



ECDC **CORPORATE**

Svarbiausių 2008 m. leidinių apžvalga

ECDC CORPORATE

Svarbiausių 2008 m. leidinių apžvalga



Stokholmas, 2009 m. birželio mėn.

© Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras, 2009 m.

Leidžiama dauginti nurodžius šaltinį.

Išversta iš originalo „Summary of key publications 2008“. Nors visai stengiasi užtikrinti vertimo tikslumą, esant neatitiktims pirmenybė teikiama versijai anglų kalba.

Turinys

Įvadas	1
Techninė ataskaita	2
1. Chlamidijų kontrolės veikslių ES šalyse apžvalga	2
ECDC rekomendacijos	4
2. Rekomendacijos dėl ŽPV vakcinų įdiegimo ES šalyse	4
3. Prioritetinės rizikos grupės skiepjimui nuo gripo	6
Priežiūros ataskaitos	8
4. 2008 m. metinė Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ataskaita: ataskaita apie užkrečiamųjų ligų situaciją ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse	8
5. ŽIV/AIDS epidemiologinė priežiūra Europoje	11
Specialiosios ataskaitos	13
6. Bendras kovos su tuberkulioze Europos Sąjungoje veikslių planas	13
7. Užkrečiamųjų ligų epidemiologinė priežiūra Europos Sąjungoje, 2008–2013 m. ilgalaikė strategija	14
Susitikimų ataskaitos	16
8. Infekcinės ligos ir socialiniai veiksniai	16
9. Aplinkos pokyčių ir infekcinių ligų seminaras	17
Priedas. 2008 m. ECDC leidiniai	19

Įvadas

2008 m. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (angl. ECDC) paskelbė 21 mokslinį veikalą. Tarp svarbiausiųjų paminėtini „*Bendras kovos su tuberkulioze Europos Sąjungoje veiksmų planas*“, gairės dėl galimų sprendimų įvedant skiepimą nuo žmogaus papilomos viruso (ŽPV) ir dvi epidemiologinės priežiūros ataskaitos: „*2008 m. metinė Europos užkrečiamų ligų epidemiologinės priežiūros ataskaita*“ ir „*ŽIV/AIDS epidemiologinė priežiūra Europoje 2007 m.*“ Pastaroji ataskaita pirmą kartą parengta kartu su Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioniniu biuru (PSO EURO), joje aprašyta situacija ES ir EEE valstybėse bei dar 23 PSO EURO regiono šalyse.

Kad informacija būtų prieinama sprendimus priimančioms asmenims, parengtos kai kurių ECDC dokumentų, taip ir pat paminėtų aukščiau, santraukos visomis ES kalbomis. Santraukose jaučiama originalių leidinių dvasia, tačiau jas rengiant galėjo būti netekta kai kurių svarbių smulkmenų. Išsamesnį vaizdą norintys susidaryti skaitytojai turėtų susipažinti su visu dokumentų tekstu, jį galima rasti internete <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>.

Visų 2008 m. ECDC leidinių sąrašas pateiktas priede. Elektronines versijas kartu su trumpu turinio aprašymu galima rasti internete pagal aukščiau pateiktą nuorodą. Kai kurių ataskaitų galima gauti popierinį ir variantą. Norėdami gauti spausdintą egzempliorių, kreipkitės adresu publications@ecdc.europa.eu.

Techninė ataskaita

1. Chlamidijų kontrolės veiksmų ES šalyse apžvalga

(paskelbta 2008 m. gegužės mėn.)

Šioje ataskaitoje aprašyti projekto „Chlamidijų patikros Europoje apžvalga (SCREEn), kaip svarbiausio iki šiol atlikto chlamidijų kontrolės veiksmų ES tyrimo, turinys ir išvados. Projektas vyko nuo 2006 m. lapkričio mėn. iki 2007 m. rugpjūčio mėn. Duomenys surinkti iš ES valstybių narių, ES valstybių kandidačių, ELPA valstybių narių ir JAV.

Tyrimo metu buvo atliekamos apklausos paštu visose ES valstybėse narėse ir valstybėse kandidatėse bei lankomasi pas visuomenės sveikatos oficialius pareigūnus ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus kai kuriose valstybėse narėse. SCREEn tyrimo metu surinkta išsami informacija apie chlamidijų diagnostiką, tikrinimus, infekcijos atvejų valdymą, chlamidijų paplitimo tyrimus ir su tuo susijusias visuomenės sveikatos aktualijas. Projekte pateikiama įžvalgų apie strategijas, kurias taiko nacionalinės visuomenės sveikatos sistemos, kad pažabotų chlamidijų infekcijų antplūdį.

Pagrindinis šio projekto tikslas – apžvelgti chlamidijų kontrolės programas ir veiklą valstybėse narėse ir pateikti rekomendacijas, kaip stiprinti chlamidijų prevenciją ir kontrolę regione. Konkretūs uždaviniai:

- rinkti sistemingą informaciją apie veiklą visuomenės sveikatos srityje, susijusią su *C. trachomatis* kontrole ES valstybėse narėse ir valstybėse kandidatėse, kaimyninėse Europos šalyse ir JAV;
- palyginti valstybių informaciją apie demografinius ir ekonominius rodiklius, sveikatos priežiūros sistemas, chlamidijų paplitimą ir seksualinio gyvenimo įpročių apklausas;
- duomenų saugojimui sukurti elektroninę duomenų bazę;
- surinkti išsamią informaciją apie chlamidijų kontrolės veiklą kai kuriose Europos valstybėse narėse;
- pateikti rekomendacijas ECDC dėl veiklos ir tolesnių mokslinių tyrimų visuomenės sveikatos srityje.

Iš 34 pasirinktų valstybių atsakymus pateikė 29 Europos šalys ir JAV (dalyvavimo tyrime procentas – 88). Duomenų negauta iš Kipro, Slovakijos, Lenkijos ir Kroatijos. Svarbiausios apklausos išvados:

- 17 iš 29 dalyvaujančių Europos šalių bent kartą yra paskelbusios nacionalinės institucijos rekomenduotą klinikinę praktikos vadovą, kuriame buvo aptariami kai kurie su chlamidijų infekciją turinčių asmenų atvejų valdymu susiję aspektai. Trys ES valstybės narės (Bulgarija, Graikija ir Suomija) tuo metu ruošėsi skelbti ar rengė gaires.
- Visose apklausoje dalyvavusiose šalyse tyrimus chlamidijų nustatymui galima pasidaryti ginekologijos kabinetuose ar klinikose; 23 šalyse tokių tyrimų atlikimas įeina į pirminę sveikatos priežiūrą. Penkiose valstybėse chlamidijų tyrimus galima pasidaryti vaistinėse ar kitose vietose.
- Dažniausiai partnerius informuoja patys gydytojai arba išrašo siuntimą į specialią kliniką.
- Nukleino rūgščių amplifikacijos tyrimus tam tikra apimtimi galima pasidaryti visose šalyse, išskyrus vieną. Devyniose šalyse mažiau nei 50 proc. mėginių tikrinta taikant nukleino rūgščių amplifikacijos tyrimus.
- Daugumoje šalių veikia sistemos, kai apie diagnozuotus chlamidijų infekcijos atvejus pranešama visuomenės sveikatos įstaigoms, tačiau maždaug trečdalis šalių šių duomenų reguliariai neskelbia.
- 13 šalių reguliariai renkami duomenys apie klinikinę komplikaciją, kurias gali sukelti chlamidijos.
- Seksualinio gyvenimo įpročių ir chlamidijų paplitimo tyrimai atlikti aštuoniose šalyse, o tik chlamidijų paplitimo tarp gyventojų tyrimai – septyniose šalyse.

Norint suskirstyti šalis pagal kategorijas, SCREEn projekte taip pat sukurta chlamidijų kontrolės veiklos tipologija, pagrįsta lytiškai plintančių infekcijų kontrolės principais. Štai chlamidijų kontrolės veiklos kategorijos: organizuotos veiklos nėra (13 šalių: Airija, Bulgarija, Graikija, Ispanija, Lichtenšteinas, Liuksemburgas, Malta, Portugalija, Rumunija, Slovėnija, Suomija, Šveicarija ir Turkija); infekcijų atvejų valdymas (penkios valstybės: Austrija, Čekija, Vokietija, Italija ir Lietuva); infekcijų atvejų paieška (trys valstybės: Belgija, Prancūzija ir Vengrija); atsitiktiniai tyrimai (šešios valstybės: Danija, Estija, Islandija, Latvija, Norvegija ir Švedija); organizuota patikra (dvi valstybės: Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė (tik Anglija)).

Rezultatai parodė, kad dviejose Europos šalyse tuo metu buvo vykdoma nuolatinė (Anglijoje, JK, asmenys tyrimamas atrenkami atsitiktiniu būdu) ar bandomoji (Nyderlanduose, asmenys tyrimams atrenkami aktyviai jų ieškant) chlamidijų patikros programa. Dar devynios šalys pareiškė, kad planuoja įvesti patikros programas, kai asmenys, kuriems bus atliekami tyrimai, bus atrenkami atsitiktinai, aktyviai ar šalis dar neapsisprendė dėl atrankos tyrimams metodo. Iš šių devynių šalių, penkiose šiuo metu nėra chlamidijų infekcijos atvejų valdymo gairių. Be to, Estijoje ir Latvijoje chlamidijų infekcijos patikra atliekama tik nėščiosioms, o dviejuose Danijos regionuose kasmet paštu siunčiami kvietimai pasitikrinti dėl chlamidijų 18–19 ar 21–22 metų asmenims.

Šią SCREEn projekto metu sukurtą tipologiją galima naudoti ateityje stebint chlamidijų kontrolės veiklos aktyvumą nacionaliniu lygmeniu ir priimant sprendimus, kokią veiklos sritį reikėtų stiprinti ar naujai pradėti.

ECDC rekomendacijos

2. Rekomendacijos dėl ŽPV vakcinų įdiegimo ES šalyse

(paskelbta 2008 m. sausio mėn.)

Šis dokumentas pagrįstas mokslinė informacija apie žmogaus papilomos viruso (ŽPV) vakcinų įdiegimą, siekiant padėti Europos Sąjungos (ES) valstybėms narėms priimant sprendimus. Pabrėžiami svarstyti klausimai ir pateikti galimų sprendimų variantai pagal kiekvieną klausimą.

Šias rekomendacijas patvirtino ECDC suburta ir koordinuojama mokslinių ekspertų grupė ir peržiūrėjo ECDC patariamasis forumas.

Gimdos kaklelio vėžys ir žmogaus papilomos viruso infekcija Europos Sąjungoje

Europos Sąjungoje tarp 15-44 metų moterų gimdos kaklelio vėžys yra antras pagal dažnumą po krūties vėžio. Kasmet nustatoma apytiksliai 33 000 gimdos kaklelio vėžio atvejų ES, nuo šios ligos miršta apie 15 000 moterų. Pirminė gimdos kaklelio vėžio priežastis – ilgalaikė lytinių takų infekcija, kurią sukėlė didelės rizikos žmogaus papilomos viruso (ŽPV) tipas.

Lytinės ŽPV infekcija yra plačiai paplitusi, dažniausiai užsikrečiama neužilgo, kai pradedamas lytinis gyvenimas. Dauguma šių infekcijų praeina savaime. Tačiau nuolatinė didelės rizikos ŽPV tipo infekcija gali sukelti ląstelinis gimdos kaklelio pokyčius, kurie gali sukelti gimdos kaklelio vėžį. Didelės rizikos ŽPV tipai taip pat susiję su kitais tiek vyrų, tiek moterų anogenitaliniais vėžiais, galvutės ir kaklelio vėžiais. Kai kurie nedidelės rizikos ŽPV tipai tiek vyrams, tiek moterims sukelia lytinių organų karpas.

Žmogaus papilomos viruso vakcina

Europoje buvo registruotos dvi profilaktinės ŽPV vakcinos: keturvalentė vakcina „Gardasil“[®] („Sanofi Pasteur MSD“) ir divalentė vakcina „Cervarix“[®] („GlaxoSmithKline Biologicals“). Abi vakcinų pagamintos iš į virusą panašių dalelių, jų sudėtyje nėra gyvo viruso. Abiejų vakcinų tyrimų duomenys rodo, kad vakcinų saugios. Jos apsaugo nuo didelės rizikos 16 ir 18 ŽPV tipų, kurie sukelia apie 73 proc. gimdos kaklelio vėžio atvejų Europoje. „Gardasil“ taip pat apsaugo nuo 6 ir 11 ŽPV tipų, kurie dažniausiai sukelia lytinių organų karpas. Didelės apimties III fazės klinikiniuose tyrimuose įrodyta, kad abi vakcinų leidžia išvengti daugiau nei 90 proc. ikivėžinių pažeidimų, susijusių su 16 ar 18 tipu tarp moterų, kurios prieš tai nebuvo užsikrėtusios ŽPV. Skiepijimo kursą sudaro trys vakcinų dozės, kurios įskiepijamos per šešis mėnesius.

ŽPV vakcinų ir patikros dėl gimdos kaklelio vėžio

Įrodyta, kad gerai organizuotos patikros dėl gimdos kaklelio vėžio programos, kuriose dalyvauja daug moterų ir kurios apima veiksmingą moterų su pakitusia citologija stebėjimą ir gydymą, iki 80 proc. sumažina sergamumą gimdos kaklelio vėžiu. Organizavimas patikros programos yra daug naudingesnės už atsitiktinį tikrinimą, siekiant įvertinti, kiek moterų priklauso didelės rizikos grupei, sukurti kokybės kontrolės mechanizmus ir stebėti, ar veiksmingos ir kaip veikia standartizuotos priemonės.

ŽPV vakcina – tai nauja papildoma priemonė, skirta pagerinti gimdos kaklelio vėžio kontrolę. Tačiau tai nepanaikina patikros dėl gimdos kaklelio vėžio poreikio, net jei moterys skiepytos nuo 16 ir 18 tipų ŽPV, nes joms vis tiek išlieka rizika užsikrėsti kitais didelės rizikos viruso tipais. Nacionalinės institucijos turėtų toliau stengtis organizuoti ir pagerinti patikros programų apimtį ir kokybę nepriklausomai nuo skiepijimų įdiegimo. Patikros programų organizavimas, ten kur jos nevykdomos, yra prioritetas.

Skiepijimai ŽPV vakcina turės įtakos dabartinių tikrinimo programų veiksmingumui, todėl skiepijimų įtaka patiros programoms turi būti idėmiai stebima. Didelės skiepijimų apimtys turės įtakos su ŽPV susijusių citologinių pakitimų sumažėjimui. Taip pat skiepytos moterys klaidingai gali jaustis saugios, todėl gali būti mažiau suinteresuotos dalyvauti patikroje. Moteris reikia informuoti ir motyvuoti dalyvauti patikros programose, net jei jos buvo skiepytos. Vienas iš svarbiausių iššūkių – pasiekti geriausią santykį tarp skiepijimų ir patikros programų ekonomiškai naudingiausiu būdu ir užtikrinant didžiausią naudą moterims.

Ką reikėtų skiepyti? Skiepijimų nuo ŽPV tikslinių grupių nustatymas

Siekiant optimalaus naujų vakcinų poveikio ŽPV sukeliams ligoms, pirmiausiai reikėtų skiepyti tokio amžiaus mergaites, kurios dar nepradėjo lytinio gyvenimo (todėl dar neužsikrėtė ŽPV infekcijomis). Skiepijant dar jaunesnes mergaites, būtų išvengta tik nedidelio papildomo infekcijų skaičiaus, todėl nereikėtų to daryti, kol nebus įrodyta, kad vakcina suteikia ilgalaikę apsaugą (ilgiau nei 15–20 metų). Pradėjus rutininis mergaičių skiepijimus ir

kartu skiepijant šiek tiek vyresnes mergaites ir jaunas moteris (išlyginamoji vakcinacija), sustiprintų skiepijimų programos poveikį ir naudą per trumpą laiką.

Nustatant mergaičių amžių tinkamą rutininei ir išlyginamajai vakcinacijai svarbūs bus kiekvienai šaliai būdingi veiksniai. Šie veiksniai apima vidutinį seksualinio gyvenimo pradžios amžių, ŽPV infekcijos paplitimą pagal amžių (jei yra duomenų), vakcinos tiekimo strategiją ir tikslinės grupės (ir jų globėjų) požiūrio į skiepijimą.

Vien tik selektyvus didelės rizikos grupėms priklausančių mergaičių skiepijimas, atrodo, nėra nei praktiškas, nei veiksmingesnis už visų mergaičių skiepijimą. Tačiau reikėtų toliau svarstyti kai kurių didelės rizikos asmenų papildomų skiepijimų vaidmenį, kartu vykdant rutininius skiepijimus.

Galimos ŽPV vakcinacijos strategijos ES valstybėse

Atrodo, kad skiepijimai mokyklose būtų pigiausias kelias ŽPV vakcinomis skiepyti paaugles, tačiau vietinės problemos, pvz., ar yra sveikatos priežiūros paslaugos mokyklose, finansavimo klausimai perkant ir tiekiant vakciną, tėvų sutikimo gavimas, gali turėti įtakos šios galimybės tinkamumui.

Skiepijimai klinikoje ar atliekami tam tikrų specialybių gydytojų yra papildoma arba alternatyvi galimybė skiepyti ŽPV vakcina. Tai gali kainuoti brangiau nei skiepijimai mokyklose ir būtų sudėtingiau vertinti skiepijimų apimtį.

Lytinės ir reprodukcinės sveikatos bei kitos sveikatos klinikos, skirtos specialiai moterims, gali būti svarbios skiepijimų vietos. Tačiau mergaitės jų gali nelankyti iki pradėdamos lytinį gyvenimą ir panašu, kad tai būtų naudinga išlyginamosioms vakcinacijos programoms, skirtoms vyresnėms paauglėms ir moterims, organizuoti. Bendruomenėse, kurias „sunku pasiekti“, mergaičių vakcinacijai nuo ŽPV gali būti panaudotos kitos institucijos. Skiepijimai gali būti atliekami ir sveikatos priežiūros įstaigose, kai mergaitės jose apsilanko dėl kokios nors priežasties. Tokios priemonės gali pagerinti skiepijimų apimtį.

Planuojant skiepijimus nuo ŽPV, reikia atsižvelgti į vykdomas skiepijimų programas paaugliams ir kitą vykdomą sveikatinimo veiklą. Kur bebūtų atliekami skiepijimai, turi būti suteikiama svarbi informacija, jog skiepijimai yra papildoma prevencinė priemonė, tačiau ji nepakeičia gimdos kaklelio patikros.

Vakcinacijos nuo ŽPV išlaidų ir rezultatų modeliavimas

Vakcinaciją nuo ŽPV reikėtų vertinti net tik veiksmingumu, bet ir ekonominiu požiūriu. Ekonominio vertinimo tikslas – nustatyti, ar visuomenės patiriamos išlaidos, siekiant išsaugoti gyvenimą, koreguojant jo kokybę (kokybiško gyvenimo metai arba QALY (angl. quality-adjusted life year) dėl vakcinacijos nuo ŽPV yra panašios į kitas visuotinai priimtinas intervencijas sveikatos priežiūros sektoriuje.

Ekonominiai vertinimai viešai šiuo metu nėra skelbiami dėl išlaidų ir sveikatos priežiūros sistemų skirtumų valstybėse. Todėl kiekvienoje valstybėje būtina stengtis atlikti tokius vertinimus (taip pat atsižvelgiant į vykdomą gimdos kaklelio patikrą), prieš nusprendžiant, kokia geriausia gimdos kaklelio vėžio prevencijos strategija.

Šiuo metu atliekami ekonominiai vertinimai rodo, kad paauglių vakcinacija nuo ŽPV (su ar be išlyginamosios vyresnio amžiaus grupės vakcinacijos) pasižymi priimtinu kainos ir veiksmingumo santykiu. Rezultatai palankesni, naudojant modelius, kai atsižvelgiama į vakcinacijos poveikį infekcijos plitimo mastui.

Vakcinacijos nuo ŽPV poveikio stebėjimas ir vertinimas

Vakcinų poregistraciniu laikotarpiu reikės įvertinti skiepijimų apimtį ir vakcinacijos režimo laikymąsi, ilgalaikį skiepijimo poveikį ir veiksmingumą, skiepijimų integraciją į kitas strategijas, pvz., į organizuotas patikros dėl gimdos kaklelio vėžio programas ir skiepijimų saugumo strategiją. Koordinacija tarp skiepijimų stebėjimo ir vėžio kontrolės programų bus ypač svarbi, siekiant įvertinti skiepijimų poveikį ir jos naudą, lyginant su kitomis esamomis prevencijos intervencijomis, pvz., patikra.

Vertinant skiepijimų poveikį kliniškai pasireiškiančioms ligoms gali būti svarbu su vakcina susijusios ŽPV infekcijos, ikivėžinių pažeidimų ar vėžio epidemiologinė priežiūra, naudojantis esamais ar įsteigiant naujas laboratorijas, citologijos ar vėžio registrus.

Taip pat buvo pasiūlyti IV fazės klinikiniai tyrimai skiepijimų ŽPV vakcina poveikiui visuomenės sveikatai įvertinti. Tai gali pateikti daugiau informacijos apie pakitusių ar ikivėžinių ląstelių paplitimą, vėžio sergamumą ir mirtingumą. Tai taip pat gali būti naudinga vertinant galimą tikrinimo dėl gimdos kaklelio vėžio ir vakcinacijos programų integraciją. Galima naudoti stebėjimą, pagrįstą sisteminiu ŽPV vakcinacijos registravimu ir susiejimo tyrimais, naudojant sveikatos priežiūros registrus, siekiant praktiškai įvertinti, ar skiepijimai veiksmingi.

ŽPV vakcinacijos poveikio stebėsenai turi apimti bent jau duomenis apie skiepijimų apimtį, nepageidaujamų reakcijų į skiepus priežiūrą ir pasirinktinę priežiūrą vertinat poveikį ikivėžiniams pažeidimams.

3. Prioritetinės rizikos grupės skiepjimui nuo gripo

(paskelbta 2008 m. rugpjūčio mėn.)

Europos Komisijos prašymu ECDC atliko visuomenės sveikatos mokslinę apžvalgą, kurioje numatė gripo rizikos grupes ir kitas grupes¹, kurias rekomenduojama skiepyti nuo sezoninio gripo Europoje. Šio tyrimo tikslai:

- apibūdinti rizikos grupes, kurias rekomenduojama skiepyti nuo gripo ES/EEE valstybėse, ir pateikti išsamią informaciją apie kitas grupes, kurioms siūloma skiepytis nuo gripo;
- apibendrinti įrodymus apie rizikos grupių, kurias rekomenduojama skiepyti, nustatymą;
- pasiūlyti rizikos grupes ES išdėstyti pagal svarbą, remiantis aiškiais kriterijais;
- apytiksliai nustatyti, kiek žmonių priklauso prioritetinėms rizikos grupėms ES valstybėse;
- nustatyti būsimo darbo sritis, įskaitant mokslinius tyrimus ir plėtrą.

Šiame tyrime rizikos grupės ir kitos skiepytinios grupės apibūdinamos pagal 2008 m. VENICE projekto (jame dalyvavo ir ECDC) atliktos apklausos rezultatus. Remiantis ECDC/VENICE nustatytais kriterijais, apibrėžiant rizikos grupes turi būti atsižvelgiama į tai, kad joms priklausantiems asmenims kyla didesnė rizika nei kitiems žmonėms susirgti sunkiomis gripo formomis. Be to, būtini įrodymai, kad rizika užsikrėsti gripu sumažinama skiepijant šias grupes. Darbu pagal pirmą kriterijų trukdė tai, kad šiuo metu Europoje neatliekama su gripo komplikacijomis susijusio sergamumo ir mirštamumo epidemiologinė priežiūra. Paminėtas darbuotojų (pirmiausiai sveikatos priežiūros) grupių skiepimas, tačiau tai neturi didesnio poveikio sergamumui. Vis dėlto pateikta įrodymų, kad globos namuose dirbančių darbuotojų vakcinacija padeda apsaugoti nuo gripo ten gyvenančius pacientus. Galiausiai buvo atkreiptas dėmesys į ES šalių sutarimą šiuo klausimu.

Literatūros analizė rodo, kad Europoje yra dvi rizikos grupės, kurias būtina kasmet skiepyti nuo sezoninio gripo, remiantis moksliniais ir visuomenės sveikatos pagrindais. Šios dvi grupės apima:

- vyresnio amžiaus asmenis, dažniausiai 65 metų ir vyresnius;
- asmenis, kurie serga lėtinėmis ligomis, ypač:
 - lėtinėmis kvėpavimo sistemos ligomis;
 - lėtinėmis širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis;
 - lėtinėmis medžiagų apykaitos ligomis;
 - lėtinėmis inkstų ir kepenų ligomis;
 - asmenys su imunodeficitinėmis būklėmis (įgimtomis ar įgytomis);
 - jauno amžiaus asmenys, ilgai vartojantys salicilatus;
 - asmenys, sergantys kvėpavimo funkciją veikiančiomis ligomis.

Visose Europos šalyse sutariama, kad šioms dviem rizikos grupėms priklausančius asmenis būtina skiepyti. Priklausomai nuo aplinkybių ir analizės šalyse valstybėse narėse skirtingai suprantama, kas yra „vyresnio amžiaus“ asmenys (vyresni nei 64 metų, vyresni nei 59 m. amžiaus ir t. t.), o kai kurios šalys keičia „vyresnių nei 64 metų“ kriterijus.

Buvo pateikta svarių argumentų, kodėl siūlymų skiepyti dvi kitas grupes – nėščiąsias ir vaikus (apibūdinamus kaip „jaunesni nei dvejų metų“ arba „jaunesni nei penkerių metų“). Tačiau Europoje pateikiama ribota informacija apie šių dviejų grupių vakcinacijos riziką ir veiksmingumą, ir Europos šalys dar nerado bendro sutarimo šiuo klausimu. Kol kas trūksta duomenų, kad šias dvi asmenų grupes būtų galima priskirti rizikos grupėms ES lygmeniu. Kai bus daugiau informacijos ir duomenų, šios asmenų grupės vėl bus įvertintos. Ypač svarbu, kad būtų surinkti duomenys apie skiepimų poveikį šiose grupėse, kad po tolesnių vertinimų būtų pasiektas bendras sutarimas.

Taip pat yra asmenų grupių, kurioms skiepėjimui siūlomi, tačiau visuomenės sveikatos požiūriu rizika jiems nėra tokia didelė. Pavyzdžiui, yra svarbus ES sutarimas, kad sveikatos priežiūros darbuotojai, turintys kontaktų su pacientais, turėtų būti imunizuoti dėl profesinių priežasčių (siekiant juos apsaugoti nuo ligos). Yra tvirtų tyrimais pagrįstų įrodymų, kad skiepijant darbuotojus, kurie rūpinasi senelių namuose gyvenančiais vyresniais pacientais, yra netiesioginės naudos pacientams, apsaugant juos nuo sunkių gripo infekcijos komplikacijų. Tačiau reikia pažymėti, kad dauguma sveikatos priežiūros darbuotojų Europoje atsisako tokios imunizacijos. Taip pat nėra svarių įrodymų dėl siūlymų skiepyti su rizikos grupės asmenimis gyvenančius šeimos narius.

Buvo apytiksliai apskaičiuota, kiek žmonių ES valstybėse narėse priklauso dviem pagrindinėms rizikos grupėms ir nurodyta jų procentinė dalis. Šiame tyrime naudotas vienas metodas, pagal kurį kasmet ES valstybėse reikia skiepyti apie 25 proc. gyventojų, nes jie priklauso mažiausiai vienai iš dviejų pagrindinių rizikos grupių. Kitais nacionaliniais vertinimais buvo nustatyta panaši skiepytinų gyventojų procentinė dalis. Nacionalinės ribos yra

¹ Šiame straipsnyje gripo rizikos grupės – tai grupės žmonių, kuriems gresia komplikacijos užsikrėtus gripu, ir kuriems vakcinacija naudinga, nes sumažina infekcijos riziką.

19–28 proc. – priklausomai nuo vyresnio amžiaus gyventojų skaičiaus kiekvienoje šalyje. Nustatyta, kad visoje ES rizikos grupėms priklauso apie 125 mln. žmonių, kuriuos galima padalinti į du trečdalius (apie 84 mln. žmonių yra 65 metų amžiaus ir vyresni) ir vieną trečdalį (apie 41 mln. jaunesnių žmonių, kurie serga lėtinėmis ligomis). Šie skaičiai bėgant laikui žymiai didės dėl senėjančių gyventojų ir šiuolaikinės medicinos, kuri leidžia lėtinėmis ligomis sergantiems žmonėms gyventi ilgiau.

Remiantis šiuo tyrimu, rekomenduojamos tokios prioritetinės Europos mokslinių tyrimų ir plėtros sritys:

- epidemiologinės priežiūros stiprinimas: rutininė gripo komplikacijų (su jomis susijusių hospitalizacijų ir mirčių) priežiūra Europoje;
- rutininis skiepimų nuo gripo veiksmingumo stebėjimas, ypač rizikos sirgti sunkiomis ligomis ir mirti sumažinimą;
- įvertinti gripo ligos naštą tarp nėščiųjų ir vaikų ir įvertinti nėščiųjų bei įvairaus amžiaus vaikų skiepimo poveikį Europoje;
- atlikti tolesnius tyrimus, rodančius, ar sveikatos priežiūros darbuotojų ir šeimos narių skiepimas sumažina riziką dviejų pagrindinių rizikos grupių pažeidžiamiems žmonėms susirgti gripu;
- vykdyti projektus, kurie skatintų sveikatos priežiūros darbuotojus skiepytis nuo gripo tiek dėl naudos jiems patiems, tiek jų pacientams;
- iširti, ar yra didesnė sunkios ligos dėl gripo infekcijos rizika ŽIV infekuotiems asmenims Europoje, ar ne, ir atlikti panašius tyrimus su kitomis dažnesnėmis ligomis, pvz., lengvos formos astma;
- atlikti skiepimų nuo gripo, pvz., vyresnių asmenų (valstybės turi nustatyti amžiaus ribas) skiepimų, poveikio visuomenės sveikatai ir ekonomikai tyrimus;
- atlikti skiepimų poveikio tyrimus, kurių tikslas – nustatyti netiesioginę naudą sumažinant infekcijos plitimo lygį.

Priežiūros ataskaitos

4. 2008 m. metinė Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ataskaita: ataskaita apie užkrečiamųjų ligų būklę ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse

(paskelbta 2008 m. gruodžio mėn.)

ECDC kasmet skelbia Europos metinę epidemiologinės priežiūros ataskaitą (angl. AER). 2008 m. paskelbtame antrajame leidime užkrečiamųjų ligų priežiūros apžvalga nuo 2006 m. pateikta lentelės pavidalu su trumpais komentarais, taip pat pateiktas 2007 m. ūmių grėsmių žmonių sveikatai dėl užkrečiamųjų ligų aprašymas. Be to, ataskaitoje skiriama dėmesio išsamiam su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų (angl. HCAI), įskaitant atsparumą antimikrobiniais vaistams (angl. AMR), aprašymui.

Svarbiausios su užkrečiamosiomis ligomis susijusios grėsmės ES nepakito po paskutinio šios ataskaitos leidimo. Tarp jų:

- atsparumas antimikrobiniais vaistams;
- su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos;
- ŽIV infekcija;
- pneumokokinės infekcijos;
- gripas (pandemijos galimybė ir kasmetinės sezoninės epidemijos);
- tuberkuliozė.

PAGRINDINĖ ŠIO LEIDIMO TEMA

Su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos (angl. HCAI)

Su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų (angl. HCAI) priežiūra Europoje vykdoma per IPSE (Pacientų saugos Europoje didinimo) tinklą (2005–2008 m. birželio mėn.), aprėpiant infekcijų priežiūrą chirurginiuose skyriuose (Europos ligoninių tinklas infekcijų kontrolės srityje vykdamas jų priežiūrą – angl. HELICS-SSI) ir intensyviosios terapijos skyriuose (angl. HELICS-ICU).

Infekcijų chirurginiuose skyriuose paplitimas 2006 m. išliko nepakitęs, palyginti su 2004–2005 m., išskyrus infekcijas po klubo sąnario protezavimo operacijų, kur pastebėta ryški mažėjimo tendencija: nuo 2,2 proc. 2004 m. iki 1,6 proc. 2005 m. ir 1,3 proc. 2006 m. ($p = 0,039$).

Iš 51 621 paciento, praleidusio intensyviosios terapijos skyriuje daugiau kaip dvi dienas, 6,8 proc. susirgo pneumonija. Paplitimas svyravo nuo 1,5 proc. tarp neventiliuotų pacientų iki 22,2 proc. tarp savaitę ar ilgiau ventiliuotų pacientų. Dažniausiai intensyviosios terapijos skyriuje įgytos pneumonijos sukėlėjas buvo *Pseudomonas aeruginosa*, o intensyviosios terapijos skyriuje įgytų kraujo infekcijų atvejais – plazmos nekoaguliuojantys stafilokokai.

2006 m. su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų epidemiologinė priežiūra buvo tęsiama, toliau ir bus plečiama po IPSE tinklo priežiūros perkėlimo į ECDC 2008 m.

Apskritai su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų paplitimo lygis 2006 m. Europoje išliko nepakitęs. Tačiau atsižvelgiant į svarbius epidemiologinės priežiūros skirtumus skirtingose šalyse, reikia toliau stengtis suderinti naudojamus epidemiologinės priežiūros metodus.

Atsparumas antimikrobiniais vaistams (angl. AMR)

Duomenys apie atsparumą antimikrobiniais vaistams renkami per Europos atsparumo antimikrobiniais vaistams priežiūros sistemą (EARSS). Tai specializuotas AMR epidemiologinės priežiūros tinklas Europoje.

Streptococcus pneumoniae

2006 m. daugumoje Šiaurės Europos šalių *S. pneumoniae najautrumo penicilinui* (angl. PNSP) lygis buvo mažiau nei 5 proc., o Pietų Europos ir Viduržemio jūros regiono šalyse - nuo 7 proc. iki > 25 proc.

Staphylococcus aureus

2006 m. meticiliniui atsparus *Staphylococcus aureus* (angl. MRSA) toliau plito didelio, vidutinio ir mažo endemiškumo šalyse Europoje. Penkiolika iš 31 šalies (daugiausia Pietų Europos šalys, JK ir Airija) pranešė, kad iš visų išskirtų *Staphylococcus aureus* meticiliniui atsparūs sudarė 25 proc. ar daugiau, o kai kuriose didelio endemiškumo šalyse atsparių mikroorganizmų proporcija išliko nepakitusi. Šiaurės Europoje MRSA lygis išliko < 4 proc.

Escherichia coli

Ypač didelį nerimą kelia Europoje didėjantis atsparumo fluorokvinolonui lygis.

Pseudomonas aeruginosa

2006 m. beveik viena penktoji dalis invazinių *P. aeruginosa* kultūrų buvo atsparios trims ar daugiau antibiotikams, ypač Pietų Europos šalyse.

2006 M. UŽKREČIAMŲJŲ LIGŲ EPIDEMIOLOGINĖS PRIEŽIŪROS SANTRAUKA

ŽIV, lytiškai plintančios infekcijos, hepatitas B ir C ir ŽIV

2006 m. ŽIV infekcija išliko viena svarbiausių visuomenės sveikatos problemų Europoje. 29 šalyse (išskyrus Italiją, Ispaniją ir Lichtenšteiną) užregistruota daugiau kaip 25 000 naujų atvejų, t. y. sergamumo rodiklis buvo 6 atvejai 100 000 gyventojų. Skirtingose šalyse ŽIV infekcijos epidemiologiniai ypatumai labai skiriasi. Kai kurios Europos šalys pranešė apie didėjantį ŽIV atvejų skaičių: daugiausia Estija, Latvija, Liuksemburgas, Portugalija ir Jungtinė Karalystė. Iš kitos pusės, ES ir EEE/ELPA šalyse naujai užregistruotų AIDS atvejų skaičius buvo 7 035, t. y. sergamumo rodiklis 1,4 atvejo 100 000 gyventojų, o tai rodo, kad nuo 1999 m. sergamumas sumažėjo daugiau kaip trečdaliu.

Heteroseksualūs lytiniai santykiai (53 proc.) buvo pagrindinis ŽIV infekcijos plitimo būdas, tačiau apie 40 proc. šių atvejų diagnozuota asmenims, kilusiems iš šalių, kuriose išplitusi ŽIV epidemija. Neįtraukiant šių atvejų, pagrindinis plitimo kelias yra lytiniai santykiai tarp vyrų (37 proc.).

Didelė dalis ŽIV infekuotų asmenų ES nėra pakankamai informuoti apie šią infekciją. Tai rodo, jog būtina stengtis plėtoti ŽIV tyrimų apimtį.

Lytiškai plintančios infekcijos

2006 m. *Chlamydia trachomatis* infekcijos išliko dažniausiai registruojama LPI (ir labiausiai paplitusia registruotina liga visoje Europoje) – beveik apie ketvirtį milijono atvejų pranešė 22 ES ir EEE ir (arba) ELPA valstybės narės, vykdančios šios ligos epidemiologinę priežiūrą. Registruotas sergamumo rodiklis – 92 atvejai 100 000 gyventojų.

2006 m. Švedijoje pranešta apie naują *Chlamydia trachomatis* variantą, kurio negalima nustatyti naudojant įprastai naudojamus tyrimų priemones. Tai paskatino atlikti tyrimą, siekiant nustatyti šį naują variantą kitose valstybėse narėse, bet panašu, kad šis variantas kol kas rastas tik Švedijoje.

2006 m. išduota licencija pirmajai žmogaus papilomos viruso infekcijos vakcinai.

Gripas

2006 m. buvo nustatyti pirmieji didelio patogeniškumo paukščių gripo (A(H5N1)) atvejai tarp laukinių ir naminių paukščių Europos Sąjungoje. Tačiau 2006 m. ES neužregistruota atveju, kai A(H5N1) būtų užsikrėtęs žmogus; pranešta tik apie vieną mažo patogeniškumo H7 paukščių gripu susirgusį JK paukštienos įmonės darbuotoją. Vis dėlto sugriežtintuose gyvūnų sveikatos teisės aktuose užtikrintas nuoseklus reagavimas į didėjantį A(H5N1) viruso keliamą pavojų ES valstybėse narėse. Kadangi įprastai šis virusas sukelia susirgimus paukščiams, svarbiausia priemonė, siekiant apsaugoti žmones nuo užsikrėtimo, buvo greitai nustatyti ir išnaikinti infekciją tarp paukščių, ypač naminių.

Tuberkuliozė

Sergamumas tuberkulioze ir toliau mažėjo tarp vietos gyventojų beveik visose valstybėse narėse, kur šia liga dažniausiai serga pagyvenę žmonės, liga paūmėja po pirminės infekcijos praėjus daugeliui dešimtmečių. Tačiau dėl pastarojo meto demografinių, politinių ir socialinių ekonominių pokyčių Europoje, pvz., padidėjusios migracijos, situacija keičiasi. Todėl tuberkulioze vis dažniau serga migrantai, benamiai, nepasiturintys gyventojai miesto rajonuose, kaliniai, ŽIV sergantys asmenys ir narkotikų vartotojai ES.

Be to, yra regionų, kur didelė problema tuberkuliozės atsparumas vaistams, dažniausiai dėl nebaigto ar netinkamai parinkto gydymo režimo.

Ligos, kurių išvengiama skiepijant (angl. VPD)

Įvedus visuotinį vaikų skiepijimą nuo B tipo *Haemophilus influenzae* (Hib) daugumoje ES šalių, invazinės Hib ligos paplitimas sumažėjo ir tebėra mažas tarp visų gyventojų ES šalyse (2006 m. mažiau kaip 1 atvejis 100 000 gyventojų).

Kai kuriose Europos šalyse į skiepijimų programas, bent didelės rizikos grupėms, įtraukta ir konjuguota pneumokokinė vakcina 7 (PCV7). Tai sukėlė nerimą, kad įprastus serotipus laipsniškai gali pakeisti į PCV7 sudėtį neįeinantys serotipai, kaip nutiko JAV. Dėl šios priežasties svarbu taikyti epidemiologinės priežiūros sistemas, apimančias ne tik ligos atvejų, bet ir serotipų pasiskirstymą.

Nepaisant bendros sergamumo mažėjimo tendencijos per pastarąjį dešimtmetį, 2006 m. tyrai išliko visuomenės sveikatos prioritetine sritimi. Tais metais užregistruotas daugiau kaip 7 000 patvirtintų tyimų atvejų ir šešios mirtys. Patirtis parodė, kad išlieka didelė tyimų protrūkių tikimybė.

Dauguma ES valstybių 2006 m. naudojo neląstelinę kokliušo vakciną (aP). Po stebėto sergamumo kokliušu stabilizavimosi laikotarpio kai kuriose ES šalyse nuo 2003 m. sergamumo rodiklis šiek tiek išaugo.

Per maistą ir vandenį plintančios ligos

Campylobacter ir toliau išlieka dažniausiai registruojamu žarnyno užkrečiamųjų ligų sukėlėju ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse. Jo paplitimas yra beveik 40 atvejų 100 000 gyventojų, nepaisant to, kad 2005–2006 m. atvejų skaičius šiek tiek sumažėjo.

VTEC/STEC infekcijų taip pat mažėja. 2006 m. užregistruotas sergamumo rodiklis buvo šiek tiek didesnis, nei 1 atvejis 100 000 gyventojų, nors kai kuriose šalyse registruojama daug daugiau susirgimų, ypač tarp mažų vaikų.

2007 M. GRĖSMIŲ SANTRAUKA

2007 m. ECDC vertino 168 grėsmes, iš jų:

- 142 (85 %) buvo naujai nustatytos;
- 21 tęsėsi nuo 2006 m. ir vis dar buvo aktualios 2007 m.;
- penkios tęsėsi nuo 2005 m. ir vis dar buvo aktualios 2007 m.;
- dėl 66 grėsmių ECDC turėjo imtis aktyvių veiksmų;
- dėl 10 atliktas išsamus grėsmių vertinimas, kuris buvo išplatintas ES valstybėse narėse ir Europos Komisijai per EWRS.

Apskritai 2007 m. ES aktualios grėsmės tebebuvo plačiai paplitę. Maistu ir vandeniu plintančios ligos išliko svarbiausiomis iš ES stebimų grėsmių. Svarbu paminėti, kad 2007 m. labai padaugėjo su tuberkuloze susijusių grėsmių, ypač kalbant apie atvejus, susijusius su daugybinio atsparumo tuberkuloze ir atsparia tuberkuloze (angl. XDR), taip pat kalbant apie riziką asmenims, keliaujantiems su tuberkuloze sergančiais ligoniais, kurie kelionės metu dar yra užkrečiami.

Informacija apie daugumą grėsmių, galimai turinčių poveikį ES, 2007 m. perduota per EWRS ar tam skirtus Europos tinklus (EWGLI – tinklas skirtas klausimas, susijusiems su legionierių liga, ENTERNET – su maistu ir vandeniu plintančiomis ligomis). Jau daug kartų įrodyta, kad EWRS yra efektyvi priemonė, siekiant koordinuoti savalaikį visuomenės sveikatos priemonių taikymą ES valstybėse narėse patvirtintų grėsmių valdymui. 2007 m. ECDC pradėjo kurti visos ES epidemiologinio budrumo platformą.

IŠVADOS

Užkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės prioritetai ES nelabai pasikeitė po paskutinio AER leidimo.

Viena vertus, nerimą keliančios sritys, įskaitant sąlygojančias nuolatinę naštą, tebėra tos pačios. Be šešių pagrindinių grėsmių, išvardytų šios santraukos pradžioje, nerimą kelia ir dideli užregistruoti chlamidijų ir *Campylobacter* infekcijų atvejų skaičiai.

Kita vertus, kai kurių ligų, pvz., kai kurių VPD (įskaitant Hib), sergamumas mažėja, o sergamumas kitomis VPD (pvz., difterija) yra itin mažas – apie 0,1 atvejo 100 000 gyventojų. Tačiau ES valstybėse narėse dar daug reikia nuveikti, kad būtų pasiekti ligų likvidavimo programose užsibrėžti tikslai, ypač kalbant apie tyimus.

Duomenų, kuriais remiantis daromos šios išvados, kokybė toli gražu nėra tobula, ir vis dar reikia dėti daug pastangų gerinant užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą Europos Sąjungoje. Svarbusia tai, kad didelės problemos vis dar yra susijusios su skirtingų valstybių narių duomenų palyginamumu. Dėl to akivaizdžiai sumažėja Europos lygmeniu renkamų duomenų vertinumas.

Reikia apsvarstyti naujus duomenų, naudojamų nustatant prioritetus užkrečiamųjų ligų srityje, teikimo metodus, įskaitant esamos ir būsimos užkrečiamųjų ligų naštos vertinimą.

Akivaizdu, kad kai kurie ilgalaikiai pokyčiai ateityje įtakos užkrečiamųjų ligų situaciją ES, pvz.:

- senėjanti ES visuomenė;
- aplinkos pokyčiai, įskaitant klimato kaitą;
- aktyvesnės kelionės ir migracija;
- socialiniai pokyčiai.

Norint surinkti tinkamus duomenis, kuriais turėtų būti pagrįsta bendroji sveikatos politika, būtina palaikyti nuolatinę užkrečiamųjų ligų naštos ir sergamumo tendencijų stebėseną ES.

5. ŽIV/AIDS priežiūra Europoje

(paskelbta 2008 m. gruodžio mėn.)

Svarbiausi faktai

ŽIV infekcija tebėra svarbiausia visuomenės sveikatos sritis Europoje atsižvelgiant į didėjantį ŽIV plitimą kai kuriose Europos šalyse.

- 2007 m. 49 iš 53 PSO Europos regiono šalių užregistravo 48 892 naujai diagnozuotus ŽIV infekcijos atvejus (nėra duomenų iš Austrijos, Italijos, Monako ar Rusijos Federacijos). Didžiausi sergamumo rodikliai registruoti Estijoje, Ukrainoje, Portugalijoje ir Moldovoje. 48 valstybės užregistravo 5 244 AIDS atvejus (nėra duomenų iš Italijos, Kazachstano, Monako, Rusijos Federacijos ar Ukrainos).
- 2007 m. Europos Sąjungos ir Europos laisvosios prekybos asociacijos šalyse (šioje ataskaitoje – ES ir (arba) ELPA) naujai diagnozuoti 26 279 ŽIV infekcijos atvejai (nėra duomenų iš Austrijos ar Italijos). ES/ELPA šalyse didžiausi sergamumo rodikliai registruoti Estijoje, Portugalijoje ir Latvijoje; mažiausi – Slovakijoje, Čekijoje ir Rumunijoje.
- ES/ELPA šalyse pagrindiniai ŽIV infekcijos plitimo būdai yra lytiniai santykiai tarp vyrų ir heteroseksualūs lytiniai santykiai. Apie 40% atvejų, užsikrėtusių heteroseksualių lytinių santykių metu, diagnozuoti asmenims, kilusiems iš šalių, kur išplitusi ŽIV/AIDS epidemija.
- Kalbant apie tris PSO Europos regiono geografines teritorijas matyti, kad injekcinis narkotikų vartojimas tebėra pagrindinis plitimo kelias rytuose, o centrinėje šio regiono dalyje dažniausiai ŽIV plinta per heteroseksualių lytinius santykius, nors padaugėjo ŽIV atvejų tarp vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais. Regiono vakaruose pagrindinis infekcijos plitimo būdas yra lytiniai santykiai tarp vyrų; antroje vietoje – heteroseksualūs lytiniai santykiai, neįskaitant atvejų, susijusių su asmenimis, kilusiais iš epidemijos paveiktos šalies.
- Apskritai nepaisant neišsamių duomenų, 2007 m. naujai diagnozuotų ŽIV infekcijos atvejų skaičius išaugo, o diagnozuotų AIDS atvejų skaičius PSO Europos regione toliau mažėjo, nors regiono rytuose AIDS atvejų skaičius toliau augo. Remiantis 44 šalių, nuolat teikiančių ŽIV epidemiologinės priežiūros duomenis, informacija, nuo 2000 m. naujai diagnozuotų ŽIV atvejų rodiklis beveik padvigubėjo – nuo 39 atvejų vienam milijonui gyventojų 2000 m. iki 75 atvejų vienam milijonui gyventojų 2007 m.
- Daugelyje šalių 2003–2007 m. bendras kasmet atliekamų diagnostinių ŽIV tyrimų, išskyrus nesusijusius anonimiškus ir kraujo donorų tyrimus, skaičius padidėjo.
- Čia pateikta informacija turi trūkumų, kadangi trūksta duomenų iš kai kurių šalių. Dėl to galima daryti tik ribotas išvadas apie ŽIV ir AIDS epidemijos mastą Europoje. Jei į šiuos duomenis būtų atsižvelgta, bendras atvejų skaičius 2007 m. galėtų būti dvigubai didesnis.

ŽIV/AIDS epidemiologinės priežiūros rekomendacijos

ŽIV/AIDS epidemiologinės priežiūros duomenys itin svarbūs ŽIV epidemijos tendencijoms stebėti ir poveikiui visuomenės sveikatai vertinti. Todėl visos Europos šalys turėtų:

- įgyvendinti nacionalines kiekvieno ŽIV ir AIDS atvejo registravimo sistemas bei užtikrinti jų išsamumą ir savalaikiškumą;
- gerinti teikiamų duomenų kokybę, ypač informaciją apie galimus plitimo kelius;
- skatinti visapusišką ŽIV epidemiologinę priežiūrą, į ją įtraukiant reguliarią elgsenos priežiūrą ir ŽIV paplitimo tyrimus.

Visuomenės sveikatos rekomendacijos

Epidemijos kontrolės priemonės turėtų būti pagrįstos moksliniais įrodymais ir pritaikytos kiekvienai šaliai ir geografiniam regionui. Remiantis turimais epidemiologinės priežiūros duomenimis tikslinga pateikti šias rekomendacijas:

- Rytai: ŽIV kontrolės priemonės tarp injekcinių narkotikų vartotojų turėtų būti ŽIV prevencijos strategijų

- kertinis akmuo; taip pat reikėtų stiprinti ŽIV plitimo per heteroseksualius lytinius santykius prevencijos priemones, ypač skirtas tiems, kurie turi didelės rizikos grupei priklausančius partnerius.
- Vidurio Europa: prevenciją reikėtų pritaikyti prie kiekvienos šalies aplinkybių, kad būtų išlaikyti jų epidemiologiniai pranašumai.
 - Vakarai: ŽIV kontrolės priemonės tarp vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais, turėtų būti ŽIV prevencijos strategijų kertinis akmuo, pvz., atnaujintos saugesnio sekso kampanijos, skirtos vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais; prevencijos, gydymo ir priežiūros priemonės būtina pritaikyti taip, kad jos aprėptų migrantus.
 - Visuose subregionuose reikėtų skatinti ŽIV tyrimus, kad užsikrėtę asmenys anksti galėtų gauti gydymą ir konsultavimo paslaugas. Tai padėtų užkirsti kelią tolesniam ŽIV plitimui ar jį sumažinti ir pagerintų užsikrėtusio asmens ilgalaikius gydymo rezultatus.

Specialiosios ataskaitos

6. Bendras kovos su tuberkulioze Europos Sąjungoje veiksmų planas

(paskelbta 2008 m. kovo mėn.)

Tuberkuliozė – sunki infekcinė žmonių liga, kuria dažniausiai užsikrečiama įkvėpus bakterijų, kurias į aplinką išskiria plaučių tuberkulioze sergantysis. Nors egzistuoja efektyvūs tuberkuliozės gydymo būdai, netinkamai gydant arba nepakankamai laikantis gydymo režimo, gydymas gali būti nesėkmingas ir liga gali recidyvuoti arba išsivystyti vaistams atspari tuberkuliozės forma.

Per kelis pastaruosius dešimtmečius sergamumas tuberkulioze Europos Sąjungoje nuolat mažėjo. 27 ES šalių rodikliai vieni iš mažiausių pasaulyje, nors didesni nei kitose išsivysčiusiose šalyse, pvz., JAV ir Australijoje. Tačiau nurinti negalima – panaši palanki epidemiologinė situacija buvo susiklosčiusi keliose šalyse prieš keletą dešimtmečių, dėl to sumažėjo budrumas, buvo sumažinti tuberkuliozės prevencijai ir kontrolei skiriami išteklių bei paslaugos. Galiausiai liga tose šalyse atsinaujino, situaciją pablogino kilusi ŽIV epidemija ir išsivysčiusios vaistams atsparios tuberkuliozės formos (MDR TB). Prireikė iš naujo imtis pastangų ir įgyvendinant kontrolės programas, ir stengiantis užtikrinti ankstyvą diagnostiką, tinkamo gydymo prieinamumą ir gydymo užbaigimą.

Atsižvelgdamas į tokią padėtį, 2007 m. kovo mėn. Europos Sąjungos (ES) sveikatos komisaras Markos Kyprianou kreipėsi Europos ligų prevencijos ir kontrolės centrą (angl. ECDC) su prašymu parengti pasiūlymą dėl kovos su tuberkulioze Europos Sąjungoje veiksmų plano.

Ilgalaikis bendrojo kovos su tuberkulioze veiksmų plano tikslas – kontroliuoti tuberkuliozę Europos Sąjungoje ir galiausiai ją išnaikinti. Didžioji dalis veiklos, kuria siekiama mažinti tuberkuliozės keliamą naštą, priklauso nuo nacionalinių pastangų, o ES institucijos remia valstybių narių atliekamą darbą. Plano tikslai yra:

- didinti politinį ir visuomenės sąmoningumą tuberkuliozės, kaip visuomenės sveikatos problemos Europos Sąjungoje, atžvilgiu;
- remti ir stiprinti ES valstybių narių pastangas kovojant su tuberkulioze, atsižvelgiant į nacionalinę epidemiologinę padėtį ir iššūkius;
- prisidėti prie tuberkuliozės kontrolės Europos Sąjungoje ir remti šalis, iš kurių kilę įvežtiniai ligos atvejai.

Šis pasiūlymas pagrįstas keturiais principais: skubios ir tinkamos sveikatos priežiūros visiems užtikrinimu, sveikatos sistemų pajėgumo stiprinimu, naujų priemonių kūrimu ir partnerystės su valstybėmis ir suinteresuotosiomis šalimis kūrimu bei bendradarbiavimu su jomis. Aštuonios strateginės plėtojimo sritys nustatytos remiantis šiais principais. Štai rekomenduojamų uždavinių ir (arba) veiksmų kiekvienoje iš aštuonių sričių santrauka:

1 sritis. Įsipareigojimas kontroliuoti tuberkuliozę, supratimas apie tuberkuliozę ir sveikatos sistemų pajėgumas

1. Stiprinti valstybių narių politinį įsipareigojimą ir skiriamus išteklius rengiant planus dėl tuberkuliozės kontrolės, kuriant bendras visuomenės sveikatos strategijas.
2. Stiprinti valstybių narių sveikatos sistemų pajėgumą tuberkuliozės kontrolės ir likvidavimo veiklai vykdyti.

2 sritis. Epidemiologinė priežiūra

1. Įvertinti tuberkuliozės epidemiologines charakteristikas ir plitimą tarp gyventojų laiko ir vietos atžvilgiu, kiekvienoje valstybėje narėje, ir visoje Europoje.
2. Verinti, kaip vykdomos tuberkuliozės kontrolės priemonės, ir teikti šią informaciją sprendimus priimančioms institucijoms, kad būtų įmanoma deramai reaguoti siekiant tobulinti nacionalinius ir Europos kovos su tuberkulioze planus.
3. Nustatyti ir apibūdinti pažeidžiamas gyventojų grupes, kurioms tuberkuliozės rizika didesnė ir nepalanki prognozė ir į kurias reikėtų nukreipti tikslingą visuomenės sveikatos priežiūros veiklą.

3 sritis. Laboratorinės paslaugos

1. Kurti ir diegti aukštos kokybės šiuolaikiškas laboratorines paslaugas, kurios remtų klinikinius, visuomenės sveikatos ir mokslinių tyrimų poreikius kovojant su tuberkulioze.
2. Užtikrinti saugias, tinkamas ir kokybiškas laboratorinių tyrimų paslaugas ir tinkamą personalo apmokymą darbui atlikti.

- Užtikrinti investicijas, siekiant garantuoti laboratorinių paslaugų tvarumą ilgą laiką.

4 sritis. Skubi ir tinkama tuberkuliozės priežiūra visiems

- Laiku diagnozuoti visus ligos atvejus ir užtikrinti tinkamą tuberkuliozės gydymą bei priežiūrą.
- Pritaikyti intervencijas konkrečioms epidemiologinėms situacijoms ir pažeidžiamoms gyventojų grupėms, kad didžiausias tuberkuliozės kontrolės veiksmingumas būtų užtikrintas visais lygiais.
- Užtikrinti nuoseklų protrūkių valdymo priemonių taikymą.
- Užtikrinti, kad būtų tenkinami individualūs visų tuberkulioze sergančių ligonių sveikatos poreikiai.

5 sritis. Daugybinio atsparumo tuberkuliozė (MDR TB) ir atspari tuberkuliozė (XDR TB)

Šie tikslai skirti visoms valstybėms narėms, bet ypatingą dėmesį į juos turėtų sutelkti šalys, kuriose MDR TB ir XDR TB problema yra didžiausia.

- Optimizuoti ir stiprinti MDR TB ir XDR TB epidemiologinę priežiūrą ir stebėseną.
- Tobulinant tuberkuliozės laboratorines paslaugas gerinti tuberkuliozės jautrumo vaistams tyrimo paslaugas Europos Sąjungoje.
- Gerinti MDR TB arba XDR TB sergančių ligonių priežiūrą ir atvejų valdymą, įskaitant infekcijos kontrolę ir kontaktinių asmenų nustatymą ir profilaktines priemones.
- Siekiant racionalaus vaistų nuo tuberkuliozės naudojimo, sudaryti galimybes gauti pirmojo ir antrojo pasirinkimo vaistų nuo tuberkuliozės.

6 sritis. Tuberkuliozės ir ŽIV dviguba infekcija

- Mažinti tuberkuliozės ir ŽIV dvigubos infekcijos naštą Europos Sąjungoje, stiprinant sąsajas tarp tuberkuliozės ir ŽIV/AIDS planų arba atitinkamų sveikatos sistemos tarnybų.
- ES lygmeniu skatinti mokslinius ir klinišnius tyrimus, susijusius su tuberkuliozės ir ŽIV dviguba infekcija.

7 sritis. Naujos tuberkuliozės kontrolės priemonės

- Nustatyti pamatinių taikomųjų mokslinių tyrimų ir veiklos tyrimų prioritetus Europos Sąjungoje.
- Užtikrinti finansavimą ir koordinavimą.

8 sritis. Kurti partnerystę ir bendradarbiauti su kitomis šalimis

- Užtikrinti, kad tuberkuliozė ir toliau būtų svarbus ES ir nacionalinių valstybės institucijų politinės, techninės ir mokslinių tyrimų darbotvarkės klausimas, atsižvelgiant į kitus prioritetus, besivaržančius dėl ribotų išteklių.
- Padėti atsikratyti stigmos, užtikrinti ankstyvą ir skubą tuberkuliozės, MDR TB bei XDR TB nustatymą ir skatinti žmones kreiptis gydymo pagal Ligonų tuberkuliozės gydymo chartiją.
- Užtikrinti, kad paskesnis gydymas būtų prieinamas, įperkamas, tinkamas ir svarbiausia sėkmingas.
- Toliau kartu plėtoti ECDC, EK, įvairių šalių, PSO ir kitų suinteresuotųjų šalių bendradarbiavimą ir koordinavimą.

7. Užkrečiamųjų ligų priežiūra Europos Sąjungoje, 2008–2013 m. ilgalaikė strategija

(paskelbta 2008 m. gegužės mėn.)

Ši ilgalaikė būsimo užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ES vizija ir strategija parengta siekiant padėti priimti sprendimus dėl ilgalaikės Europos epidemiologinės priežiūros sistemos plėtojimo. Strategija aprėpia laikotarpį iki 2013 m. Šiuo požiūriu ji suderinta su ECDC daugiamečiu strateginiu planu (kurį ECDC valdyba patvirtino 2007 m. birželio mėn.). Be to, numatoma suderinti šią strategiją ir su ECDC laboratorine strategija.

Strategijoje mėginama apibrėžti epidemiologinės priežiūros laikotarpį ir mastą, jos tikslus ir uždavinius bei organizacinius reikalavimus. Taip pat numatyti būdai, kaip padėti valstybėms narėms, ir pateiktas įgyvendinimo planas.

Svarbiausias tikslas – padėti mažinti sergamumą užkrečiamosiomis ligomis ir jų paplitimą Europoje teikiant tinkamus visuomenės sveikatos duomenis, informaciją ir atskaitas sprendimus priimančioms asmenims, specialistams ir sveikatos priežiūros darbuotojams siekiant skatinti veiklą, padėsiančią užtikrinti savalaikę užkrečiamųjų ligų prevenciją ir kontrolę Europoje. Šiam tikslui pasiekti būtinas valstybių narių teikiamų duomenų apie užkrečiamąsias ligas pagrįstumas ir palyginamumas.

Labiau koordinuotas požiūris į epidemiologinę priežiūrą padės:

- pagerinti regioninį duomenų palyginamumą;
- sumažinti epidemiologinės priežiūros sudėtingumą visoje Europoje;
- taikyti suderintus epidemiologinės priežiūros metodus;
- išvengti darbo dubliavimosi;
- ateityje dėl tinkamesnių ir patikimesnių duomenų teikti kokybiškesnius visuomenės sveikatos sprendimus;
- stiprinti nacionalines priežiūros sistemas;
- užtikrinti didesnę ekonominę naudingumą ir tvarumą;
- užtikrinti paprastesnę duomenų gavimą ir naudojimą;
- pagerinti tarptautinių protrūkių nustatymą ir stebėseną;
- stiprinti pajėgumus;
- užtikrinti, kad į epidemiologinę priežiūrą ir mokslinių tyrimų programas būtų įtraukiamos ligos pagal Europos prioritetus.

ECDC kuria Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologiniais rodikliais pagrįstos epidemiologinės priežiūros sistemą, taip pat vadinamą „Europos epidemiologinės priežiūros sistema“ (TESSy). TESSy taps vertinga priemone gerinant epidemiologinės priežiūros duomenų iš ES valstybių narių ir EEE šalių rinkimą, tikrinimą, saugojimą ir sklaidą. Iš pradžių į TESSy bus renkama mažiau kintamųjų, kurios yra svarbios vykdant reguliarią užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą. Kai TESSy įsitvirtins ir bus naudojama kaip regiono standartinė duomenų bazė, toliau mažinant visų dalyvaujančių šalių darbo sudėtingumą ir krūvį ECDC ilgalaikiai tikslai bus šie:

- standartizuoti duomenų apie užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą rinkimą;
- užtikrinti „vieno langelio“ principo taikymą teikiant ir gaunant duomenis iš valstybių narių;
- standartizuoti epidemiologinės priežiūros duomenų ataskaitas;
- teikti nuoseklią ir lengvai prieinamą dabartinės situacijos ES apžvalgą.

Taip pat bus sprendžiama dabartinė dvigubo duomenų apie kai kurias ligas perdavimo problema (kai ligų epidemiologinės priežiūros procese dalyvauja įvairios regioninės organizacijos, pvz., PSO Europos regiono biuras ar EMCDDA) siekiant sumažinti darbų dubliavimosi ir, galbūt, jo atsikratyti.

Reikės sukurti tarpinę tvarką dėl bendradarbiavimo principų ECDC keičiantis duomenimis su valstybėmis narėmis ir specifiniais epidemiologinės priežiūros tinklais (SPT), kad būtų aiškiai apibrėžtas duomenų teikėjų ir duomenų naudotojų vaidmuo valstybėse narėse ir ECDC (bei kitur, pvz., PSO). Be kita ko, tarpinė tvarka taip pat turėtų apibrėžti duomenų analizės rezultatų skelbimą. Remiantis patirtimi taikant šią tarpinę procedūrą, dalyvaujant suinteresuotosioms šalims bus sukurta išsamesnė galutinė tvarka ilgesniam laikui.

Būsimas bendradarbiavimas su atskirų ligų ekspertais (kuriuos skirs kompetentingos institucijos) vyks taip: ligos ir (arba) sukėlėjai bus suskirstyti į šešias pagrindines grupes. Prireikus šiose šešiose grupėse dar bus sukurti siauresni pogrupiai (pagal ligas). Kiekviena iš šių šešių pagrindinių grupių organizuos kasmetinius susitikimus, kuriuose bus aptariami su visos ligų grupės epidemiologine priežiūra susiję klausimai. Prireikus tuo pačiu metu gali vykti „paralelinės sesijos“ apie konkrečias ligas. Bus įkurta kiekvienos iš šešių pagrindinių ligų grupių koordinavimo grupė, ir šios grupės perims daugelį funkcijų, kurias atliko buvusios SPT valdymo grupės.

Epidemiologinei priežiūrai ES lygmeniu stiprinti itin svarbios geros laboratorinės paslaugos šalyse. ECDC remsis jau atliktais darbais ir padės stiprinti laboratorinius pajėgumus valstybėse narėse, EEE ir (arba) ELPA šalyse ir valstybėse kandidatėse bendradarbiaudamas su Europos Komisija, ECDC kompetentingomis institucijomis ir valstybių narių nacionaliniais kontaktiniais asmenimis mikrobiologijos srityje.

ECDC dės daug pastangų siekdamas užtikrinti, kad kiekvienoje šalyje būtų tiesiogiai arba netiesiogiai teikiamos nacionalinės etaloninės laboratorijos (angl. NRL) paslaugos, kad visos šalys galėtų patvirtinti diagnozę, izoliuoti ir toliau aprašyti sukėlėjus, kas yra būtina registruojant patvirtintus ir galimus užkrečiamųjų ligų atvejus įprastomis ir ekstremaliomis situacijomis. ECDC susisieks su šiomis NRL ir padės integruoti laboratorinius duomenis į epidemiologinių (ir klinikinių) duomenų bazes nacionaliniu lygmeniu. Duomenų pagrįstumui ir tikslumui užtikrinti būtina užtikrinti laboratorinių metodų kokybės kontrolę. Taip pat šiuo laikotarpiu bus skatinamas Europos standartų įdiegimas.

ECDC įgyvendins epidemiologinės priežiūros strategiją dviem etapais: pirmasis etapas – pereinamasis, truksiantis iki 2010 m., pagrindinį dėmesį skiriant laipsniškai dabartinių užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros Europos Sąjungoje SPT integracijai su ECDC; antrojo etapo metu (2010–2013 m.) ECDC perims visą atsakomybę už epidemiologinę priežiūrą ir galės skirti daugiausia dėmesio epidemiologinės priežiūros sistemų kūrimui ir sujungimui siekiant aukščiausios galimos jų kokybės Europoje.

Kad ši strategija ir jos tikslai išliktų aktualūs, valstybės narės ir svarbiausios suinteresuotosios šalys prireikus juos peržiūrės, atsižvelgiant į išylančias aktualijas ir naujai gautus duomenis.

Susitikimų ataskaitos

8. Infekcinės ligos ir socialiniai veiksniai

(susitikimas vyko 2007 m. balandžio mėn., ataskaita paskelbta 2008 m. vasario mėn.)

Šioje ataskaitoje kalbama apie ECDC surengtą seminarą dėl infekcinių ligų socialinių veiksnių, kuriame dalyvavo specialistai, besigilinantys į infekcinių ligų ir socialinių veiksnių sritis. Svarbiausi seminaro uždaviniai:

- įvertinti socialinės nelygybės svarbą užkrečiamųjų ligų naštai;
- nustatyti gerąją infekcinių ligų prevencijos ar valdymo patirtį sprendžiant su nelygybe sveikatos priežiūros srityje susijusias problemas;
- kurti strategijas ir priemones siekiant kovoti su nelygybe sveikatos srityje, atsirandančia dėl socialinių veiksnių.

Ataskaitoje aptartos svarbiausios seminaro ir diskusijų temos penkiose srityse:

- užkrečiamąsias ligas lemiantys socialiniai veiksniai;
- su konkrečiomis ligomis susiję klausimai;
- tikslinės kovos su socialine nelygybe priemonės;
- kovos su socialine nelygybe politika;
- prioritetinės veiklos sričių nustatymas.

Seminaro metu pastebėta, kad užkrečiamųjų ligų atveju socialinis skirtumas yra nemažesnis nei neužkrečiamųjų ligų atveju. Šis skirtumas netgi gali būti didesnis kai kuriose grupėse ir kai kurių infekcijų atveju. Nors paprastai didžiausią poveikį patiria atskirtosios grupės, socialinis veiksnys daro skirtingą įtaką skirtingoms infekcijoms: aukščiausios socialinėms ekonominėms grupėms gali iškilti didesnė tam tikrų infekcijų rizika dėl tam tikrų rizikingų įpročių.

Būtina daugiau žinoti apie užkrečiamųjų ligų našta Europoje, kad galima būtų nustatyti prioritetus vertinimo, mokslinių tyrimų, intervencinių priemonių ir strategijų srityse. Jau yra pradėtas planavimas, pvz., tuberkuliozės srityje.

Seminaro metu rekomenduota papildyti infekcinių ligų epidemiologinę priežiūrą vienu ar dviem socialiniais veiksniais. Tai leistų gauti bazinių žinių, o išsamesnę informaciją būtų galima surinkti vėliau atliekant tyrimus. Į standartinius sveikatos priežiūros tyrimus, galbūt ir į Europos, galima įtraukti infekcinių ligų biologinius rodiklius.

Dar viena išvada, kurios prieita seminaro metu – socialiniai veiksniai nebėra mokslinių tyrimų objektas. Juos reikia vėl pradėti tirti, nes trūksta žinių apie veiksnius, lemiančius infekcijų plitimą skirtinguose regionuose ir skirtingose gyventojų grupėse. Svarbus, bet dažnai pamirštamas kriterijus – sąlygos, kuriomis gyvenama ir dirbama. Infekcinių ligų rizikos veiksniai nėra individualūs, o patogenai gali skirtis skirtingose socialinėse ekonominėse grupėse. Reikėtų kiek įmanoma plačiau naudoti turimus duomenis tiriant infekcinių ligų socialinius veiksnius. Konkrečios sritys, kuriose reikia išsamesnių tyrimų – migrantai, stigmatizacijos mažinimas bei socialiniai ir politiniai procesai, lemiantys nelygybę sveikatos priežiūros srityje.

Susitikimo metu nuskambėjo vienas konkretus prašymas – gerų intervencinių priemonių duomenų bazė. Tokios duomenų bazės tikslas būtų užtikrinti gerą informacijos srautą, ypač iš regionų, kurie jos neskelbia, tačiau patirties turi labai daug.

Švietimas sveikatos srityje aptartas kaip prioritetinė politinės veiklos sritis dviem požiūriais. Švietimas sveikatos srityje turėtų nuolat būti vienas iš svarbiausių politikos kryptį nubrėžiančių pareigūnų darbo prioritetų. Toks švietimas turėtų aprėpti sveikatos priežiūros klausimų socialinius veiksnius, kad būsimosios kartos galėtų daryti poveikį politiniam procesui. Į mokymą reikėtų įtraukti socialinės atskirties poveikį sveikatai, reikėtų mokyti konkrečių igūdžių, kaip apsaugoti nuo rizikos sveikatai, leisti žmonėms patiems mąstyti ir spręsti, kiek jiems įtakos turės rizikos veiksniai. Antra, reikėtų stiprinti mokymą socialinių veiksnių srityje medicinos, slaugos, sociologijos ir kt. mokymo įstaigose. Būsimuosius sveikatos priežiūros darbuotojus reikia įtraukti į diskusijas ir skatinti keisti pagrindinius lemiamus veiksnius. Visuomenės sveikatos srities atstovai turėtų dalyvauti diskusijose dėl socialinės nelygybės ir jos įtakos sveikatai.

Būtina pabrėžti makrosocialinius lemiamus veiksnius ir dirbti ne tik visuomenės sveikatos srityje, bet ir politikos, visuomeninio gyvenimo, inžinerijos ir kitose srityse. Norint paremti šią skatinamąją veiklą, reikia apgalvoti ir aptarti tikslus. Galima pasinaudoti geraisiais visų Europos šalių istorijos pavyzdžiais. ECDC gali suvaidinti svarbų vaidmenį atkreipiant dėmesį į nelygybės svarbą kontroliuojant užkrečiamąsias ligas.

9. Aplinkos pokyčių ir infekcinių ligų seminaras

(susitikimas vyko 2007 m. kovo mėn., ataskaita paskelbta 2008 m. gegužės mėn.)

Susitikimo tikslai

- Apžvelgti su pasaulio klimato ir ekologinės kaitos poveikiu užkrečiamųjų ligų naštai Europoje susijusius duomenis;
- aptarti visuomenės sveikatos kompetencijas, būtinas kovojant su klimato kaita ir infekcinių ligų grėsmėmis;
- nustatyti tirtinas sritis.

Klimato kaita

Tarptvyriausybinių klimato kaitos grupė (angl. IPCC) teigia, kad klimatas keičiasi – tai rodo aukštesnė temperatūra, kylantis jūros lygis, tikėtinos ekstremalios oro sąlygos ateityje. Šie pokyčiai veikia ekosistemą, vandenį, žemės ūkį, socialinę ekonominę plėtrą ir todėl (tiesiogiai ar netiesiogiai) žmonių sveikatą. Klimato kaita ir kiti ekologiniai pokyčiai gali įvairiai veikti infekcinių ligų sklaidą. Visi seminaro dalyviai sutiko, kad „nuolatinis įsipareigojimas“ (angl. *constant composition commitment*) – klimato kaita, už kurią jau prisiėmė atsakomybę – verčia nedelsiant imtis veiksmų.

Ligų grėsmės

Susitikimo dalyviai aptarė klimato kaitos ir kitų aplinkos pokyčių poveikį pernešėjū, graužikų sukeliams, vandeniui, maistui ir oru plintančioms ligoms. Nors duomenų nedaug, prieita šių išvadų:

- Nustatytos kelios pernešėjų ir graužikų platinamos ligos, kurių plitimas gali pasikeisti dėl klimato kaitos (temperatūros, ekstremalių oro sąlygų, sezoniškumo) ir aplinkos veiksnių (žemės naudojimo, ekosistemų, miškų nykimo, hidrologijos, biologinės įvairovės). Tai pasakytina apie arbovirusų sukeltas ligas, pvz., dengė karštligę, Čikungunija, Vakarų Nilo karštines ir galbūt maliariją. Oro sąlygos taip pat veikia graužikų populiacijos tankį ir plitimą.
- Europa turėtų būti pasiruošusi įvežtoms per vandenį plintančioms ligoms, tokioms kaip cholera, lokalizuotiems protrūkiams dėl ekstremalaus kritulių kiekio, ir sveikatos problemoms, susijusioms su atliekų ir nuotekų pertekliumi. Galimi žarnyno užkrečiamųjų ligų dažnumo pokyčiai taip pat buvo įvardinti kaip svarbi problema. Grupės, kurioms kyla didžiausia rizika užsikrėsti – nepasiturintys, pagyvenę asmenys, vaikai, atskirtosios grupės, keliautojai, susidūrę su užsikrėtimo rizika užsienyje, ir asmenys, turintys imuniteto sutrikimų ar jau sergantys kokiomis nors ligomis.
- Apžvelgtos per maistą plintančios užkrečiamosios ligos aptariant besikeičiančius žmonių įpročius ir kontaktus tarp laukinių ir naminių gyvūnų, ypač sausros sąlygomis.
- Astmos ir lėtinių obstrukcinių plaučių ligų paūmėjimas minėtas kaip vienas svarbiausių klimato kaitos poveikio kvėpavimo takų sistemai aspektų. Svarstyta, kad dėl didelio šių ligų paplitimo jos yra geras rodiklis stebint klimato kaitos poveikį.

Visuomenės sveikatos kompetencijos

Dalyviai sutarė, kad tarp būtinų įgūdžių yra svarbiausios visuomenės sveikatos kompetencijos ir vertybės, kurios yra (arba turėtų būti) vertinamos visose šalyse. Kitos išvados:

- Stiprinant pajėgumus kovai su naujomis dėl klimato kaitos kylančiomis infekcinių ligų grėsmėmis, galima plačiau stiprinti visuomenės sveikatą. Ypač svarbi būtinybė koordinuoti darbą tarp sektorių ir žinybų.
- Įvertintos keturios visuomenės sveikatos kompetencijų sritys – epidemiologinė priežiūra, moksliniai tyrimai, užtikrinimas ir strategija. Priežiūros strategijų kai kurioms klimato kaitos problemoms pažaboti jau yra, tačiau infekcinių ligų srityje yra spragų.
- Pirmas būtinas žingsnis - atlikti rizikos vertinimą, kuris padėtų nustatyti rizikos veiksnius ir pažeidžiamas grupes. Tai padėtų sukaupti duomenų, reikalingų rengiant visuomenės sveikatos ir (arba) klinikinės praktikos gaires ir rekomendacijas kuriant strategijas.
- Entomologinių žinių spragos yra didelė kliūtis. Šią problemą leistų išspręsti plačiau prieinamas mokymas entomologijos srityje.
- Trūksta išsamios stebėsenos sistemos, tačiau seminare dalyvavusių specialistų grupė padarė išvadą, kad nereikia kurti visą Europą aprėpiančios sistemos, nes daugelyje šalių dauguma grėsmingų ligų, yra retos.
- Visi pritarė, kad reikėtų „reaguoti pagal poreikį“. Šio požiūrio esmė – lankstumas. Jis leidžia greitai reaguoti į kylančias problemas. Remiamasi prielaida, kad iki šiol tik nedaugelis infekcinių ligų (kalbant apie jų ryšį su klimato kaita ar kitais aplinkos pokyčiais) sukėlė didelių problemų.
- Reikia informuoti visuomenę (galbūt net specialistus) kai kuriais pagrindiniais klausimais, kad visi geriau suvoktų artėjančius pokyčius.
- Naujoje Žaliojoje knygoje dėl klimato kaitos siūloma unikali galimybė stiprinti ES Komisijos pajėgumus sveikatos formavimo srityje.

Mokslinių tyrimų poreikis, iššūkiai ir kliūtys

Susitikimo metu nustatyta įvairių klausimų, kuriuos reikia iširti, įskaitant poreikį nustatyti rodiklius ir pažeidžiamas grupes. Dalyviai pažymėjo, kad skirtingose valstybėse narėse yra skirtingos galimybės vykdyti su klimato kaita susijusią stebėseną ir tyrimus. Jie pasiūlė, kad visose šalyse galima būtų vykdyti pasirinktinę stebėseną, kas užtikrintų greitą sprendimą renkant duomenis Europos mastu, kol šalyse nepradės pilnai veikti visuomenės sveikatos ir stebėsenos sistemos.

Taip pat svarbu turėti galimybę naudotis ilgalaikiais duomenimis. Sudėtinga apjungti šiuos duomenis su iš antraeilių šaltinių renkamais duomenimis ir daryti išvadas, susijusias su žmonių sveikata. Dar vienas iššūkis tyrimų srityje – susieti ilgalaikius procesus su klimato kaita.

Rekomendacijos dėl veiksmų

Rengiant programas susijusias su klimato kaita ir infekcinėmis ligomis ir paskesnius visuomenės sveikatos sprendimus, reikia:

- remtis turimomis iniciatyvomis ir pajėgumais;
- kurti visiems naudingus santykius bendradarbiaujant tarp sektorių ir žinybų;
- pripažinti, kad skirtingos regiono dalys patirs skirtingą klimato kaitos poveikį;
- pripažinti skirtingas valstybių narių reagavimo galimybes;
- išnagrinėti įvairius galimus epidemiologinės priežiūros principus;
- kovoti su kliūtimis epidemiologinės priežiūros srityje;
- bendradarbiauti ir kurti išsamią bendro rizikos vertinimo strategiją;
- padėti kurti ir įgyvendinti specialistų mokymo programas; ir
- stiprinti komunikacinius pajėgumus.

Priedas. 2008 m. ECDC leidiniai

Į šį sąrašą įtraukti tik 2008 m. oficialūs ECDC leidiniai. Tačiau ECDC darbuotojai išleido ar padėjo parengti daug mokslinių straipsnių ir leidinių, įskaitant „Eurosurveillance“, kurie čia neišvardyti. Visus toliau išvardytus dokumentus galima rasti ECDC tinklalapyje (<http://ecdc.europa.eu>).

Techninė ataskaita

Gegužė

Review of Chlamydia control activities in EU countries

ECDC rekomendacijos

Sausis

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

Rugpjūtis

Priority risk groups for influenza vaccination

Epidemiologinės priežiūros ataskaitos

Gruodis

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Misijos ataskaita

Rugpjūtis

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

Specialiosios ataskaitos

Kovas

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Gegužė

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

Liepa

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Susitikimų ataskaitos

Sausis

Networking for public health (27–28 February 2007)

Vasaris

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

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

Kovas

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

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

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

Gegužė

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

Birželis

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

Spalis

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

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

Gruodis

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

Techniniai dokumentai*Sausis*

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

Organizacijos leidiniai

Ketvirtiniai (kovas, birželis, rugsėjis, gruodis)

ECDC Insight

Executive science update

Birželis

Annual report of the Director 2007

Gruodis

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future