HIV v celém regionu a že se do této reakce výrazně zapojuje. Například téměř všechny země (98 %) hlásily určité zapojení občanské společnosti do rozvoje jejich strategického rámce. V souladu se zjištěními první zprávy o pokroku týkající se Dublinské deklarace vlády i občanská společnost uvedly specifické výhody začlenění občanské společnosti do reakcí na HIV a občanská společnost konstatovala, že kontext pro jejich zapojení do reakcí se v letech 2005 až 2007 zlepšil. Formální zapojení soukromého sektoru do reakcí na HIV se jeví jako mnohem limitovanější.

Epidemie HIV v Evropě a Střední Asii se ve velké míře soustředí na konkrétní skupiny obyvatelstva. Existují důkazy, že některé země v regionu soustředí financování úsilí v oblasti prevence efektivně na nejpostiženější skupiny obyvatel. Tato činnost ve větší míře by nezajistila pouze lepší hodnotu za peníze, ale slibuje i obecně účinnější reakci. Ačkoli financování vnitrostátních reakcí na HIV v regionu pochází stále více z domácích zdrojů, panuje nutná potřeba pokračující finanční podpory reakcí na HIV v zemích regionu, které mají nízké a střední příjmy. Prioritou všech zemí v regionu musí být vytvoření udržitelných mechanismů pro poskytování této finanční podpory.

Od přijetí Dublinské deklarace došlo k dramatickému nárůstu finančních prostředků, které jsou k dispozici pro celosvětovou reakci na HIV. Před deklarací, v roce 2002, činily zdroje dostupné pro celosvětovou reakci na HIV 1,2 mld. USD. V roce 2008 vzrostly více než šestnásobně na 7,7 mld. USD. Původci tohoto nárůstu byly Spojené státy americké a některé evropské země prostřednictvím dvoustranných a mnohostranných iniciativ. V roce 2008 pocházelo 40 % všech úhrad za mezinárodní pomoc AIDS od dárcovských zemí z členských států Evropské unie (EU), zemí Evropského sdružení volného obchodu (ESVO) a Evropské komise. Vzhledem k současné celosvětové finanční krizi a konkurenčním prioritám financování je důležité, aby země regionu splnily úkol zachovat a dále zvyšovat tyto úrovně financování a zajistit, aby finanční prostředky byly využity maximálně efektivně.

Prevence

Existují přesvědčivé důkazy, že určité klíčové skupiny obyvatelstva jsou v Evropě a Střední Asii postiženy HIV v obzvláště velké míře. Pokračujícím úkolem je zajistit, aby tyto skupiny obyvatelstva měly přístup k nezbytným službám v oblasti prevence HIV v dostatečném měřítku. První zpráva o pokroku týkající se Dublinské deklarace

uváděla důležitost intenzifikace a vystupňování cíleného úsilí v oblasti HIV za účelem omezení nerovností, přičemž toto téma je v regionu stále významné.

Je dobře známo, že vůči infekci HIV jsou obzvláště zranitelní konzumenti injekčních drog, a to zcela jistě platí o celém regionu. Je také jasné, že přenos HIV mezi konzumenty injekčních drog lze kontrolovat, pokud budou v dostatečném měřítku za účelem změny poskytovány účinné služby. Mezi klíčová měřítka patří počet distribuovaných jehel / injekčních stříkaček na jednoho konzumenta injekčních drog ročně a procentní podíl konzumentů injekčních drog, kteří procházejí substituční léčbou závislosti na opiátech. Všechny země musí usilovat o vyšší úrovně pokrytí programy, kterých některé již dosáhly.

Je také dobře známo, že muži, kteří mají pohlavní styk s muži, jsou v některých zemích a regionech, včetně částí Evropy, virem HIV obzvláště postiženi. Nejsou HIV obzvláště postiženi jen v západní části regionu, ale existují také důkazy, že i v jiných částech regionu jsou postiženi více, než bylo původně uváděno. Tento důkaz podporuje zjištění první zprávy o pokroku, že mezi muži, kteří mají pohlavní styk s muži, je skrytá epidemie HIV. V některých zemích míry infekce v této skupině neustále rostou. Důvod pro to však není jasný a může se v jednotlivých zemích lišit. Jsou zapotřebí další důkazy o těchto příčinách a měla by je poskytnout probíhající evropská internetová studie o mužích, kteří mají pohlavní styk s muži (European MSM Internet Study, EMIS). Ačkoli není zřejmé, jak lze pokrytí programů pro tyto muže přesně změřit, je nicméně vidět, že pokrytí zůstává v mnoha zemích nízké a míry nechráněného análního pohlavního styku zůstávají nepřijatelně vysoké. Existují i důkazy z některých zemí, kde konkrétní skupiny mužů, kteří mají pohlavní styk s muži – mladí, muži, kteří žijí mimo hlavní město, muži s nižším vzděláním a muži, kteří se identifikují jako bisexuálové – jsou pro programy HIV hůře dosažitelné.

Ačkoli sexuální pracovníci jsou považováni za obzvláště ohrožené infekcí HIV na celém světě, existuje méně důkazů, že tomu tak je v tomto regionu. Například míry prevalence HIV mezi sexuálními pracovníky jsou v mnoha zemích regionu relativně nízké. To však neplatí o všech sexuálních pracovnících. Některé jejich kategorie mají vyšší míry infekce virem HIV, včetně těch, které užívají injekční drogy, mužů a transsexuálně orientovaných sexuálních pracovníků, těch, kteří pocházejí ze zemí s generalizovanou epidemií, a těch, kteří pracují na ulici. Mezi sexuálními pracovníky jako celkem jsou relativně vysoké hlášené míry používání kondomu během pohlavního styku za úplaty a jsou pravděpodobně významnější než obecné míry znalostí sexuálních pracovníků.

Virem HIV jsou zejména postiženi migranti ze zemí s generalizovanou epidemií HIV. Ačkoli některé země jsou znepokojeny jinými skupinami migrantů, existuje málo přesvědčivých důkazů, že tyto skupiny jsou nepoměrně postiženy HIV bez závislosti na dalším rizikovém chování, jako je konzumace injekčních drog. Otázky týkající se migrantů se netýkají pouze prevence HIV, ale také poskytnutí léčby a péče. V mnoha zemích existují zvláště velké problémy týkající se přístupu nelegálních migrantů k základním službám, jako je antiretrovirální léčba (ART).

V regionu jsou vůči infekci HIV vysoce zranitelní i vězni, zejména ti, kteří užívají injekční drogy. Ačkoli se uznává, že vězni a společnost mají mít dostupné stejné služby v souvislosti s infekcí HIV, v mnoha zemích regionu tomu tak není. Země EU/ESVO ukázaly silné vedení při poskytování substituční léčby závislosti na opiátech ve věznicích, tento přístup však mnoho dalších zemí regionu nepřijalo. Toto vedení nebylo v souvislosti s poskytováním sterilního injekčního materiálu ve věznicích tak důsledné.

Míra, do jaké jsou mladí lidé v zemích regionu obzvláště zranitelní vůči infekci HIV, se ukázala jako sporná otázka tohoto přezkumu. Mladé lidi nelze z hlediska rizika HIV zjevně považovat za homogenní skupinu. Nicméně, některým hrozí výrazné riziko, například mladým konzumentům injekčních drog, mladým mužům, kteří mají pohlavní styk s muži, a existují určité důkazy, že účinky programů se dostanou spíše ke starším věkovým skupinám než k těmto mladým. Ačkoli více než tři čtvrtiny zemí uvedly, že vzdělávání v oblasti HIV je součástí osnov středních škol, panují obavy, že komplexní vzdělávání o sexuálním zdraví není dostupné všem mladým lidem v regionu, zejména těm nejmladším, např. na základních školách.

Život s virem HIV

Všechny země s dostupnými údaji o trendech hlásily nárůst počtu lidí s antiretrovirální léčbou od té doby, co byla přijata Dublinská deklarace. Existují však obavy, že mnohé z těchto zemí začaly od velmi nízké úrovně poskytování léčby, a obavy, zda všichni ti, kteří léčbu potřebují, ji dostanou okamžitě. Hlavní otázka ohledně okamžitého poskytnutí léčby těm, kteří ji potřebují, nesouvisí s poskytováním léčby těm, o nichž se ví, že ji potřebují, např. s $CD4 < 350$ buněk/mm³. Otázkou spíše je míra, do jaké si osoby HIV pozitivní v regionu, které potřebují léčbu, nejsou své infekce HIV vědomy, tj. nebyly diagnostikovány. Údaje střediska ECDC za rok 2008 ukazují, že v 21 zemích, které uvedly údaje o stanovení počtu CD4 v době diagnostiky, více než polovina těch, kteří absolvovali stanovení počtu CD4, měla počet CD4 při diagnostikování nižší než 350 buněk/mm³. Tyto údaje vzbuzují velké obavy, protože naznačují, že významný počet lidí v regionu začíná s antiretrovirální léčbou později, než se doporučuje.

Téměř všechny země (84 %) uvádějí, že se národní strategie nebo akční rámce pro HIV a AIDS zabývají stigmatem a diskriminací, ale to se neodráží důsledně v politikách a programech. Existují také přesvědčivé důkazy o zbytkové stigmatizaci a diskriminačních postojích v zemích regionu a míra, do jaké jsou dostupné mechanismy pro boj se

stigmatem a diskriminací využívány, není jasná. Tato situace se od první zprávy o pokroku týkající se Dublinské deklarace výrazně nezlepšila.

Monitorování Dublinské deklarace

Jedním ze závazků Dublinské deklarace bylo monitorovat její provádění. Evropská komise tímto úkolem pověřila středisko ECDC. Tato zpráva je výsledkem procesu, který středisko ECDC zahájilo s cílem splnit tento úkol. Vychází z příspěvků celé škály jednotlivců a organizací. Konkrétně údaji do zprávy přispělo 49 zemí, které se tohoto přezkumu účastnily.

Dvěma ze zásad sledovaných během tohoto přezkumu bylo používání stávajících údajů a ukazatelů, kdykoli to je možné, a zajištění toho, aby sledované ukazatele byly relevantní pro situaci v evropských a středoasijských zemích. Občas docházelo k napětí mezi těmito zásadami, zejména ohledně rozsahu, v jakém lze ukazatele a údaje UNGASS použít pro daný proces. Ukazatele UNGASS byly použity všude, kde to bylo možné. Tam, kde země již dříve poskytly údaje pro UNGASS, byly tyto údaje použity. Byly přijaty údaje od dvanácti zemí, které v roce 2008 údaje pro UNGAS neposkytly. Díky přezkumu mohly země předkládat dostupné údaje pro konkrétní témata, i když neodpovídaly přesně ukazatelům UNGASS. Kromě toho byly shromážděny informace o některých skupinách obyvatel, pro které nejsou žádné specifické ukazatele UNGASS, např. o vězních a migrantech ze zemí s generalizovanou epidemií. Tento přezkum došel k závěru, že vyšší míry reakce pro podávání zpráv UNGASS ze zemí daného regionu by bylo dosaženo, pokud by:

- ukazatele byly pro region relevantnější,
- byly výhody mezinárodního hlášení formulovány jasněji,
- se snížilo informační zatížení zemí zavedením jednoho koordinovaného mezinárodního procesu hlášení.

Rychlejší kroky pro řešení těchto témat se jeví jako naléhavý problém zemí z regionu, které se tohoto přezkumu zúčastnily. Středisko ECDC se zavázalo, že v tomto regionálním procesu bude hrát vedoucí úlohu.

12. Pandemie viru A(H1N1) v roce 2009 v Evropě – přezkum zkušeností

(Zveřejněno v listopadu 2010)

Cílem rozšířené zprávy je poskytnout obecný přehled epidemiologie a virologie pandemie v zemích Evropské unie a Evropského hospodářského prostoru (EU/EHP) v roce 2009 (27 členských států EU a Norsko a Island). Jsou poskytovány významné základní informace o epidemii a pandemii chřipky, zejména o jejich variabilitě a nepředvídatelnosti. Hlavní trendy a informace jsou odvozeny z analýzy a výkladu epidemiologických a virologických údajů a jiných analýz, které byly dodány do Evropského systému dohledu (TESSy) Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) prostřednictvím Evropské sítě pro dohled nad chřipkou (EISN).

Tyto údaje a analýzy ukazují, že poté, co se pandemický virus objevil v Severní Americe, začal se šířit v Evropě zhruba v 16. týdnu roku 2009. Tento virus odpovídal již dříve stanoveným kritériím pro pandemii v Evropě stejně jako i na jiných místech. Byl rychle vyvinut dohled vhodný pro pandemii a středisko ECDC a členské státy EU/EHP ho schválily za přispění Světové zdravotnické organizace (WHO) a již postižených zemí mimo území Evropy. Jeho základem se staly starší systémy, obsahoval však nové prvky k monitorování situace mezi těmi, kdo byli pandemickým virem postiženi vážně. Navíc byly uplatňovány metody epidemického zpravodajství a cílených vědeckých hlídek, které měly pomoci co nejdříve určit důležité parametry potřebné pro informovaná hodnocení rizik, úpravu vyhlídek a informování o protipatřeních.

Evropská síť pro dohled nad chřipkou hlásila první jarní/letní vlnu šíření, která se objevila ve většině zemí, ale závažně zasáhla jen několik zemí, zejména Spojené království. Šíření se v průběhu léta krátce zpomalilo, ale potom začátkem podzimu brzy po zahájení školního roku se znovu zrychlilo. Tentokrát byly postiženy všechny země, protože podzimní/zimní vlna postupovala od západu na východ přes celý kontinent. Ve 32. týdnu roku 2010 Světová zdravotnická organizace oficiálně vyhlásila pandemii.

Ve většině zemí byla podzimní/zimní vlna infekce intenzivní, trvala přibližně 14 týdnů a doprovázela ji podobná vlna hospitalizací a úmrtí. Pokud jde o závažnost onemocnění, panovala nejednotnost, jelikož závažnost byla na různých místech různá, dokonce i v rámci jedné země. Celkově bylo zeměmi EU/EHP v prvních dvanácti měsících, během nichž členské státy vynaložily mimořádné úsilí o sběr těchto údajů, nahlášeno 2 900 oficiálních úmrtí. Je však jasné, že to bude pouze část skutečného břímě úmrtí z důvodu pandemie. Byla zjištěna vysoká míra úmrtí z různých příčin mezi dětmi školního věku. Ačkoli se jednalo o chřipkový vir, který zde předtím nebyl, předchozí expozice pravděpodobně antigenicky podobnému chřipkovému viru cirkulujícímu v první polovině 50. let zajistila, že mnoho starších lidí v Evropě mělo určitou předchozí imunitu. Tato skutečnost, která platila nejen pro pandemii roku 2009, vysvětluje dva z jejích patrných rozdílů v porovnání s interpandemickou neboli sezónní chřipkou: celkově nižší úmrtnost a vyšší než očekávané relativní zatížení nemocností a úmrtností mezi mladými lidmi. Ačkoli mnoho starších lidí bylo zdánlivě chráněno, ti, kteří nebyli, vykazovali nejvyšší úmrtnost oproti jiným věkovým skupinám.

Pandemický virus vytlačil původně dominantní interpandemické viry chřipky A v Evropě; viry chřipky B se však později v sezóně v nízké míře objevovaly. Ukázalo se, že pouze nízký počet pandemických virů je rezistentní na oseltamivir, a jen velmi málo z nich bylo, jak se zdálo, schopno se přenášet z člověka na člověka. Ačkoli pandemické viry nejsou identické, existuje k dnešnímu dni málo důkazů o významném proudu nebo vzniku dominantních nových variant. Jedna z variant, A(H1N1)-D222G, je, jak se zdá, spojena se závažnějšími onemocněními, i když příčinná souvislost ještě nebyla stanovena.

Třebaže podle neoficiálních důkazů bylo v porovnání s interpandemickou chřipkou více mírných a asymptomatických případů, objevilo se dost případů akutního respiračního stresového syndromu (ARDS), jevu velmi vzácně pozorovaného společně s interpandemickou chřipkou, na to, aby na mnoha místech plně vytížil jednotky intenzivní péče. Nejvyšší míra onemocnění byla zaznamenána mezi malými dětmi a zprávy jednotlivých zemí odhalují, že nejvyšší míry infekce byly mezi dětmi školního věku. Tyto vysoké míry nemoci přenesly zvláštní břemeno na primární služby, nemocniční pediatrické služby a v některých lokalitách zejména na jednotky intenzivní péče.

Nyní začínají být k dispozici určité omezené údaje ze sérologických průzkumů a ty dokládají údaje dohledu, které uvádějí vyšší míry přenosu, než se čekalo podle klinických známek. To však ještě nestačí pro spolehlivé předpoklady toho, co se stane příští zimu (2010/2011), a z tohoto důvodu odhalily nejvíce zkušenosti ze zemí mírného pásma na jižní polokouli v evropském letním období roku 2010.

V časném stadiu byla pandemie mnohem méně závažná, než jaké byly obavy. To bylo zdůrazněno v počátečních hodnoceních rizik střediska ECDC⁶, zprávách WHO a informacích, které středisko ECDC poskytlo vnitrostátním a evropským orgánům. Při nízké míře absenteřství došlo také k nepatrnému dopadu na služby mimo sektor

⁶ K dispozici zde: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx.

zdravotnictví. Tento a další znaky znamenaly, že se pravděpodobně jednalo o nejméně škodlivou pandemii, v kterou Evropa mohla doufat.

Jelikož pandemie roku 2009 představovala menší hrozbu, než na co se mnoho zemí připravovalo, otestovala pružnost stávajících plánů. Objevila se v době, kdy diagnostické testy byly zpřístupňovány rychle, stejně jako preventivní farmaceutická protipatření, například antivirotika (která jsou v malé míře rezistentní na neuraminidázové inhibitory, ale téměř plně rezistentní na starší adamantany) a vhodné vakcíny, které byly vyvinuty rychleji než kdykoli předtím. Přesto každá z těchto změn přinesla své vlastní problémy a objevily se nové výzvy a překvapení. Jak již bylo uvedeno, v době, kdy mnoho jednotek intenzivní péče již bylo pod tlakem, aniž by byl nutně pod tlakem zbytek nemocnic, objevila se vyšší než očekávaná míra ARDS. Překvapením, které bylo vítanější, bylo to, že rychle připravené pandemické vakcíny projevily tak dobrou imunologickou reakci, že dospělí potřebovali u mnoha složení pouze jednu dávku. Ukázalo se též, že jsou účinné a přijatelně bezpečné, ačkoli je stále nutné zachovávat dohled nad trhem, aby bylo možné přesně určit, jak bezpečné skutečně jsou. Jakmile byly vakcíny k dostání, byly uvítány se střídavým nadšením z toho, že bude možné očkovat zdravotníky. Spolehlivé údaje o pokrytí na úrovni EU nejsou ještě k dispozici, ale panuje dojem, že pokrytí bude v Evropě velmi proměnlivé, jelikož jen několik zemí dosahuje vysokého pokrytí v celé populaci nebo cílových rizikových skupinách.

Nedostatečná obecně rozšířená akceptace této vakcíny je zčásti způsobená potížemi při přenosu sdělení o komplexním riziku, které lidem v zásadě říkalo, že pokud nejsou v rizikové skupině (malé děti, chronicky nemocní a těhotné ženy), je pravděpodobnost vážného průběhu infekce velmi nízká. Avšak protože 25–30 % oficiálních úmrtí postihlo původně zdravé lidi do 65 let, druhé sdělení předávalo informaci, že malé, ale reálné riziko vážného onemocnění a úmrtí na následky pandemie je u všech zdravých dospělých a dětí. Problémy při sdělování rizika byly tudíž značné.

Při bližší úvaze je pravděpodobně spravedlivé říci, že EU/EHP reakci na pandemii zvládly přiměřeně dobře. Žádná země nereagovala přehnaně a systémy vytvořené Komisí, WHO a střediskem ECDC pro diskusi a sdílení informací a analýz se ukázaly jako pružné a užitečné. Virologický dohled sítě EISN opírající se o primární péči fungoval dobře a posloužil k rozšíření údajů vyplývajících ze zdrojů epidemického zpravodajství a cílených vědeckých hlídek střediska ECDC. Méně úspěšné bylo sdílení analýz ze zemí, které byly postiženy jako první, a bylo štěstím, že údaje a analýzy byly ze Severní Ameriky a severní polokoule k dispozici rychle. Navzdory četným přezkumům a poučným činnostem, které již probíhaly, vyplývá ze zkušeností několik obecných ponaučení, která byla okamžitě zřejmá:

- pro zlepšení flexibility plánů připravenosti jsou zapotřebí schválené definice závažnosti pandemie,
- rutinní systémy dohledu zavedené před pandemií zajistí, že v krizi, nebo dokonce při pandemii bude nutné upravovat mnohem méně věcí,
- měl by být lepší rutinní dohled nad „závažným průběhem nemoci“ u lidí v nemocnicích a úmrtími,
- v budoucnosti je zapotřebí, aby lépe fungovalo sdílení prvních analýz z prvních postižených zemí,
- aby byla séroepidemiologie dostupná v reálném čase, je nutné, aby proběhlo velké množství práce včetně výzkumu a vývoje, a
- tvorba modelů během pandemie by měla více souviset s politikou a činnostmi napříč Evropou, nikoli jen v jedné nebo dvou zemích.

Nyní bude nutné přepracovat pandemické plány, protože vznik této pandemie nevylučuje možnost vzniku další pandemie v blízké budoucnosti, například pandemie virů H5 nebo H7. Příští generace plánů musí zahrnovat větší flexibilitu ohledně reakcí na různou závažnost a různé kombinace pandemických „známých neznámých“ střediska ECDC. To by bylo schůdnější, pokud by bylo dosaženo určitého konsensu o evropském názoru na posuzování závažnosti, který by sladil úroveň reakce na různá měřítka a charakteristiky. Tyto příští plány musí také zajistit konsolidaci a udržitelnost systémů dohledu nad chřipkou zavedených za účelem splnění požadavků pandemie, zejména těžkých akutních respiračních infekcí, přisouditelné úmrtnosti a konečně i séroepidemiologického dohledu. Tyto práce dohledu musí být vzhledem ke správné míře zdrojů upřednostněny a následně musí mít možnost se rozvíjet a být testovány během interpandemického období, aby byly do doby, než nastane další velká krize, pružnější a účinnější.

13. Pokrok směrem k vymýcení TBC – Následná opatření k rámcovému akčnímu plánu pro boj s tuberkulózou v Evropské unii

(Zveřejněno v listopadu 2010)

Úvod

V roce 2008 představilo Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) Rámcový akční plán pro boj s tuberkulózou v Evropské unii. Na základě žádosti komisaře EU pro zdraví o vytvoření monitorovacího rámce, který by plán podpořil, vytvořilo ECDC nyní Následná opatření k rámcovému akčnímu plánu. Cíle Následných opatření k rámcovému akčnímu plánu jsou tyto: poskytnout přehled současného strategického prostředí pro kontrolu TBC v EU a nastínit, jak to souvisí s celosvětovou situací; a popsat epidemiologický a strategický monitorovací rámec, který by umožnil hodnocení pokroku směrem k vymýcení TBC v EU.

Strategické prostředí na evropské a celosvětové úrovni

Současná úroveň epidemie TBC v EU si žádá specifický monitorovací rámec, který je přímo relevantní pro evropské epidemiologické souvislosti a je snadno použitelný v členských státech. Proto rozvoj monitorovacího rámce vyžaduje důkladné pochopení epidemiologického a strategického prostředí, které má být monitorováno. Tato zpráva o následných opatřeních tak poskytuje přehled současného prostředí pro EU a celý svět a uznává potřebu komplexní strategie kontroly TBC s ohledem na globalizovaný kontext epidemie TBC.

Monitorování rámcového akčního plánu

Tato zpráva navrhuje řadu klíčových epidemiologických a provozních ukazatelů a cílů jako nedílnou součást monitorovacího rámce. Tyto ukazatele a cíle jsou slučitelné s ukazateli a cíli, které jsou již monitorovány v rámci stávajících celosvětových a regionálních projektů spolupráce a mohou být obecně odvozeny z informací, které země již shromáždily a oznámily. Všechny klíčové ukazatele následných opatření konkrétně souvisejí s osmi strategickými oblastmi rámcového akčního plánu, aby umožnily hodnocení pokroku v každé z těchto oblastí.

Epidemiologické ukazatele

1. Trendy v hlášeném výskytu případů
2. Trendy v hlášeném výskytu případů MDR
3. Trendy v poměru hlášeného výskytu u dětí k dospělým
4. Trendy v průměrném věku případů TBC

Provozní ukazatele

1. Dostupnost vnitrostátního plánu kontroly TBC
2. Dostupnost pokynů pro provádění vnitrostátního plánu kontroly TBC
3. Procento vnitrostátních referenčních laboratoří pro TBC (řídících se evropskou referenční laboratoří ERLN-TBC) dosahujících adekvátní výkonnosti v programu externího zajištění jakosti
4. Dostupnost strategie pro zavedení a provádění nových nástrojů pro kontrolu TBC
5. Procento nových případů plicní formy TBC potvrzených na základě kultury a procento případů testovaných při DST pro léky první volby
6. Procento členských států oznamujících úspěšnost léčby
7. Úspěšnost léčby
8. Procento pacientů s TBC, u nichž je znám status HIV

Příloha: Publikace ECDC v roce 2010

Technické zprávy

Květen

Risk assessment on Q fever

Červen

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

Září

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

Říjen

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

Listopad

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Prosinec

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

Pokyny střediska ECDC

Říjen

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']

Prosinec

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

Zprávy o dohledu

Březen

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Květen

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Říjen

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

Listopad

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

Zvláštní zprávy

Červenec

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

Září

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

Listopad

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

Zprávy ze zasedání

Leden

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

Únor

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Březen

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Duben

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

Květen

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Červen

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Červenec

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Prosinec

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

Zprávy ze služebních cest

Únor

Veřejná konzultace a pokrok zdravotnictví v Bývalé jugoslávské republice Makedonii

Říjen

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

Technické dokumenty

Březen

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

Září

Conducting health communication activities on MMR vaccination

⁷ Zveřejněn Světovou zdravotnickou organizací.

Společné publikace

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Pravidelné publikace

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

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