



ECDC **CORPORATE**

2010. gada svarīgāko publikāciju kopsavilkums

ECDC CORPORATE

2010. gada svarīgāko publikāciju kopsavilkums



Ieteicamā norāde: Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs. 2010. gada svarīgāko publikāciju kopsavilkums.
Stokholma, *ECDC*, 2011. gads

Stokholma, 2011. gada aprīlī

© Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, 2011. gads.

Pārpublicēšana ir atļauta vienīgi ar atsauci uz avotu.

Satura rādītājs

Ievads	V
Tehniskie ziņojumi	1
1. Q drudža riska novērtēšana	1
2. B un C hepatīta uzraudzība un profilakse Eiropā	3
<i>ECDC</i> norādījumi	5
3. Sabiedrības veselības aizsardzības vadība sporādiskos invazīvu meningokoku ierosinātu slimību gadījumos un attiecībā uz saskari ar šīs infekcijas slimniekiem	5
4. HIV pārbaudes – to izmantošanas skaita palielināšanās un efektivitāte Eiropas Savienībā	7
Uzraudzības ziņojumi	11
5. Tuberkulozes uzraudzība 2008. gadā	11
6. Gripas uzraudzība Eiropā 2008.–2009. gadā – no 2008. gada 40. nedēļas līdz 2009. gada 39. nedēļai	13
7. Invazīvo bakteriālo slimību uzraudzība Eiropā 2007. gadā	14
8. 2010. gada epidemioloģiskais ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā	16
9. Mikrobu rezistences uzraudzība Eiropā 2009. gadā	21
10. HIV/AIDS uzraudzība Eiropā 2009. gadā	23
Īpašie ziņojumi	25
11. Īstenojot Dublīnas deklarāciju par partnerību HIV/AIDS apkarošanai Eiropā un Centrālāzijā. 2010. gada progresa ziņojums	25
12. 2009. gada A(H1N1) pandēmija Eiropā. Gūtās pieredzes pārskats	28
13. Sasniegtie rezultāti tuberkulozes izskaušanā. Pamatricības plāna cīņai pret tuberkulozi Eiropas Savienībā pārraudzības mehānisms	30
Pielikums: <i>ECDC</i> 2010. gada publikācijas	31
Tehniskie ziņojumi	31
<i>ECDC</i> norādījumi	31
Uzraudzības ziņojumi	31
Īpašie ziņojumi	32
Apspriežu ziņojumi	32
Misijas ziņojumi	32
Tehniskie dokumenti	32
Korporatīvās publikācijas	33
Regulārās publikācijas	33

Ievads

2010. gadā Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (ECDC) kopumā publicēja 35 zinātniskus dokumentus. Būtiskākie to aspekti ir:

- *Epidemioloģiskais gada ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā 2010. gadā*, ECDC ikgadējās publikācijas ceturtais izdevums, kurā ir iekļauts visaptverošs kopsavilkums par uzraudzības datiem 2008. gadā;
- *Tuberkulozes uzraudzība Eiropā 2008. gadā* un *HIV/AIDS uzraudzība 2009. gadā*, abi sagatavoti kopā ar Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģionālo biroju, iekļaujot informāciju par situāciju Eiropas Savienības (ES) un Eiropas Ekonomikas zonas (EEZ) valstīs, kā arī pārējās 23 PVO Eiropas reģiona valstīs;
- *Īstenojot Dublinas deklarāciju par partnerību HIV/AIDS apkarošanai Eiropā un Centrālajā Āzijā. 2010. gada progresa ziņojums*, pārskats par sasniegto līdz 2010. gadam, pamatojoties uz datiem no 49 valstīm.
- *Mikrobu rezistences uzraudzība Eiropā 2009. gadā*. Eiropas Mikrobu rezistences uzraudzības tīkla (*EARS-Net*) gada ziņojums, pirmais *EARS-Net* ziņojums pēc Eiropas Mikrobu rezistences uzraudzības sistēmas (*EARSS*) pārejas ECDC pārraudzībā 2010. gada 1. janvārī, sabiedrības veselības mērķiem sniedz Eiropas atsaucē datus par mikrobu rezistenci.
- *2009. gada A(H1N1) pandēmija Eiropā. Gūtās pieredzes pārskats*, plašs pārskats par 2009. gada pandēmiju ES un EEZ valstīs.

Ir apkopoti atlasīto ECDC dokumentu, piemēram, iepriekš minētie pārskati, lai nodrošinātu to pieejamību politiķiem visās ES valodās, kā arī īslandiešu un norvēģu valodā. Tie atspoguļo sākotnējo publikāciju idejas, tomēr pārskatu sagatavošanas procesā, iespējams, ir zudušas atsevišķas būtiskas nianšes. Lasītājiem, kuri vēlas gūt precīzāku priekšstatu, iesakām aplūkot pilnu dokumentu tekstu, kas pieejams tiešsaistē: www.ecdc.europa.eu.

Visu ECDC 2010. gada publikāciju saraksts ir atrodams pielikumā. Tie visi ir pieejami iepriekš minētajā saitē elektroniskā formātā ar to satūra īsu aprakstu. Atlasītie pārskati ir pieejami arī drukātā formātā. Lai kādu no tiem iegūtu papīra formātā, lūdzu, rakstiet uz e-pasta adresi publications@ecdc.europa.eu.

Tehniskie ziņojumi

1. Q drudža riska novērtēšana

(Publicēts 2010. gada maijā)

Tika veikta **riska novērtēšana**, pamatojoties uz Eiropas Komisijas lūgumu novērtēt jautājumus par Q drudzi un tā nodošanu ar asinīm, attiecībā uz hroniska Q drudža ietekmi uz veselību un risku attiecībā uz grūtniecēm. Atsaucoties uz notiekošo uzliesmojumu Nīderlandē, ECDC tika lūgts izskatīt jautājumu par slimības pārrobežu izplatīšanos un labāku uzraudzības sistēmu vajadzību. Riska novērtēšana tika veikta saskaņā ar metodoloģiju, kuras pamatā ir pierādījumi, katram jautājumam definējot meklējamās vārdus, identificēto pētījumu iekļaušanas un neiekļaušanas kritērijus, kā arī kritērijus pierādījumu novērtēšanai. Ekspertu grupai, kuru veidoja pārstāvji no Nīderlandes, Francijas, Vācijas, Apvienotās Karalistes un Amerikas Savienotajām Valstīm, tika prezentēts un ar to kopīgi apspriests vislabāko pieejamo pierādījumu pārskats. Darbs tika sākts vienlaicīgi, un to koordinēja, pamatojoties uz Eiropas Pārtikas nekaitīguma iestādes veikto Q drudža riska novērtējumu.

Akūts Q drudzis parasti ir vieglas formas, pašierobežojoša gripveida saslimšana, bet dažreiz tā konstatējama ar pneimonijas, hepatīta vai citiem simptomiem. To parasti var veiksmīgi izārstēt, pielietojot divu nedēļu terapiju ar doksicilīnu.

Coxiella burnetii vienmēr ir intracelulāra baktērija, ko var nodot ar **asinīm vai audiem**. Šādas nodošanas risks ir neliels, un literatūrā dokumentēts ir tikai viens šāds gadījums. Uzliesmojuma laikā ir jānosaka epidēmijas zonas un jāapsver drošības pasākumi, piemēram, aktīva asins un audu saņēmēju uzraudzība, asins donoru, asins un audu produktu skrīnings. Attiecībā uz ceļotājiem, kas atgriežas no noteiktās zonas uz inkubācijas un asimptomātiskas bakteriēmijas laiku (no piecām līdz septiņām nedēļām) līdz šā perioda beigām jāapsver atturēšanās no asins ziedošanas. Asins saņēmējiem ar īpaši lielu risku, tādiem kā pacientiem ar sirds vārstuļa bojājumiem, būtu jāapsver antibiotiku kurss. Donoriem, kuriem bijusi akūta saslimšana ar Q drudža infekciju, būtu jāatturas ziedot asinis divus gadus pēc dienas, kad apstiprināta izārstēšanās no šīs akūtās infekcijas. Ieguvumi no šādu pasākumu īstenošanas ir ļoti rūpīgi jāapsver salīdzinājumā ar negatīvo ietekmi, ko tie varētu radīt asins piegādē attiecīgajā zonā. Būtu jāizstrādā stratēģija riska paziņošanai.

Hronisks Q drudzis ir nopietna akūta Q drudža komplikācija, kas attīstās apmēram 2 % akūti simptomātisku saslimšanu gadījumos, un tā mirstības rādītājs ir robežās no 5 % līdz 50 %. Hronisks Q drudzis rada endokardīta risku tādām riska grupām kā cilvēki ar agrāku sirds vārstuļa saslimšanu, vārstuļa protēzi vai vaskulāru transplantātu. Arī vēža slimniekiem vai slimniekiem ar pazeminātu imunitāti šis risks ir augstāks. Hronisks Q drudzis ir jāārstē vismaz vienu gadu, dažos gadījumos visu mūžu ar vairāk nekā vienu antibiotiku. Var būt nepieciešama bojāto sirds vārstuļu ķirurģiska aizvietošana.

Akūta Q drudža efektīva noteikšana un ārstēšana ir vislabākā stratēģija, lai izvairītos no hroniskas saslimšanas gadījumiem. Turpmāk aprakstītas trīs iespējamās stratēģijas: 1) vairot izpratni veselības aprūpes personāla vidū un sabiedrībā, lai varētu vērsties pie riska grupām; 2) aktivizēt riska grupu pārraudzību, izmantojot seroloģiju, lai agrākā posmā noteiktu un ārstētu akūtu Q drudža infekciju; vai 3) visus akūta Q drudža slimniekus nosūtīt veikt ehokardiogrāfiju, lai aktivizētu saslimšanu atklāšanu un pārraudzību.

Ir vajadzība sākt labus turpmākus kohortu pētījumus un kontrolētu izpēti (kur tas ētiski iespējams), lai iegūtu plašākus pierādījumus, kā novērst un kavēt Q drudža uzliesmojumus sabiedrības veselības jomā un kā diagnosticēt un ārstēt akūtas un hroniskas saslimšanas klīniskā līmenī.

Pierādījumi attiecībā uz **Q drudzi grūtniecības laikā** ir ļoti ierobežoti, tie pamatā gūti no novērojumiem un, pētot mājas un izmēģinājumu dzīvniekus, seroprevalences pētījumiem, ziņojumiem par saslimšanas gadījumiem un viena gadījuma ziņojumu turpinājumiem, t. sk. par 53 grūtniecēm 15 gadu periodā. Pamatojoties uz patlaban pieejamajiem pierādījumiem, nav iespējams salīdzināt smagu Q drudža radītas sekas risku grūtniecei ar risku, ko tas rada vispārējai sabiedrībai (sievietēm). Ir ziņots par vairākiem *Coxiella burnetii* izraisītas infekcijas gadījumiem, kas radījušas negatīvas sekas grūtniecībai. Dažos gadījumos *Coxiella burnetii* baktērijas tika atrastas placentā un embrija audos. *Coxiella* ir arī konstatēta mātes pienā, bet nav apstiprinājies neviens gadījums, kad šī baktērija ir nodota bērnam, mātei barojot ar krūti.

Pastāv noteiktas norādes, ka ilgstošai antibiotiku terapijai ar kotrimoksazolu ir iespējas novērst nopietnas sekas attiecībā uz grūtniecību, bet šā pierādījuma pamatā ir vairāki saslimšanas gadījumi bez izlases (randomizācijas) un potenciālo noviržu kontroles. Tā kā nav pieejami turpmāki pierādījumi no augstas kvalitātes ārstniecības pētījumiem, grūtnieces ar diagnosticētu Q drudža infekciju ir jāārstē ar antibiotikām visu atlikušo grūtniecības laiku. Tomēr šā ieteikuma zinātniskais pamatojums ir vājš, un ECDC stingri ieteiktu veikt izlases kontroles izpēti, lai iegūtu ticamākus pierādījumus.

Grūtniecēm būtu jāiesaka neapmeklēt lauku saimniecības infekcijas skartajās zonās. ECDC neiesaka atteikties no barošanas ar krūti, izņemot hroniskas saslimšanas gadījumos, kuros nepieciešama mātes ilgstoša ārstēšana.

Formālina aktivēta veselu šūnu **vakcīna pret Q drudzi** tiek ražota un ir licencēta Austrālijā. Šī vakcīna ir efektīva, bet ir vajadzīga iepriekšēja vakcinēšanās izteiktās atgriezeniskās ģenētiskās reakcijas dēļ attiecībā uz personām, kas agrāk inficējušās ar *Coxiella burnetii*, kas šo vakcīnu padara vairāk piemērotu noteiktām riska grupām, nevis vispārējai vakcinācijai.

Pieejamie pierādījumi liecina, ka *Coxiella burnetii* efektīvas **izplatīšanās pa gaisu** radiuss ir mazāks par 5 km. Tādējādi risks baktērijām izplatīties pa gaisu attiecas tikai uz kaimiņvalstīm (t. i., Vāciju, Beļģiju) un zonām, kas atrodas uzliesmojumu avotu tuvumā. Tiek ziņots, ka iespējama ir aktīva uzraudzība vai akūtu Q drudža saslimšanas gadījumu atklāšana ir attiecībā uz iespējamām riska grupām (t. i., grūtniecēm, slimniekiem ar sirds vārstuļu saslimšanu vai asinsvadu slimībām) vietējā līmenī vai uz noteiktu laiku, tāpat arī iespējama efektīva akūtu infekcijas gadījumu atklāšanas metode. Būtu jāveic izpratnes vairošanas kampaņas epidēmijas skarto zonu kaimiņos esošajās teritorijās (t. i., 5 km no avota). Ja šī zona ietekmē arī citas dalībvalstis, tad atbildīgajām sabiedrības veselības iestādēm jāinformē savas pārrobežu partneriestādes. Informācijas apmaiņa starp sabiedrības veselības un veterinārajām iestādēm veicinātu agrīnu uzliesmojuma atklāšanu. Turklāt sabiedrības veselības un veterinārās iestādes valsts un vietējā līmenī veiks nepieciešamos pasākumus uzliesmojuma apturēšanai.

2. B un C hepatīta uzraudzība un profilakse Eiropā

(Publicēts 2010. gada oktobrī)

Pārskata joma

Šis pārskats tika izstrādāts, lai apsektu esošās valstu uzraudzības sistēmas un B un C hepatīta profilakses programmas ES/EEZ.

B hepatīts

Uzraudzība Eiropā

Visas valstis norādīja, ka tās uztur pasīvu obligāto paziņošanas sistēmu par B hepatītu. 15 valstīs bija tikai viena īpaša uzraudzības sistēma, savukārt četrām valstīm bija vairākas uzraudzības sistēmas. Valstu uzraudzības mērķi ir ļoti līdzīgi dažādās valstīs, bet slimības gadījuma definīcijas ne vienmēr atbilda noteiktajiem mērķiem; astoņas valstis norādīja, ka tās ievieš ES - 2008. gada slimības gadījuma definīciju, bet trīs izmantoja ES - 2002. gada slimības gadījuma definīciju. Kopumā 21 valsts izmantoja gadījuma definīciju, kas bija ļoti līdzīga ES definīcijai. Pamatojoties uz dažādajām definīcijām, 28 valstis ziņoja par apstiprinātiem gadījumiem un 27 valstīs tika ietverti akūta B hepatīta gadījumi. 17 valstu ziņojumos ir ietverti hroniski gadījumi; bieži netiek ietverti asimptomātiski gadījumi. Divdesmit septiņas valstis ziņoja, ka valsts līmenī vāc uz gadījumiem balstītus datus, bet to analīzes biežums valstīm ir atšķirīgs. Pamatdatu kopums (vecums, dzimums, dzīves vieta, slimības sākšanās diena, paziņošanas diena) tiek vākts 26 valstīs, bet bieži trūkst sīkāku datu par epidemioloģisko risku un slimības ietekmi.

Epidemioloģija Eiropā

Jaunu gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotāju 2007. gadā, kā ziņoja 27 valstis, bija robežās no 0 līdz 15,0 ar vidējo rādītāju 1,5 (*Epidemioloģiskais gada ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā 2009. gadā*, Stokholma, ECDC, 2009.). Ziņoto B vīrushepatīta (HBV) gadījumu skaits ES/EEZ valstīs uz 100 000 iedzīvotāju laika posmā no 1995. līdz 2007. gadam ir samazinājies no 6,7 līdz 1,5. Liekas, ka tendenču noskaidrošana un salīdzinājumu izdarīšana valstu starpā nebūs viegls uzdevums, jo to uzraudzības sistēmas ir ievērojami atšķirīgas, kā arī nesenās pārmaiņas jau var būt atstājušas ietekmi uz šiem datiem.

Valstu starpā HBV izplatība vispārējā sabiedrībā ir stipri atšķirīga, sākot no zemiem līdz vidējiem HBsAg pārnēsāšanas rādītājiem Slovēnijā (1,6 %), Itālijā (1 %), Beļģijā un Francijā (ap 0,6 %), Apvienotajā Karalistē, Somijā, un Ungārijā (visās nepārsniedz 0,5 %) un Bulgārijā (3,8 %). Grūtnieču HBV skrīnings notiek 24 valstīs, bet ne Beļģijā, Bulgārijā, Lietuvā, Luksemburgā un Rumānijā. Izplatība grūtnieču vidū ir robežās no 1,15 % Grieķijā un 0,14 % Somijā. Pastāv arī skrīninga programmas intravenozo narkotiku lietotājiem (IDU) (15 no 29 valstīm), ieslodzītajiem (11 valstīs), seksuāli transmisīvo infekciju (STI) slimniekiem klīnikās (deviņās valstīs) un personām ar daudziem dzimumpartneriem (divās valstīs). HBV izplatība IDU grupā astoņās valstīs bija lielāka nekā vispārējā sabiedrībā. Izplatība IDU grupā ir ļoti dažāda, sākot no 0,5 % Norvēģijā līdz 50 % Dānijā. Izplatība veselības aprūpes darbinieku vidū Dānijā un Vācijā tika uzrādīta līdzīga ar izplatību vispārējā sabiedrībā.

Skrīnings un vakcinēšana

22 valstīs bija ieviestas vispārējas vakcinēšanas programmas zīdaiņiem, bērniem vai pusaudžiem. Septiņas valstis (Apvienotā Karaliste, Dānija, Īslande, Nīderlande, Norvēģija, Somija un Zviedrija) bija ievieš selektīvas vakcinēšanas programmas atsevišķām riska mērķgrupām. Papildu profilakses programmas dažādām riska grupām parasti ir paredzētas tai sabiedrības daļai, kurai savas profesijas dēļ ir palielināts risks inficēties ar HIV. Turklāt riska grupu vakcinēšanas programmas ir ļoti dažādas. Tikai pusei no valstīm, kurās ir vispārēja vakcinēšanas programma, uzrādīja neviendabīgus veikto vakcināciju daudzuma rādītājus, bet veikto vakcināciju skaits zīdaiņiem (vienu vai divus gadus veciem), šķiet, pārsniedz 95 % (izņemot Austriju, Maltu un Franciju).

C hepatīts

Uzraudzība Eiropā

Visas ES/EEZ valstis norādīja, ka tās ievieš ziņošanas sistēmu par C hepatītu (vai valsts mēroga, vai attiecināmu uz kādu īpašu iedzīvotāju daļu). 14 valstīs bija viena īpaša uzraudzības sistēma, bet 15 valstīs norādīja, ka C hepatīta uzraudzīšanai tās izmanto vairākas sistēmas. Valstu uzraudzības mērķi ir ļoti līdzīgi dažādās valstīs, bet šķiet, ka slimības gadījuma definīcijas ne vienmēr atbilst noteiktajiem mērķiem. Vienpadsmit valstīs norādīja, ka tās ievieš ES - 2008. gada slimības gadījuma definīciju, bet četras izmanto ES - 2002. gada slimības gadījuma definīciju. Neskatoties uz to, dalībvalstīs ir liela dažādība gadījuma definīciju ieviešanā, īpaši attiecībā uz gadījumu klasifikāciju. Visas valstis iekļāvušas apstiprinātus akūtus gadījumus savās uzraudzības sistēmās¹, bet 18 valstīs iekļāva arī hroniskus gadījumus. Dažas valstis norādījušas, ka tās apkopojušas jauktus gadījumus, jo nav bijuši

¹ Francijā akūtus C hepatīta gadījumus apsekoja tikai 2006. un 2007. gadā, un apsekojums attiecās uz noteiktu iedzīvotāju grupu, piemēram, HIV inficētiem cilvēkiem un vīriešiem, kam ir dzimumattiecības ar savu dzimumu.

pieejami seroloģiskie marķieri, lai nodalītu akūto C hepatītu no hroniskā. Tas kavē no valstīm pieejamo datu interpretāciju. Divdesmit sešas valstis ziņoja, ka valsts līmenī vāc uz gadījumiem balstītus datus, bet to analīzes biežums valstīm ir atšķirīgs. Papildus klīnisko datu ziņošanai 19 valstis vāc datus no laboratorijām kā savu uzraudzības sistēmu daļas; 10 valstis neiekļauj laboratorijas ziņojumus. Pamatdatu kopums (vecums, dzimums, dzīves vieta, slimības sākšanās diena, paziņošanas diena) tiek vākts 26 valstīs, bet bieži trūkst sīkākas informācijas par epidemioloģisko risku un slimības ietekmi. Nepilnīga ziņošana šķiet kopēja iezīme slimības asimptomātiskā rakstura dēļ.

Epidemioloģija Eiropā

Jaunu gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotāju 2007. gadā, kā ziņoja 27 valstis, bija robežās no 0 līdz 36 ar vidējo rādītāju 6,9 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju (*AER, ECDC 2009.*). Ziņoto C virushepatīta (*HCV*) gadījumu skaits ES/EEZ valstīs uz 100 000 iedzīvotāju laika posmā no 1995. līdz 2007. gadam ir palielinājies no 4,5 līdz 6,9. Tendenci noskaidrošana un salīdzinājumu izdarīšana valstu starpā ir jāveic ļoti piesardzīgi, jo valstu uzraudzības sistēmas ir ievērojami atšķirīgas, kā arī nesenās pārmaiņas jau var būt atstājušas ietekmi uz šiem datiem. *HCV* datu turpmāku interpretāciju kavē šīs infekcijas asimptomātiskais raksturs, jo ziņotie skaitļi vairāk var atspoguļot testēšanas praksi nevis patieso saslimšanas gadījumu skaitu, kā arī tas, ka nav nodalīta akūtā saslimšana no hroniskās.

Valstu starpā *HCV* izplatība vispārējā sabiedrībā nav īpaši ievērojama; izplatības rādītāji ir robežās no 2,6 % Itālijā 2007. gadā līdz 0,12 % Beļģijā 2003. gadā. Samērā augstu izplatību uzrādīja Bulgārija (1,2 %) un Slovākija (1,56 %). Vienpadsmit valstis ziņoja, ka izplatība IDU grupā ir robežās no 25 % līdz 75 %. 2006.–2007. gadā Itālija uzrādīja viszemāko izplatību (10,8 %–25,6 %), bet Norvēģija augstāko (70 %). *HCV* izplatības datu pamatā ir ņemti seroloģiskie C hepatīta marķieri, bet tie nenorāda, kura iedzīvotāju daļa ir vīrusa nēsātāji, tādēļ šajā ziņā tie nav efektīvi.

Profilakse Eiropā

Puse no valstīm norādīja, ka tās ievieš skrīninga programmas riska grupām: 16 valstīm bija programmas attiecībā uz intravenozo narkotiku lietotājiem (*IDU*), 11 valstīm – ieslodzītajiem. Nav skaidrs, vai daudzas valstis ievieš skrīninga programmas, lai uzraudzītu infekcijas rādītājus veselības aizsardzības darbinieku vidū. Šķiet, ka vajadzīgs vairāk skrīninga programmu riska grupām, grūti pieejamām iedzīvotāju grupām, kā arī vispārējai sabiedrībai, bet pirms jebkura pasākuma īstenošanas ir jāveic padziļināta izpēte, pamatojoties uz izmaksu lietderības analīzi un efektīvas ārstniecības pieejamību.

Secinājumi

Šajā ziņojumā apkopoti un analizēti dati par B un C hepatīta uzraudzību un profilakses programmām no 29 ES/EEZ valstīm. Lai arī visās valstīs darbojas sistēmas, kurās tiek vākti dati valsts līmenī, šīs sistēmas ir atšķirīgas gan attiecībā uz gadījuma definīciju piemērošanu, gan savākto datu izmantošanu.

Tā kā virushepatīts ir bieži sastopama un nepilnīgi ziņota slimība, šajā ziņojumā iespēju robežās tiek apkopota jaunākā pieejamā informācija par tā izplatību ES līmenī. Pieejamo uzraudzības datu saskaņošana, lai tiktu uzlabota datu salīdzināmība starp valstīm, būs viens no galvenajiem uzdevumiem nākamo dažu gadu laikā.

ECDC norādījumi

3. Sabiedrības veselības aizsardzības vadība sporādiskos invazīvu meningokoku ierosinātu slimību gadījumos un attiecībā uz saskari ar šīs infekcijas slimniekiem

(Publicēts 2010. gada oktobrī)

Neisseria meningitidis ir simbionta veida baktērija, kas bieži atrodama cilvēka rīkles gļotādā. Šis mikroorganisms var izraisīt smagas invazīvas meningokoku ierosinātas slimības (*IMD*), kas visbiežāk izpaužas kā meningīts, septicēmija vai abas. Diemžēl sabiedrības veselības aizsardzības pasākumu vadība attiecībā uz sporādisko *IMD* Eiropā ir ļoti atšķirīga, un to daļēji var izskaidrot ar neskaidrībām attiecībā uz preventīvo pasākumu efektivitāti.

Šā dokumenta mērķis ir sniegt ar pierādījumiem pamatotas norādes labai praksei sabiedrības veselības aizsardzības vadības pasākumiem sporādiskos meningokoku ierosinātas slimības gadījumos un attiecībā uz saskari ar šīs infekcijas slimniekiem. Tam ir papildu mērķis palīdzēt valstīm visā Eiropā pieņemt lēmumus attiecībā uz atbilstīgiem pasākumiem, lai kontrolētu un novērstu meningokoku ierosinātu slimību izplatību visās valstīs un vietējā līmenī. Šim norādes dokumentam būtu jāpalīdz Eiropas valstīm pārskatīt savu sabiedrības veselības aizsardzības vadības politiku un meningokoku ierosinātu slimību mikrobioloģiskās diagnostikas politiku. Lai arī šeit uzskaitītajos rezultātos nav iekļautas norādes attiecībā uz inficēšanās riskam pakļautajiem veselības aprūpes darbiniekiem, ne arī uz slimības uzliesmojumiem sabiedrībā, tajos tiks apskatītas šādas attiecīgas jomas:

- Laboratorijas testi, kas apstiprina *IMD* diagnozi.
- Antibiotiku lietošana pēc izrakstīšanas no slimnīcas.
- Hemoprofilakse ciešas saskares personām, ņemot vērā dažādos apstākļus.
- Antibiotiku izvēle hemoprofilaksei dažādām grupām (pieaugušiem, bērniem, grūtniecēm).
- Meningokoku vakcīnas izmantošana papildus hemoprofilaksei.

Papildus zinātnisko pierādījumu kvalitātei secinājumos ir ņemti vērā iespējamie ieguvumi un kaitējumi, vērtības, apgrūtinājumi un izmaksas.

Rezultāti

Secinājumu pamatā ir jaunāko un labāko patlaban pieejamo pierādījumu sistemātiska pārskatīšana un kritiska novērtēšana. Plašāku pārskatu iegūsi, skatot pašu dokumentu.

1. Kādi laboratorijas testi (jutības, īpašie) ir ieteicami precīzai un ātrai *IMD* diagnozei?

Pētniecības jautājums: Kādi ir pašas augstākās jutības un īpašie laboratorijas testi, ar kuriem apstiprināt *IMD* diagnozi?

- Pamatojoties uz vidējas kvalitātes pierādījumiem, priekšroka dodama polimerāzes ķēdes reakcijas (*PCR*) un testam, kurā izmanto barotni. Ja loģistiskas un ekonomiskajā ziņā iespējams, mikrobioloģiskajās laboratorijās, kas uzņēmušās veikt meningokoku ierosinātas slimības diagnostiku, būtu jābūt pieejamai *PCR* testēšanai. Gadījumos, kad jau sākta ārstniecība ar antibiotikām, ādas biopsijas/aspirāta kā papildu parauga asinīm/cerebrospinalā šķidrums (*SCF*) *PCR* testēšana, pamatojoties uz zemas kvalitātes pierādījumiem, var palielināt diagnozes jutīgumu cilvēkiem ar ādas bojājumiem.

2. Vai *IMD* gadījumā, izrakstot no slimnīcas, tiks dotas antibiotikas papildus tām, kas lietotas ārstēšanā slimnīcā?

Pētniecības jautājums: Vai antibiotiku nozīmēšana ir efektīva, lai *IMD* gadījumā izskaustu slimības turpmāku izplatību un sekundārus saslimšanas gadījumus pēc slimnieka izrakstīšanās no slimnīcas, salīdzinājumā ar variantu, kurā netiek nozīmētas nekādas antibiotikas pēc izrakstīšanās no slimnīcas?

- Pierādījumu kvalitāte attiecībā uz to, vai *IMD* gadījumā nozīmēt vai nenozīmēt antibiotikas, slimniekam izrakstoties no slimnīcas, ir ļoti zema. Tomēr, ņemot vērā viduvējo pierādījumu kvalitāti attiecībā uz hemoprofilaksi, nozīmēto slimniekam tuvām personām, kā arī ņemot vērā salīdzinoši zemas pasākumu izmaksas, lai izskaustu slimības tālāku izplatību, vajadzētu piedāvāt attiecīgās antibiotikas, ja vien tās jau nav izmantotas ārstniecībā.

3. Vai hemoprofilakse tiks nozīmēta cilvēkiem, kas ar *IMD* slimnieku dzīvo vienā mājsaimniecībā vai līdzīgā saskares līmenī?

Pētniecības jautājums: Kāda ir hemoprofilakses efektivitāte attiecībā uz cilvēkiem, kam ar *IMD* slimnieku bijusi saskare vienā mājsaimniecībā, lai šo personu starpā novērstu turpmākus saslimšanas gadījumus?

- Pamatojoties uz vidējas kvalitātes pierādījumiem, kas iegūti zāļu lietošanas novērojumos, cilvēkiem, kam ar *IMD* slimnieku bijusi saskare vienā mājsaimniecībā, būtu jāpiedāvā hemoprofilakse, nozīmējot antibiotikas lietošanas kursu, kas izskaustu turpmāku slimības izplatību.

4. Vai hemoprofilakse tiks nozīmēta bērniem vai skolēniem un studentiem, kas ar *IMD* slimnieku apmeklē vienu pirmskolas iestādi, skolu vai koledžu?

Pētniecības jautājums: Kāda ir hemoprofilakses efektivitāte, ja tā turpmāku saslimšanas gadījumu novēršanai nozīmēta personām, kas ar *IMD* slimnieku saskārusās pirmskolas iestādē, skolā vai koledžā?

- Pamatojoties uz zemas kvalitātes pierādījumiem un ņemot vērā riska novērtējumu, personām, kas apmeklē to pašu pirmskolas iestādi, ko *IMD* slimnieks, ir jāpiedāvā hemoprofilakse. Tās pašas skolas/koledžas apmeklēšanai ar *IMD* slimnieku nevajadzētu kļūt par pamatu hemoprofilakses parakstīšanai.

5. Vai hemoprofilakse tiks nozīmēta cilvēkiem, kas ar *IMD* slimnieku kopīgi lietojuši dzērienus?

Pētniecības jautājums: Kāda ir hemoprofilakses efektivitāte, ja tā nozīmēta cilvēkiem, kas ar *IMD* slimnieku kopīgi lietojuši dzērienus (vai kuriem bijusi līdzīga saskare, piemēram, smēķējuši vienu cigareti vai ēšanas laikā lietojuši tos pašus galda piederumus), lai novērstu turpmākus saslimšanas gadījumus šo cilvēku starpā?

- Pamatojoties uz zemas kvalitātes pierādījumiem, kopīgu dzērienu, cigarešu lietošanai vai līdzvērtīgai saskarei nevajadzētu kļūt par iemeslu hemoprofilakses nozīmēšanai.

6. Vai hemoprofilakse tiks nozīmēta cilvēkiem, kas ar *IMD* slimnieku izmantojuši to pašu transportlīdzekli (piemēram, lidaparātu, kuģi, autobusu, automašīnu)?

Pētniecības jautājums: Kāda ir hemoprofilakses efektivitāte attiecībā uz cilvēkiem, kas ar *IMD* slimnieku izmantojuši to pašu transportlīdzekli, lai šo personu starpā novērstu turpmākus saslimšanas gadījumus?

- Patlaban pieejami tikai ļoti zemas kvalitātes pierādījumi. Pamatojoties uz šiem pierādījumiem, nav iespējams kvantitatīvā veidā noteikt slimības izplatības risku dažādos transportlīdzekļos. Šajā vidē nav apstiprinājies neviens sekundārs gadījums. Tādējādi viena un tā paša transportlīdzekļa kopējai lietošanai ar *IMD* slimnieku nevajadzētu kļūt par pamatu hemoprofilakses nozīmēšanai.

7. Kāds antibiotiku lietošanas režīms būtu ieteicams hemoprofilaksei pieaugušiem, bērniem un grūtniecēm?

Pētniecības jautājums: Kāds antibiotiku lietošanas režīms būtu ieteicams slimības izplatības izskaušanai pieaugušiem, bērniem un grūtniecēm?

- Pamatojoties uz augstas kvalitātes pierādījumiem, pieaugušiem un bērniem profilakses nolūkā var nozīmēt rifampicīnu, ciprofloksacīnu, azitromicīnu un cefiksīmu. Neviens no šiem zāļu lietošanas kursiem nešķiet pārāks, bet ciprofloksacīnu, azitromicīnu un cefiksīmu var dot kā vienreizēju devu. Pēc rifampicīna lietošanas ir konstatēta rezistences izstrādāšanās.

8. Vai vajadzības gadījumā meningokoku vakcīna tiks piedāvāta arī tiem cilvēkiem, kas nonākuši saskarē ar *IMD* slimnieku un saņem hemoprofilaksi?

Pētniecības jautājums: Kāda ir vakcinēšanās efektivitāte papildus hemoprofilaksei personām, kas ar *IMD* slimnieku dzīvo vienā mājsaimniecībā, lai novērstu šo personu iespējamus saslimšanas gadījumus?

- Patlaban pieejamo pierādījumu kvalitāte ir ļoti zema, un sekojošu secinājumu pamatā ir netieši pierādījumi. Ja meningokoku ierosinātu slimību izraisījis baktēriju celms, ko var novērst ar pieejamu licencētu vakcīnu, vakcinēšanās papildus hemoprofilaksei tiks piedāvāta personām, kas ar *IMD* slimnieku dzīvo vienā mājsaimniecībā, ja vien netiks uzskatīts, ka tās jau ir ieguvušas imunitāti.

4. HIV pārbaudes – to izmantošanas skaita palielināšanās un efektivitāte Eiropas Savienībā

(Publicēts 2010. gada oktobrī)

Norāžu joma un mērķis

Šis ar pierādījumiem pamatotās norādes ir sagatavotas, lai sniegtu informāciju par nacionālo HIV pārbaudžu stratēģiju vai programmu izstrādi, uzraudzību un novērtēšanu Eiropas Savienības (ES) un Eiropas Ekonomikas zonas (EEZ) valstīs.

Kāpēc ir svarīgi veikt HIV testus?

Eiropā ar HIV inficēto cilvēku skaits turpina palielināties, un daudzās valstīs tiek konstatēta tā novēlotas diagnostikas problēma. Ir iegūti pārliecinoši pierādījumi, ka agrīni uzsākta ārstniecība samazina saslimstību un mirstību, bet daudziem cilvēkiem HIV diagnoze netiek atklāta līdz vēlam infekcijas progresēšanas posmam. Tā kā HIV infekcijai daudzu gadu gaitā neuzrādās nekādi simptomi, pārbaudes ir vienīgais līdzeklis, lai to diagnosticētu pēc iespējas agrākā posmā, kas ļautu agrāk uzsākt ārstniecību un aprūpi. Cilvēki, kuriem HIV diagnoze noteikta agrākā posmā, visticamāk, nenodod vīrusu citiem, jo ārstniecības posmā inficētspēja samazinās, kā arī viņi maina savu uzvedību attiecībā uz dzimumdzīvi un intravenozo narkotiku lietošanu. Pateicoties HIV pārbaudēm un grūtnieču ārstēšanai, māte var efektīvi novērst bērna inficēšanos ar HIV. Tādējādi HIV agrīna diagnostika dod lielus ieguvumus gan pašai inficētajai personai, gan sabiedrībai kopumā, un tā ir būtiska sabiedrības veselības prioritāte.

Galvenie nacionālo HIV pārbaudžu stratēģiju principi

HIV pārbaudēm jābūt brīvprātīgām, konfidencialām un tās jāveic, saņemot apzinātu piekrišanu

Ikvienam cilvēkam ir jābūt pieejamai brīvprātīgai pārbaudes iespējai, un īpaši jā rūpējas, lai šī iespēja tiktu nodrošināta grupām, kas visvairāk pakļautas riskam inficēties ar HIV. Tās ietver cilvēkus, kas ir sociāli atstumti, kuriem būtu jāveicina piekļuve pārbaudēm bez piespiešanas vai konfidencialitātes pārkāpšanas.

Jānodrošina piekļuve HIV ārstniecībai, aprūpei un profilakses pakalpojumiem

Vienīgais lielākais HIV pārbaudžu ieguvums ir piekļuve ārstniecībai. Vispārējas piekļuves nodrošināšanai ārstniecībai un aprūpei, profilakses un atbalsta pakalpojumiem ar skaidru informāciju par pakalpojumu nodrošināšanas atrašanās vietām ir jāklūst par nacionālo HIV pārbaudžu stratēģiju pamatu.

Jādemonstrē politiska apņemšanās

Lai HIV pārbaudžu programma sasniegtu rezultātus, valdībai būs tai jāpiešķir prioritāte. Tai vajadzēs sniegt atbalstu finanšu investīciju veidā, nodrošinot uzraudzību, lai līdzekļi tiktu izmantoti, ņemot vērā izmaksu lietderību.

Jāmazina sociālā stigma

Sociālā stigma attiecībā uz HIV arvien vēl ir šķērslis pārbaudēm, īpaši kopienās, par kurām pašām jau izveidojušies aizspriedumi, kā arī veselības aprūpes darbinieku vidū. Pārbaudžu "normalizēšana", t. i., procesa veidošana, kas līdzinātos citiem skrīningiem vai diagnostikas testiem varētu šo problēmu mazināt, tomēr pārbaudēm arī turpmāk ir jābūt brīvprātīgām.

Jānovērš juridiskie un finansiālie šķēršļi

Pārbaudžu stratēģijām ir jānovērš juridiskie un finansiālie apgrūtinājumi, kas traucē veikt pārbaudes. Šādi šķēršļi varētu būt kriminālvajāšanas politika par inficēšanu ar HIV, kā arī prasība maksāt par ārstniecību gadījumos, kad to nevar atļauties. Izņemot obligātās asins un audu donoru pārbaudes, būtu jāapsver nediskriminējošu tiesību aktu un politikas pieņemšana, lai novērstu jebkuras grupas obligātās pārbaudes jebkuros apstākļos.

Piekļuvei HIV pārbaudēm jāklūst par nacionālās stratēģijas neatņemamu sastāvdaļu

Jebkurā nacionālajā HIV profilakses un ārstniecības stratēģijā, kā galveno elementu ņemot vērā vajadzīgos mērķus, ir jāparedz, ka HIV pārbaudēs ietver arī citas seksuāli transmisīvās slimības (ST), vīrushepatītu, tuberkulozi un citas HIV indikatorslimības. Iespējas paplašināt un veicināt piekļuvei brīvprātīgām un konfidencialām HIV pārbaudēm būtu jāidentificē ar citām saistītām nacionālajām stratēģijām, tādām kā stratēģijām attiecībā uz grūtniecēm, narkotiku lietošanu, prostitūciju vai veselības aprūpi cietumos.

HIV pārbaudžu stratēģija jāizstrādā un jāievieš, piedaloties ieinteresētājām personām

Izmantojiet pieejamo informāciju par HIV un ar to saistītajiem jautājumiem gan valsts, gan vietējā līmenī, lai noskaidrotu, kas ir jāsasniedz un kam piešķirama prioritāte. Šīs idejas formulējiet stratēģiskos mērķus un pakārtotajos mērķos, lai jebkurš, kas šajā procesā ir iesaistīts vai uz kuru tas attiecas, par to gūst pilnīgu izpratni. Stratēģijas izstrādāšana paredz visu nozīmīgāko ieinteresēto personu līdzdalību, lai varētu izveidot koalīciju kopēju mērķu īstenošanai, iesaistot cilvēkus, kuriem ir HIV, visvairāk skarto kopienu pārstāvjus, pilsonisko sabiedrību, profilakses aģentūras, speciālistus, kas specializējušies HIV pārbaudēs, un citus, kuru uzdevums ir īstenot šo stratēģiju.

Jāizstrādā nacionālā HIV pārbaūžu stratēģija

Kas būtu jāpārbauda?

Pārziniet epidemioloģisko situāciju un identificējiet grupas, kas pakļautas vislielākajam riskam. Efektīvas nacionālās HIV pārbaūžu pieejas pamatā būs izpratne par šo epidēmiju vietējā un nacionālajā līmenī. Pārbaūžu programmas būtu jāparedz attiecībā uz personu grupām, kas pakļautas vislielākajam inficēšanās riskam, kā arī šīm grupām ir jāpiešķir prioritāte.

Pārskatiet uzraudzības un citus attiecīgos datus, t. sk., informāciju par nediagnosticētu HIV un vēlu diagnosticēšanu, lai veidotu izpratni par šo epidēmiju un laika tendencēm reģionālajā un valsts līmenī. Dažas grupas ir īpaši pakļautas HIV riskam, t. sk. vīrieši, kam ir dzimumattiecības ar savu dzimumu, intravenozu narkotiku lietotāji; iecelotāji, īpaši no valstīm, kurās ir liela izplatība, dzimumpartneri visām šīm grupām, kā arī HIV pozitīvo māšu bērni. Šādas iedzīvotāju apakšgrupas un/vai viņu apdraudējums bieži vien nav sociāli atklātas un kļūst par aizspriedumu objektiem. Ir jāveic īpaši pētījumi, lai noskaidrotu HIV infekcijas līmeni šajās grupās, veikto HIV pārbaūžu skaitu, kā arī attiecīgās zināšanas, attieksmi un uzvedību, lai informētu par pasākumiem, kuru mērķis ir palielināt veikto HIV pārbaūžu skaitu.

Turklāt būtu jāpārskata arī citu *STI* slimību dati, seksuālā uzvedība un narkotiku lietošanas paradumi vispārējā sabiedrībā, kā arī HIV riska grupas.

Kur būtu jāveic pārbaudes?

Loģistikas jautājumu apsvēšana

Plānojiet, kā tiks īstenota HIV pārbaūžu programma un risiniet loģistikas uzdevumus. Tie varētu ietvert to, kā tiek nodrošināta veselības aprūpes sistēma, vai ir piekļuve bezmaksas veselības aprūpei, kopienas pakalpojumu sagatavotības pakāpe, piekļuve konsultācijām un atbalstam, kā nodrošināt, lai būtu pieejama informācija par HIV ārstniecības kursu un kā tiktu ievērota konfidencialitāte.

Pārbaudēm jābūt pieejamām dažādās vietās

Izmantojiet zināšanas par epidēmiju un riska grupām, lai pieņemtu apzinātus lēmumus, kur piedāvāt HIV pārbaudes. Turklāt apsveriet, kas un kurā vietā līdz šim veic HIV pārbaudes. Tā kā vajadzības ir dažādas un pārbaudēm pastāv noteikti šķēršļi, ir jāpiedāvā plašs dienestu klāsts, lai palielinātu piekļuves iespējas pārbaudēm. Noskaidrojiet, kādas darbības jāveic, lai izveidotu jaunus dienestus vai mainītu esošo veselības aprūpes iestāžu vai kopienas dienestu praksi. Novērtējiet, vai iespējams padarīt vieglākus noteikumus, kuri varētu traucēt veikt pārbaudes kopienā, t. sk. prasību veikt pārbaudi savā tuvākajā veselības aprūpes iestādē vai pie noteiktiem speciālistiem, turklāt neietekmējot pārbaūžu kvalitāti.

Vietas, kur varētu piedāvāt veikt HIV pārbaudes

- Īpašas HIV pārbaudēm paredzētas vietas, kurās tiktu radīta viegla un droša piekļuve atsevišķām HIV pārbaudēm vai kombinācijā ar citiem testiem.
- Vietas, kur būtu piedāvātas vispārējās HIV pārbaudes: dienesti, kas paredzēti riskam pakļautiem cilvēkiem (*STI* slimniekiem un intravenozu narkotiku lietotājiem); pirmsdzemdību aprūpes dienesti; klīniskās diagnostikas un HIV indikatoru jomā specializēti dienesti; un dienesti, kas darbojas ar citām grupām, par kurām zināms, ka tajās ir vai paredzama ievērojama nediagnosticēta HIV izplatība.
- Visas citas veselības aprūpes vietas, kur cilvēki varētu lūgt veikt pārbaudi vai kur speciālisti varētu būt gatavi to piedāvāt vai noteikt, kad tā ir vajadzīga.
- Pārbaūžu vietas kopienā, t. sk. profilakses dienesti, lai sasniegtu augsta pakāpes HIV inficēšanās riska grupas, kurām sociālās atstumtības dēļ ir grūtības vērsties pie tradicionālajiem veselības aprūpes dienestiem. Šādi dienesti ir jāizveido, iesaistot attiecīgās iedzīvotāju mērķgrupas.

Kad būtu jāveic pārbaudes?

Jāsniedz norādes par pārbaūžu biežumu

Biežākas pārbaudes ir ieteicamas personām ar pastāvīgu riskam pakļautu uzvedību. Piemēram, dažās valstīs vīriešiem, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu, tiek ieteikts pārbaudes veikt reizi gadā vai biežāk, atkarībā no seksuālās uzvedības. Saskaņā ar Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (*EMCDDA*) pašreizējām norādēm ieteikums intravenozu narkotiku lietotājiem piedāvāt veikt pārbaudes ne retāk kā reizi sešos līdz divpadsmit mēnešos.

Kā būtu jāveic pārbaudes?

Jāvairo sabiedrības izpratne

Lai HIV pārbaudes sabiedrība vēlētos veikt un tās pieņemtu, tai jāizprot tās sniegtie ieguvumi, īpaši augsta HIV riska grupām. Ir vajadzīga stratēģiska pieeja informēšanai, izmantojot visdažādākos kanālus. Lai vairotu izpratni, var izmantot pamanāmu un augsta līmeņa atbalstu, ko sniedz viedokļa veidotāji, t. sk., politiķi, kopienas vadītāji un sabiedrībā pazīstami cilvēki, kā arī atbalstošu un precīzu atspoguļojumu plašsaziņas līdzekļos.

Jānodrošina konfidencialitāte

Konfidencialitāte veselības aprūpē ir viens no pamatprincipiem, bet, ņemot vērā, ka uz HIV un uzvedību, kādā to var nodot, ir attiecināta stigma, HIV pārbaudēs tai ir nepārvērtējama nozīme. Ir jāievēro attiecīgie profesionālie norādījumi un valsts tiesiskās prasības. Uzticības trūkums var kļūt par šķērslī piekļuvei HIV pārbaudžu dienestiem. Šo šķērslī pārvarēt var palīdzēt skaidra konfidencialitātes politika, publicitāte par vietām, kur veic šīs pārbaudes. HIV pārbaudes vienmēr tiks piedāvātas un apspriestas privāti. Jābūt pieejamai iespējai pārbaudi veikt anonīmi.

Jāvairo profesionālā izpratne un jāmāca darbinieki

Izpratni, uzticamību un kompetenci speciālistiem, kas piedāvā veikt HIV pārbaudes, var vairot ar mācībām. HIV pārbaudes veikt var piedāvāt jebkurš atbilstoši apmācīts un kvalificēts veselības aprūpes darbinieks, un HIV pārbaudžu veikšanas paplašināšanai būs vajadzīgs vairāk darbinieku, kuriem jābūt uzticamiem un kompetentiem, lai piedāvātu šīs pārbaudes. Saņemot atbilstošu apmācību un kvalitātes apstiprinājumu, HIV pārbaudes veikt var piedāvāt arī personas, kas nav veselības aprūpes darbinieki. Darbiniekiem ir jāapzinās ieguvumi no HIV pārbaudēm un jāpārvar šķēršļi, kas traucē to spējām un vēlmei tās piedāvāt. Starp šiem šķēršļiem var minēt uzticības trūkumu, grūtības runāt par dzimumdzīvi vai uzvedību, kas rada aizspriedumus, bailes paziņot pozitīvu rezultātu un diskriminējošo attieksmi pret cilvēkiem, kuriem ir risks inficēties ar HIV vai kuri jau ir inficējušies.

Apspriešanās pirms pārbaudes

Lai palielinātu veikto pārbaudžu skaitu, kā pierādījies, pieņemama un efektīva ir īsa apspriešanās pirms pārbaudes, aptverot visus ieguvumus no šīs pārbaudes un praktisku instrukciju par testu un tā rezultātu saņemšanu. Tās galvenais mērķis ir nodrošināt apzinātu piekrišanu, kuru vajadzētu dokumentēt, bet kam nav jābūt parakstītam dokumentam. Tas atbilst citiem medicīniskiem izmeklējumiem un ir daļa no HIV pārbaudžu "normalizēšanas". Pirms HIV pārbaudes piedāvāšanas netiek prasīta sīka informācija par dzimumdzīves vai intravenozo narkotiku lietošanas vēsturi. Tomēr attiecībā uz atsevišķām personām vai vidi, kurā dzimumveselība un/vai narkotiku lietošana ir dienestu pārraudzībā, var būt vajadzīgs neliels riska novērtējums vai plašāka konsultācija pirms pārbaudes, piemēram, gadījumā, kad persona bijusi ilgstoši pakļauta riskam. Šai iespējai ir vienmēr jābūt pieejamai, un personālam būtu jāzina, kā nodrošināt kvalificēta konsultanta pakalpojumu.

Jālieto atbilstošas pārbaudes tehnoloģijas

Apziniet pieejamās HIV pārbaudes un novērtējiet attiecīgos ieguvumus no pārbaudēm dažādās situācijās, t. sk. ātros testus (*point-of-care tests*). Pārbaudžu tehnoloģija pastāvīgi attīstās, un ir jākonsultējas ar ekspertu, lai regulāri pārskatītu pārbaudžu izvēli. Visi reaktīvie testi ir jāapstiprina, šajā nolūkā jāievēro PVO vadlīnijas. Lai nodrošinātu augstas kvalitātes praksi un metodoloģisko standartizāciju, kā arī uzticamību, būtiskas ir nacionālās vadlīnijas minimālo kvalitātes nodrošināšanas standartu piemērošanā diagnostikas pārbaudēm.

Vienmēr jāpaziņo rezultāti

Ir jāvelta visas pūles, lai cilvēkam, kas veicis HIV pārbaudi, tiktu paziņots tās rezultāts neatkarīgi no tā, vai tas ir pozitīvs vai negatīvs. Paziņojot pozitīvu rezultātu, nodrošiniet, lai personāls varētu nodrošināt pēc pārbaudes paredzētu konsultāciju un, lai varētu izmantot saites ar attiecīgajiem HIV ārstniecības un atbalsta dienestiem terapijas kursa nozīmēšanai. Cilvēki, kuriem ir augsts risks inficēties ar HIV un, kuri saņem negatīvu pārbaudes rezultātu, arī var gūt vērtīgu informāciju par attiecīgiem profilakses dienestiem.

Jānodrošina piekļuve HIV ārstniecībai, aprūpei un profilaksei

Piekļuve antiretrovirālai terapijai

Visām HIV pārbaudžu programmām ir būtiski, lai tām būtu skaidri mehānismi, kas nodrošinātu, lai cilvēki ar pozitīvu pārbaudes rezultātu iesaistītos HIV ārstniecībā un aprūpē. Visā Eiropā ir jānodrošina vispārēja piekļuve antiretrovirālai terapijai. Nespēja segt izmaksas nedrīkst liegt piekļuvei ārstniecībai, un ir jāatrod risinājumi, lai pārvarētu šo šķērslī ceļā uz vispārēju piekļuvei. Informācijai par ārstniecības kursu jābūt pieejamai visās HIV pārbaudžu vietās, lai cilvēki uzreiz pēc pozitīva HIV pārbaudes rezultāta uzzināšanas saņemtu speciālista konsultāciju. Šajā konsultācijā vajadzētu ietvert novērtējumu, kad vajadzētu sākt antiretrovirālo terapiju un citas veselības un sociālās aprūpes vajadzības, kā arī atbalstu.

Piekļuve psihosociālajam atbalstam un profilakses pakalpojumiem

Pēc pozitīva pārbaudes rezultāta saņemšanas, jābūt pieejamam tūlītējam psihosociālajam atbalstam. Cilvēkiem ar pozitīvu pārbaudes rezultātu noteiktajā specializētajā aprūpē būtu jāietver piekļuve atbalstam, lai novērstu turpmāku inficēšanu ar HIV. Cilvēkiem ar negatīvu pārbaudes rezultātu arī būtu jānodrošina konsultācijas un atbalsts saistībā ar HIV profilaksi, ja pastāv reāls inficēšanās risks vai šāds atbalsts tiek lūgts.

Turpmākie pasākumi. Uzraudzība un novērtēšana

Uzraudzība un novērtēšana HIV pārbaudžu programmā ir būtiska komponente, kas nodrošina, lai programma atbilstu mērķim un nodrošinātu augstas kvalitātes HIV pārbaudes. Pareizi izveidota uzraudzības un novērtēšanas sistēma uzlabos pasākumu kvalitāti un efektivitāti, tādējādi sniegs norādes attiecībā uz turpmāku programmas resursu sadali. Nacionālās uzraudzības dati ietver jaunas diagnozes un to personu proporcionālo daļu, kas jau miruši. Nediagnosticēto personu provizorisks aplēses ir svarīgas, lai varētu uzraudzīt programmas ietekmi. Pārbaudžu veikšanas paplašināšana jaunos apstākļos paredz plašu uzraudzību un novērtēšanu, lai nodrošinātu

augstas kvalitātes HIV pārbaudes. Vietējo HIV pārbaužu veicināšanai veltītos pasākumu sekmes var novērtēt atbilstoši pieciem kritērijiem: īstenošanas iespējas, pieņemamība, efektivitāte un izmaksu lietderība, mērķgrupas sabiedrībā sasniegtas, kā arī ilgtspēja (*FACTS*). Skaidri, labi definēti un izmērāmi indikatori var palīdzēt uzraudzīt šo kritēriju īstenošanu un nodrošināt standarta metodi atzinumu paziņošanai vietējā, valsts un starptautiskā līmenī.

Uzraudzības ziņojumi

5. Tuberkulozes uzraudzība 2008. gadā

(Publicēts 2010. gada martā)

Kopš 2008. gada 1. janvāra Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (ECDC) un PVO Eiropas reģionālais birojs kopīgi koordinē tuberkulozes (TB) uzraudzību Eiropā. To mērķis ir nodrošināt augstas kvalitātes standartizētus datus par TB, kuros ietvertas visas 53 PVO Eiropas reģiona valstis un Lihtenšteina.

PVO Eiropas reģiona valstis

2008. gadā 50 no 54 Eiropas reģiona valstīm² ziņoja par 461 645 TB saslimšanas gadījumiem (52,2 uz 100 000 iedzīvotājiem), kas veido apmēram 6 % no TB gadījumiem, kas no visas pasaules paziņoti PVO. Kopumā vidējais TB paziņojumu rādītājs Eiropas reģionā turpina pieaugt, sākot ar 2004. gadu. Tomēr kopējais TB paziņojumu rādītājs 18 augstākas prioritātes valstīs (HPC)³ salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu ir samazinājies par 3,9 % un sasniedzis 87,6 % no visiem TB gadījumiem, savukārt visā reģionā kopējais paziņojumu rādītājs laika posmā no 2007. līdz 2008. gadam samazinājies par 2,6 %. Jaunatklāto TB gadījumu paziņojumu rādītāja samazināšanās no 2007. gada par 4 % norāda uz TB izplatības samazinājumu reģionā. Kopš 2007. gada samazinājies arī iepriekš ārstētu gadījumu procents – no 31,7 % uz 29,8 %.

Vecuma grupa ar visaugstāko jaunatklāto TB gadījumu rādītāju (42,0 %) reģionā bija 25–44 gadus veci cilvēki.

Gandrīz dubultojies to TB gadījumu skaits, kuros atklāta kombinētā inficēšanās ar HIV, t. i., no 5 828 2006. gadā uz 11 395 – 2008. gadā, tas skaidrojams ar TB slimniekiem sniegtajiem pastiprinātiem HIV ārstniecības pakalpojumiem augstākas prioritātes valstīs.

Šajā laikposmā ārpus augstākas prioritātes valstīm netika uzrādīts ievērojams kombinēto inficēšanās ar HIV gadījumu skaita pieaugums. Visā reģionā 2008. gadā kopējais multirezistentās tuberkulozes (MDR TB) gadījumu skaits dubultojies kopš pagājušā gada, vidējais primārās, ko var skaidrot ar uzlabojumiem zāļu jutības testēšanā (DST), un MDR TB izplatības rādītājs starp jaunatklātajiem TB gadījumiem bija 11 %. Vislielākais MDR TB gadījumu skaits reģionā attiecas uz augstākas prioritātes valstīm, kurās šā TB veida izplatība ir 13,8 % no jaunatklātiem gadījumiem, kas ir piecas reizes augstāks rādītājs salīdzinājumā ar izplatību ES/EEZ, un vairāk nekā 50 % starp iepriekš ārstētiem gadījumiem, kur šī proporcija ir divreiz lielāka par ES/EEZ ziņoto.

Sekmīgu rezultātu rādītājs starp laboratoriski apstiprinātiem jaunatklātiem TB gadījumiem 2007. gadā ir samazinājies līdz 70, 7 % līmenim (salīdzinājumā ar 73,1 % attiecībā uz gadījumiem, kas reģistrēti 2006. gadā); 9,0 % bija uzrādīti kā neveiksmīga ārstēšana, 8,4 % nāves gadījumu un par 6,9 % gadījumu nav datu. Sekmīgu ārstniecības rezultātu rādītāji valstīs ārpus ES/EEZ ir zemāki nekā ES/EEZ: attiecīgi, 67,5 % salīdzinājumā 79,5 %. 18 augstākas prioritātes valstīs ārstniecība bija sekmīga tikai 69,2 % no jaunatklātiem, laboratoriski apstiprinātiem TB gadījumiem, kas ir tālu no *Stop TB* stratēģijas noteiktā mērķa – 85 %.

Mirstības no TB rādītājs 2007. gadā ir samazinājies par 45 % no 9,0 uz 100 000 iedzīvotāju 2005. gadā līdz 5,0 uz 100 000 iedzīvotājiem. Tomēr mirstība augstākas prioritātes valstīs saglabājusies gandrīz 15 reizes lielāka nekā ES/EEZ.

Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas valstis⁴

2008. gadā 26 Eiropas Savienības (ES) valstis (visas, izņemot Austriju) un divas Eiropas Ekonomikas zonas (EEZ) valstis (Īslande un Norvēģija) ziņoja par 82 611 TB gadījumiem, atklājot samazinājumu par 615 saslimstības gadījumiem salīdzinājumā ar 2007. gadu. Vairāk nekā 80% gadījumu attiecas uz astoņām valstīm, kura katra ziņoja par 3 000 vai vairāk gadījumiem (Apvienotā Karaliste, Bulgārija, Itālija, Polija, Rumānija, Spānija un Vācija).

Kopējais ziņojumu rādītājs 2008. gadā bija 16,7 uz 100 000 iedzīvotājiem, par rādītāju, kas mazāks par 20 uz 100 000 iedzīvotājiem ziņoja 21 valsts, bet augstāku par 20 uz 100 000 iedzīvotājiem – Rumānija (115,1), Baltijas valstis (Lietuva (66,8), Latvija (47,1), Igaunija (33,1)), Bulgārija (41,2), Portugāle (28,2) un Polija (21,2). Kopējais

² Nav datu no Monako, Sanmarino, Austrijas un Lihtenšteinas; Lihtenšteina ir iekļauta šajā ziņojumā, bet ir norādīta tikai kā EEZ valsts, jo tā nav PVO Eiropas reģiona valsts.

³ Armēnija, Azerbaidžāna, Baltkrievija, Bulgārija, Gruzija, Igaunija, Kazahstāna, Kirgizija, Krievija, Latvija, Lietuva, Moldova, Rumānija, Tadžikistāna, Turcija, Turkmēnija, Ukraina, Uzbekija.

⁴ 27 ES dalībvalstis un Īslande, Lihtenšteina un Norvēģija.

ziņojumu rādītājs bija par 1,2 % mazāks salīdzinājumā ar 2007. gadu (apkopojot datus no 28 valstīm, kas sniedza ziņojumus), atspoguļojot kopējo mazināšanās tendenci 17 valstīs.

Tomēr ievērojams pieaugums tika konstatēts Maltā (28,8 %), Īslandē (19,8%) un Kiprā (12,2 %), kā arī noteikts pieaugums bija vērojams Zviedrijā (4,9 %) un Apvienotajā Karalistē (2,8 %), lielākā daļā no šiem saslimšanas gadījumiem bija ārvalstu izcelsme. 2008. gadā 22,4 % gadījumu (valsts amplitūda: 0–88 %) attiecās uz personām ar ārvalstu izcelsmi, vairāk nekā divas trešdaļas no tiem pārstāvēja iebraucēju ģimenes no Āzijas vai Āfrikas.

HIV izplatība starp TB gadījumiem piecās valstīs laika posmā starp 2006. un 2008. gadu ir pieaugusi Igaunijā (no 9,0 % uz 9,9 %), Latvijā (no 3,4 % uz 6,7 %) un Maltā (no 3,7 % uz 9,4 %). Pārējās valstīs, kas sniegušas datus, HIV izplatība starp TB gadījumiem sešās valstīs bija 1 % vai mazāk, 2–5 % trīs citās valstīs, 5–8% divās valstīs un 14,6 % vienā valstī.

Multirezistence joprojām visizplatītākā ir Baltijas valstīs (kombinētā *MDR*: 15,6 %–21,3 %), nākamā ir Rumānija, kas rezultātus sniedza pirmo reizi (14,7 %). Pārējās valstīs uzrādīja zemākus *MDR* līmeņus (0%–5%), un kopumā visbiežāk tie bija ārvalstu izcelsmes gadījumi. No 14 valstīm, kas uzrādīja īpaši augstu rezistences līmeni pret zālēm (*XDR*), Rumānijai bija visaugstākie rādītāji (kopumā 54 gadījumi), savukārt Latvijai un Igaunijai bija vislielākais *XDR* gadījumu procents starp *MDR* gadījumiem (attiecīgi, 14,7 un 12,2 %), turklāt Latvija uzrādīja krasu *XDR* gadījumu skaita pieaugumu salīdzinājumā ar 2007. gadu, t. i., no 6 uz 19 (6,1 % uz 14,7 %).

Divdesmit divas valstis ziņoja ārstēšanas rezultātu kontroles datus par konkrētiem plaušu TB gadījumiem 2007. gadā. Starp iepriekš neārstētiem gadījumiem, kas tika apstiprināti, izmantojot barotnes, 79,5 % bija sekmīgs rezultāts. Sekmīgu rezultātu bija ievērojami mazāk starp iepriekš ārstētiem TB gadījumiem (51,8 %) un *MDR* TB gadījumos, kas apstiprināti, izmantojot barotnes, 24 mēnešu ilgā periodā (30,9 %).

6. Gripas uzraudzība Eiropā 2008.–2009. gadā – no 2008. gada 40. nedēļas līdz 2009. gada 39. nedēļai

(Publicēts 2010. gada maijā)

2008.–2009. gada gripas sezona Eiropā sākās 2008. gada 48. nedēļā, ilga apmēram 10 nedēļas katrā no skartajām valstīm un beidzās 2009. gada 16. nedēļā pēc tam, kad tā maksimālā saasinājumā bija šķērsojusi kontinentu virzienā no rietumiem uz austrumiem. Iknedēļas apakšpaveidiem proporcionāli ņemti kontrolparaugi uzrādīja divus savstarpēji pārklājušos uzliesmojuma maksimumus, sākotnēji dominējošo A gripu (H3N2), ko nomainīja B gripa kā visvairāk izplatītais vīruss pēc 2009. gada 8. nedēļas. Vidē cirkulējošās gripas A(H3N2) un A(H1N1) vīrusi tika konstatēti kā tuva antigēna vīrusi attiecīgajiem komponentiem, kas bija ietverti 2008.–2009. gada gripas vakcīnās ziemēlu puslodē, savukārt lielākā daļa izolēto B vīrusu bija *Victoria* cilmes vīrusi un neatbilda B vakcīnas komponentam, kas bija *Yamagata* cilmes vīruss. Tā kā sezonas laikā tika konstatēta salīdzinoši neliela B vīrusu izplatība, šo neatbilstību nevajadzētu uzvert kā īpaši svarīgu sabiedrības veselības jomā.

2009. gada A(H1N1) gripas pandēmijas gadījumus Eiropā sāka konstatēt 2009. gada 16. nedēļā. Līdz 39. nedēļai kopējais ziņotais apstiprināto gadījumu skaits no visām ES dalībvalstīm, Īslandes, Lihtenšteinas un Norvēģijas sasniedza 53 658, un tajos bija ietverti 175 nāves gadījumi 14 valstīs. Ar gadījumiem pamatoti dati liecināja, ka slimnieku vecums bija 0 līdz 90 gadiem (vidējais vecums: 19 gadi), 78 % bija jaunāki par 30 gadiem, bet 5 līdz 19 gadus veci skolas vecuma bērni veidoja 47 % no visiem gadījumiem. Lielam skaitam gadījumu (96 %) nebija zināmi nekādi citas pamatslimības simptomi. No tiem, kuros bija citas pamatslimības, visvairāk tika ziņots par hronisku plaušu slimību, veidojot 30 % no visiem gadījumiem. Pneimonija tika ziņota kā komplikācija 0,6 % pandēmijas gripas infekcijas gadījumos, kopējais hospitalizācijas koeficients bija 13 %, un 0,03 % gadījumi tika ziņoti kā gadījumi, kas beigušies ar nāvi.

Integrētais Eiropas klīniskās un virusoloģiskās gripas uzraudzības tīkls (*EISM*) izrādījies efektīvs instruments savlaicīgā 2008.–2009. gada gripas sezonas sākuma noteikšanā, tās norises uzraudzībā un tās galveno virusoloģisko iezīmju raksturošanā. Pirmie 2009. gada gripas pandēmijas vīrusi, kas tika konstatēti gan pacientiem, kas nebija kontrolgrupā, gan kontrolgrupas pacientiem, tika apstiprināti vienas un, attiecīgi, trīs nedēļu laikā pēc pirmajiem saslimšanas gadījumiem Eiropā. Tomēr gripai līdzīgu slimību (*ILI*) un akūtu respiratoro infekciju (*ARI*) kontroluzraudzība uzrādīja skaidru pieaugumu ar desmit nedēļu nokavēšanos. Pat 2009. gada 39. nedēļā, kad par saslimšanas gadījumiem ar pandēmijas gripu ziņoja visas ES dalībvalstis, Īslande, Lihtenšteina un Norvēģija, tika konstatēts, ka *ILI/ARI* aktivitāte bāzes līniju pārsniedza tikai deviņās no 29 valstīm, kas ziņo datus *EISN* tīklam.

Tā kā augstāka jutība prasītu lielāku ārstu skaitu kontrolgrupās, jānovērš arī citi sistemātiski trūkumi. Ieteicamās pārmaiņas gripas uzraudzības sistēmai Eiropā ir:

- turpmāk veicināt standartizētu ziņošanu par intensitāti, ģeogrāfisko izplatību, kā arī *ILI* un *ARI* tendencēm;
- pastiprināt *ILI* un *ARI* uzraudzību ar smagu akūtu respiratoro infekciju (*SARI*) uzraudzību;
- ieviest standartizētus epidēmijas robežlielumus attiecībā uz *ILI/ARI* kontroluzraudzību;
- turpmāk attīstīt visu cēloņu mirstības uzraudzību Eiropas līmenī un rezultātus regulāri publikot.

7. Invazīvo bakteriālo slimību uzraudzība Eiropā 2007. gadā

(Publicēts 2010. oktobrī)

Šajā ziņojumā ir aprakstīta to invazīvo bakteriālo slimību epidemioloģija, ko Eiropas Savienības (ES) dalībvalstīs 2007. gadā izraisīja *Haemophilus influenzae* un *Neisseria meningitidis*. Izraudzītajiem valstu kontaktpunktiem tika lūgts iesniegt datus, izmantojot pārskatītu datu kopu, par invazīvajām bakteriālajām infekcijām (IBI), kuras izcēlās 2008. gadā, pamatojoties uz bijušo ES IBI datubāzi. Šajā datu kopā ietverta ar gadījumu pamatota informācija par mainīgajiem epidemioloģiskajiem un laboratoriskajiem lielumiem, un tā ir sadalīta mainīgo lielumu galvenajā kopā, kas attiecas uz visām ziņojamām slimībām ES, un mainīgo lielumu papildkopā, kas īpaši paredzēta invazīvai *Haemophilus influenzae* infekcijai un invazīvai meningokoku slimībai, lai atvieglotu datu iesniegšanu, dalībvalstīs 2008. gada jūnijā tika apmācītas tiešsaistē, kā arī pirms datu nosūtīšanas to rīcībā tika nodoti papildu mācību videomateriāli, kā arī citi materiāli.

No 30 ES/EEZ dalībvalstīm 27 iesniedza datus par invazīvo *Haemophilus influenzae* infekciju un 29 par invazīvo meningokoku slimību.

Invazīvā *Haemophilus influenzae* infekcija

- 2007. gadā ziņojumu rādītājs par invazīvo *Haemophilus influenzae* slimību kopumā bija 2 058 gadījumi. Paziņojumu rādītāji dalībvalstīs un rādītāji Ziemeļvalstīs bija augstāki salīdzinājumā ar pārējo Eiropu ar turpmāku tendenci pieaugt. Tomēr lielākajā daļā valstu paziņojumu rādītājs nepārsniedza 1 uz 100 000 iedzīvotāju. Augstākais kopējais ziņojumu rādītājs bija bērniem, kas jaunāki par vienu gadu (3 uz 100 000, 118 gadījumu). Kaut arī bija vērojama tendence bērnu saslimšanas gadījumiem ievērojami samazināties attiecībā uz B serotipu laikā no 1999. līdz 2007. gadam (no 3 uz 100 000 līdz 1 uz 100 000), tie palielinājās attiecībā uz nekapsulētiem celmiem, tajā pašā laikposmā mainoties no 1,5 uz 100 000 līdz 2,5 uz 100 000. Sešdesmit septiņi procenti visu invazīvās *H. influenzae* gadījumu, par kuriem ziņoja 2007. gadā, bija nekapsulētu celmu izraisīti.
- Nekapsulētu celmu skaita pieaugums, par ko ziņots gadu gaitā, daļēji skaidrojams ar pastiprinātu gadījumu izvērtējumu un uzraudzības sistēmu uzlabojumiem, ko arī ir dokumentējušas vairākas dalībvalstis. Tomēr vairāku pēdējo gadu laikā ES ir novērojams arī patiens to ziņoto serotipu skaita pieaugums, kuri nav paredzēti vakcīnā (serotipa, kas nav B serotips, nekapsulēti celmi). *H. influenzae* B tipa (Hib) konjugatīvās vakcīnas ieviešanas rezultātā palielinājusies to invazīvās *H. influenzae* infekcijas gadījumu proporcija, kuru izraisījuši celmi, kas nav B serotipa celmi, Hib slimības samazināšanās dēļ. Tomēr atšķirībā no pneimokoku konjugatīvās vakcinēšanas programmas, trūkst konsekvencei vai plašu pierādījumu, kas liecinātu, ka masveida mazu bērnu vakcinēšana ar Hib vakcīnu ir radījusi serotipu maiņu gan slimības izplatības, gan pašā slimības norises gaitā. Jaunākajā Pasaules Veselības organizācijas (PVO) dokumentā par nostāju Hib konjugatīvās vakcīnas jautājumā secināts, ka "līdz šim baktēriju celma maiņa nav kļuvusi par svarīgu iezīmi plaša mēroga Hib imunizācijā".
- Ziņoto absolūto skaitļu izteiksmē, šķiet, ir notikusi pārmaiņa virzienā uz vecākām iedzīvotāju grupām. Četrdesmit seši procenti visu 2007. gadā ziņoto gadījumu attiecās uz pieaugušiem, kas vecāki par 65 gadiem; šie rezultāti atbilst ASV veiktajam pētījumam, kurā apskatīta pieaugošā invazīvā *H. influenzae* slimības sastopamība no 1996. līdz 2004. gadam. Ir mainījies arī *H. influenzae* epidemioloģiskais raksturojums, tā no slimības, ar kuru pārsvarā slimoja bērni un kurai dominējošais bija B serotips, kļuvusi par slimību, kas skar pieaugušos un kurā dominē netipizējami celmi.
- 2007. gadā 60 % gadījumu tika konstatēti iepriekš vakcinētām personām, kas parasti vērojams sabiedrībā ar augstiem vakcinēšanas rādītājiem. Starp tiem, kas bija saņēmušas pilnu vakcinēšanas kursu, lielākā daļa bija bērni vecumā no 1–4 gadiem, savukārt par vienu gadu jaunāki bērni veidoja 27 % gadījumu. Ņemot vērā pieejamos datus, nav iespējams novērtēt, vai konstatētos gadījumus var klasificēt kā patiesus vakcīnas neefektivitātes gadījumus, un ir vajadzīga plašāka informācija, lai turpmāk izpētītu šos rezultātus. Par šo jautājumu papildu informāciju sniedza pētījums, ko veica EU-IBIS un kurā tika analizēta Hib vakcīnas neefektivitāte un kurā izmantota nacionālā uzraudzība laikposmā no 1996. līdz 2001. gadam Eiropā, Izraēlā un Austrālijā, kā arī aprakstītas klīniskās un laboratoriskās iezīmes lielās un dažādās iedzīvotāju grupās ar dažādiem imunizācijas plāniem.

Apvienotā Karaliste plaši ziņoja arī par atkārtotu slimības parādīšanos pēc vakcinēšanās ar Hib vakcīnu tās neefektivitātes dēļ.

Invazīvā meningokoku slimība

- 2007. gadā ES/EEZ tika paziņoti 5 583 invazīvās bakteriālās slimības gadījumi, ko izraisījis *N. meningitidis*, kopējais paziņojumu rādītājs bija 1,12 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju. Paziņojumu rādītāji dalībvalstīs bija dažādi, un visaugstākie tie bija Īrijā un Apvienotajā Karalistē salīdzinājumā ar pārējo Eiropu, lai arī abās

valstīs tagad vērojama samazināšanās tendence. Papildus šīm divām valstīm vēl sešās dalībvalstīs paziņojumu rādītāji pārsniedza 1 uz 100 000 iedzīvotāju (Beļģija, Dānija, Nīderlande, Spānija, Lietuva un Malta). Zīdaiņi un bērni joprojām ir grupa, kurā meningokoku slimības gadījumu skaits ir visaugstākais, 50 % gadījumos tiek ziņots par bērniem, kas jaunāki par 10 gadiem. Visaugstākie rādītāji, kas konstatēti par vienu gadu jaunākiem zīdaiņiem, tika ziņoti no Īrijas un Apvienotās Karalistes, kur rādītāji, attiecīgi, bija 74,5/100 000 un 46,6/100 000.

- Tāpat kā saistībā ar *H. influenzae* ziņošanas neviendabīgumu par gadījumiem var attiecināt uz vairākiem iespējamajiem cēloņiem: uzraudzības sistēmu jutīguma uzlabošana; uzraugāmo klīnisko izpausmju veidu variācijas (t. i., sepse vai meningīts vai abi) katrā dalībvalstī; atšķirības izmantotajās gadījuma definīcijās; atšķirības laboratoriju kompetencē vai atšķirības veselības aprūpes praksē agrīnas asins kultūras paraugu vākšanas nodrošināšanai. Šajā posmā Eiropas Slimību profilakses un kontroles centram (ECDC) vēl nav laba pārskata par galvenajiem iemesliem šīm atšķirībām, tādēļ tas iesaka būt piesardzīgiem, salīdzinot dažādu valstu paziņošanas rādītājus atbilstoši serogrupām un vecuma grupām.
- To gadījumu proporcionālā daļa, kuriem trūkst informācijas par serogrupu, joprojām ir liela, īpaši Austrumeiropas valstīs. Tomēr gadu gaitā serogrupu identificēšana ir uzlabojusies, pēdējo piecu gadu laikā ievērojami samazinoties nenoskaidrotajiem aspektiem, t. i., no 1 448 gadījumiem 2003. gadā uz 559 gadījumiem 2007. gadā. 2007. gadā B serogrūpa bija visbiežāk paziņotā serogrūpa, kas izraisījusi meningokoku slimību Eiropā, veidojot 90 % no visām serogrupām, kas konstatētas bērniem, kas jaunāki par 4 gadiem. Valstīs ar meningokoka C vakcinēšanu (MCC) visās vecuma grupās visvairāk ir B gadījumu, īpaši vecuma grupā, kas jaunāka par vienu gadu, un grupā no viens līdz septiņiem gadiem (attiecīgi, 73 un 81 % gadījumu), kas ir parastās vakcinēšanas mērķgrupas pret C serogrupu.
- Dažu gadu laikā pēc vakcīnu ieviešanas valsts mērogā šajās valstīs, kas īsteno MCC vakcinēšanu, ir krasi samazinājusies C serogrupas gadījumu proporcija, īpaši attiecībā uz vakcinēšanas programmu mērķgrupām. C serogrupas gadījumu proporcija, šķiet, palielinās ar cilvēku vecumu, kas visdrīzāk skaidrojams ar nelielo vakcīnu skaitu, ko saņēmuši cilvēki lielākā vecumā, kā arī vakcīnas efektivitātes mazināšanos nākamajā gadā pēc sākotnējā imunizācijas plāna.
- Palielinās informācijas apjoms par izraisītāju celmu serotipizēšanu un apakštīpizēšanu, jo arvien vairāk valstu ir ieviestas molekulārās tehnoloģijas. Tomēr arvien vēl ir neliels skaits serotipizētu un seropapakštīpizētu paraugu, kā arī šo rezultātu interpretācija ir jāveic ļoti rūpīgi. Par vislielāko seropapakštīpizēto paraugu skaitu ziņoja Francija, Apvienotā Karaliste un Beļģija.

Galvenie secinājumi

Kopumā abu slimības sastopamība turpina samazināties, īpaši maziem bērniem, kas ir vakcinēšanās kampaņu mērķgrupa. Tomēr Eiropas līmenī gadījumu skaits pieaug to serotipu un vakcīnās neparedzēto serotipu dēļ, skarot mazos bērnus, un šī tendence ir rūpīgi jāuzrauga.

Vakcinēšanās skaits attiecībā uz abām vakcīnām ir liels, bet saslimšanas gadījumi konstatēti arī vakcinētām personām. Diemžēl netika savākti pietiekami dati, lai veiktu padziļinātu analīzi par iespējamo vakcīnu neefektivitāti vai veiktu jebkādus pasākumus, lai ietekmētu to gadījumu proporcionālo daļu, kuros saslimšana konstatēta arī vakcinētām personām valstīs, kuras veikušas vai nav veikušas vakcinēšanu. Tas ir tāpēc, ka kopējā vakcinēšanās statusa trūkstošo vērtību proporcija bija ļoti augsta un informācija par dzimšanas datumu, saņemtajām devām un dienu, kad saņemta pēdējā deva, nebija pieejama. Turklāt visa informācija, kas vajadzīga, lai konstatētu vakcīnas neefektivitāti, vēl nav ietverta mainīgo lielumu kopā (tāda kā ziņas par dzimšanas datumu, saņemto devu skaitu un dienu, kad saņemta pēdējā deva).

Lai uzlabotu datu salīdzināmību iesaistīto valstu starpā, ir vajadzīgas standartizētākas metodes gadījumu identificēšanai un kopējas gadījuma definīcijas vietējai pieņemšanai uzraudzības mērķiem. Ģenētiskā tipa metodes Eiropas valstīs kļūs arvien vairāk iespējamās, kas uzlabos uzraudzības datu izpratni; tomēr tam ir vajadzīga ciešāka sadarbība starp laboratorijām un epidemioloģiskajiem centriem gan valstu, gan arī Eiropas līmenī. Šajā ziņā 2008. gadā tika publicēts aicinājums iesniegt piedāvājumus konkursā "Invazīvu bakteriālo slimību laboratoriska uzraudzība un ārēja kvalitātes nodrošināšana (EOA) ES", ko izsludināja Eiropas institūcijas un koordinē Vircburgas universitāte Vācijā, un šis projekts darbojas jau otro gadu. Tā uzmanības centrā nav tikai EOA un mācības, bet, konkrēti, laboratoriju kompetences stiprināšana un saskaņošana dalībvalstīs, kā arī sadarbības veicināšana laboratoriju un sabiedrības veselības iestāžu starpā ES. Viena no šīs grupas galvenajām darbībām ir veicināt molekulārās tipizēšanas metodes izmantošanu ikdienas uzraudzībā.

8. 2010. gada epidemioloģiskais ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā

(Publicēts 2010. gada novembrī)

Šajā ziņojumā ietverta analīze par datiem, ko 2008. gadā ziņojušas 27 ES dalībvalstis un trīs EEZ/EBTA valstis – Islande, Lihtenšteina un Norvēģija. Šā ziņojuma mērķis ir sniegt noteiktas norādes, pamatojoties uz pieejamajiem datiem, par to, kur patlaban Eiropas Savienībā ir vissmagākā situācija infekcijas slimību ziņā. Šajās teritorijās ir vajadzīga koncentrētāka rīcība, lai mazinātu pašreizējo un turpmāk iespējamo apgrūtinājumu sabiedrībai, sabiedrības veselības un veselības aprūpes sistēmām, kā arī, lai samazinātu cilvēku ciešanas. Šie dati dod ieguldījumu ECDC uzdevuma pildīšanā, t. i., nodrošināt ar pierādījumiem pamatotu rīcību, kas palīdzētu identificēt un izmantot kopēju praksi, kā arī ieteikt metodes pasākumu pārraudzībai.

Lai arī ir panākti labi rezultāti datu kvalitātes un salīdzināmības uzlabošanā, tiešs salīdzinājums par slimību gadījumu paziņošanas rādītājiem dažādās valstīs ir jāveic ļoti piesardzīgi. Uzraudzības sistēmas ir ļoti atšķirīgas, un attiecība starp to, par cik saslimšanas gadījumiem ir ziņots un cik reāli ir bijuši, daudzām slimībām dažādās valstīs atšķiras.

Pirmo reizi par ES uzraudzīto risku gada analīzi tiek ziņots atsevišķi⁵.

Mikrobu rezistence un veselības aprūpē iegūtas infekcijas

Visnopietnākos slimības draudus Eiropā arvien vēl rada mikroorganismi, kas kļuvuši rezistenti pret antimikrobiālajiem līdzekļiem. 2008. gadā 900 laboratorijas, kas apkalpoja vairāk nekā 1 500 slimnīcas, ziņoja savus datus par mikrobu rezistenci (AMR) attiecībā uz septiņiem svarīgākajiem indikatore mikroorganismiem. Tas liecināja par Eiropas mēroga *Escherichia coli* – visbiežāk sastopamās Gram-negatīvās baktērijas, kas izraisa bakteriēmiju un urīnceļu infekcijas, rezistences palielināšanos pret visām antibiotiku grupām, par kurām tiek veikta uzraudzība. Dažas valstis ziņoja par samazinājumu *Staphylococcus aureus* (MRSA) proporcionālajā daļā, tomēr MRSA rādītāji arvien saglabājās virs 25 % trešajā daļā šo valstu. Bažas turpina sagādāt pieaugošā multirezistence (rezistence pret daudzām plaši lietotām antibiotikām), ko visbiežāk novēro pie tādām Gram-negatīvām baktērijām kā *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* un *Pseudomonas aeruginosa*.

Gada laikā no 1 422 slimnīcām tika ziņoti uzraudzības dati par 306 621 ķirurģiskas iejaukšanās gadījumiem un dati no 654 slimnīcām par 9 129 epizodēm, kurās intensīvās aprūpes vienībās (ICU) tika iegūta pneimonija un 4 077 epizodēm, kurās ICU notikusi inficēšanās ar asinīm. 2008. gadā tika apstiprināta tendence samazināties operāciju telpas infekcijām pēc gūžu protezēšanas. Starp tiem mikroorganismiem, kurus saista ar intensīvās aprūpes vienībās iegūtām infekcijām, vislielāko proporciju veidoja trešās paaudzes cefalosporīna rezistentās enterobaktērijas, konkrēti, *Klebsiella spp.* un *Enterobacter spp.*

Periodiskās un pārnēsājamas slimības

Q drudža uzliesmojums tika ziņots 2007. gada martā un decembrī Nīderlandē, 2008. gadā tas atkārtojās. Vairums saslimstības gadījumu notika vasaras sezonā un maksimumu sasniedza 25.–28. nedēļas laikā (no jūnija vidum līdz jūlija vidum). Arī citas Eiropas valstis, tādās kā Vācija, ziņoja par Q drudža gaitas tendenču pārmaiņām un tā gadījumu pieaugumu 2008. gadā, lai arī mazākā mērā.

No šās grupas infekcijas slimībām ar nopietnākām sekām, tādām kā iespējamām hemorāģiskām iezīmēm, jāmin Krimas – Kongo hemorāģisko drudzi (CCHF), kas izplatījies ārpus savām tradicionālajām endēmiskajām robežām un sasniedza Balkānu reģionu. Grieķija 2008. gada jūnijā ziņoja par pirmo CCHF slimnieku valsts ziemeļu daļā, kas ir netālu no zināmās endēmiskās zonas. No otras puses, pastiprinātās uzraudzības darbības, kas Itālijā tika ieviestas pēc iepriekšējā gadā 217 laboratoriski apstiprinātiem čikungunja drudža gadījumiem, pierādīja, ka nav izveidojies vietējais čikungunja drudzis, jo neliels skaits ziņoto gadījumu ES/EEZ bija ievesti.

Pārtikas un ūdens izraisītas slimības un zoonozes

Daudzas no pārtikas izraisītām slimībām vairumā gadījumu netiek ziņotas, jo klīniskās izpausmes tām smaguma ziņā ir ļoti dažādas. ES un EEZ/EBTA valstīs visbiežāk sastopamais kuņģa un zarnu saslimšanas izraisītājs joprojām ir kampilobaktērijas, un 2008. gadā (44,1 uz 100 000 iedzīvotāju) to izplatības rādītājs bija aptuveni līdzīgs iepriekšējā gada līmenim. Šis ir tipisks piemērs slimībai, par kuru netiek ziņots, jo šī infekcija ir zināma kā īpaši asimptomātiska vai izpaužas vieglā formā, tādēļ par to vairumā gadījumu netiek ziņots.

Arī kopējais VTEC/STEC infekciju paziņošanas rādītājs pēdējo gadu laikā nav salīdzinoši mainījies (0,66 uz 100 000). Tomēr salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu par 42 % 2008. gadā pieaudzis to ziņoto gadījumu skaits, kuros

⁵ ECDC, 2009. gada ziņojums par draudiem. Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, Stokholma, 2010. Pieejams: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

attīstīties hemolītiski urēmiskais sindroms. Saistībā ar salmonelozi un šigelozu vislielākais ziņojumu rādītājs par *VTEC/STEC* infekciju attiecas uz bērniem, kas jaunāki par pieciem gadiem (4,72 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju), visdrīzāk smago klīnisko izpausmju dēļ šajā grupā un dēļ lielākas hospitalizācijas iespējas katras šādas inficēšanās gadījumā.

Pēdējo trīs gadu laikā bijis krass salmonelozes gadījumu samazinājums, lai gan 2008. gadā *Salmonella* joprojām bija vairāku pārtikas izraisītu saslimšanas uzliesmojumu izraisītājs starptautiskā, nacionālajā un valstu iekšējā līmenī. Datu ziņošanas pārmaiņu dēļ šajā ziņojumā tiek uzrādīts augstāks tīfa ziņošanas rādītājs salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem, bet tas drīzāk ir artefakts, ko radījusi ziņošanas pilnveidošana un uzlabojumi, nevis paties pieaugums. Vairums tīfa saslimstības gadījumu arvien ir ceļotāju ievesti no endēmijas zonām.

Kopumā 2008. gadā A hepatīta ziņojumu rādītājs (3,34 uz 100 000 iedzīvotāju) bija nedaudz augstāks nekā 2007. gadā (2,75 uz 100 000 iedzīvotāju). Latvijā ziņojumu rādītājs palielinājās no 0,66 2007. gadā līdz 123 uz 100 000 iedzīvotāju, galvenokārt no uzliesmojuma, kas sākās intravenozo narkotiku lietotāju un zemu ienākumu personu vidū, kuriem nebija pienācīgu higiēnas apstākļu, bet vēlāk izplatījās plašākā sabiedrībā. Līdzīgi notika arī Čehijā, kur A hepatīts sākotnēji skāra narkotiku lietotājus, bet vēlāk izplatījās plašākā sabiedrībā.

HIV, seksuāli transmisīvās infekcijas, B un C hepatīts

HIV infekcija joprojām ir viena no nopietnākajiem sabiedrības veselības apdraudējumiem Eiropā, ko rada infekcijas slimības. HIV turpinājās izplatīties, un HIV infekcijas paziņotie gadījumi palielinājušies par 33 %, t. i., no 4,2 uz 100 000 iedzīvotāju 2000. gadā (13 265 gadījumi) līdz 5,6 uz 100 000 iedzīvotāju (18 019 gadījumi) 2008. gadā. Šī tendence ir vairāk satraucoša, ja ņem vērā to, ka ES/EEZ liela daļa (lēsts, ka 30 %) pat nemaz nezina, ka ir inficējušies ar HIV. Dati liecina, ka lielākā daļa HIV gadījumu tika diagnosticēti vīriešiem, kuriem ir dzimumsakari ar vīriešiem (40 %), bet vairākās valstīs Eiropā arvien vairāk pieaug heteroseksuāla HIV nodošanas attiecība (29 %). Vērā ņemamu daļu no jaunatklātiem HIV infekcijas gadījumiem ES veido iecerotāji no valstīm, kurās ir vispārēja HIV epidēmija (galvenokārt Subsahāras Āfrikā). Savukārt, neskatoties uz atsevišķiem datu ierobežojumiem, diagnosticētu AIDS gadījumu skaits šķiet ir samazinājies, izņemot Baltijas valstīs.

Hlamīdiju infekcija joprojām ir tā seksuāli transmisīvā infekcija, par kuru ES/EEZ ziņots visvairāk – paziņoti 335 329 apstiprināti gadījumi (150 uz 100 000 iedzīvotāju). Patiesā hlamīdiozes sastopamība varētu būt lielāka, jo par šo infekciju ļoti bieži ir tendence datus neziņot. Pēdējo 10 gadu laikā tā joprojām ir palielinājusies. Tā joprojām visbiežāk skar jaunus pieaugušus cilvēkus ar paziņošanas rādītāju vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem 976 uz 100 000 iedzīvotāju; jaunas sievietes tai pakļautas daudz biežāk nekā jauni vīrieši.

Lai arī C hepatīta paziņošanas tendence ir salīdzinoši stabila un B hepatīta rādītāji salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem ir kritušies, uz šiem datiem attiecas pastāvīgi ierobežojumi. Šo tendenču interpretēšana var nebūt viegls uzdevums, jo uzraudzības sistēmas ir ievērojami atšķirīgas, nesen notikušas pārmaiņas ziņošanā, pastāv nozīmīgs skaits nediagnosticētu gadījumu, iespējamas atšķirības izmantotajās gadījuma definīcijās (piemēram, hepatīta B marķieru atšķirīga lietošana un interpretēšana) un nepilnīga ziņošana dažās valstīs. Turklāt dažās valstīs nav nodalīti akūtie un hroniskie B un C hepatīta gadījumi, kas kopā ar lielo asimptomātisko gadījumu skaitu rada datu sajaukumu, tādēļ tos nevar salīdzināt starp valstīm. ECDC strādā, lai uzlabotu pastiprinātu šo vīrusinfekciju uzraudzību, t. sk. uzlabotu B un C hepatīta uzraudzības saskaņošanu Eiropas līmenī.

Elpošanas ceļu infekcijas

Katru zimu simtiem tūkstoši cilvēku ES nopietni saslimst un mirst no sezonālās gripas. 2008.–2009. gada gripas sezona Eiropā sākās 2008. gada 48. nedēļā, ilga apmēram 10 nedēļas katrā no skartajām valstīm un beidzās 2009. gada 16. nedēļā pēc tam, kad tā maksimumā šķērsoja kontinentu virzienā no rietumiem uz austrumiem, bet pēc tam no dienvidiem uz austrumiem. 2008.–2009. gada sezonā dominēja A(H3N2) gripa un mazākā mērā B gripa, bet kopumā visvairāk tika konstatēts A(H3N2) vīrus. Lielākā daļa vidē cirkulējošās B gripas vīrusu neatbilda attiecīgajiem B komponentiem, kas bija ietverti 2008.–2009. gada gripas vakcīnā ziemeļu puslodē. Tā kā sezonas laikā tika konstatēta salīdzinoši neliela B vīrusu izplatība, to nevajadzētu uztvert kā īpaši svarīgu faktu sabiedrības veselības jomā. 2009. gada 19. nedēļā, beidzoties „parastajai sezonai”, kontrolparaugā konstatēts pirmais pandēmijas gripas A(H1N1) vīruss. Tam sekoja pandēmijas pavasara/vasaras izplatības vilnis.

2008. gadā atkal izcēlās īpaši patogēna putnu gripa, un ES putniem tika konstatēta arī zemas patogēnes putnu gripa, bet šie gadījumi bija mazāk nekā 2007. gadā. Saistībā ar šiem uzliesmojumiem netika ziņots ne par vienu cilvēka nāvi.

Leģionāru slimības (leģioneloze) paziņošanas gadījumu ES un EEZ/EBTA valstīs rādītājs joprojām bija stabils – 1,2 gadījums uz 100 000 iedzīvotāju. Ziņoto gadījumu maksimums jūlijā, kas tika vērots iepriekšējos gados, 2008. gadā ieilga, ilgstot no jūnija līdz septembrim. Ar ceļojumiem saistīto leģionāru slimības gadījumu skaits, par kuriem tika ziņots, bija zemāks, salīdzinot ar 2007. gadu, tāpat arī ar ceļojumiem saistīto klasteru skaits.

Pēdējo piecu gadu laikā vērojams stabils neliels TB gadījumu samazinājums gadā, lai arī 2008. gadā 28 ES ziņoja par 82 611 TB gadījumiem (paziņojumu rādītājs 16,7 uz 100 000 iedzīvotāju).

Eiropas Savienībā TB ir visbiežāk izplatīta iecerotāju, cilvēku bez dzīvesvietas, nabadzīgo pilsētnieku, ieslodzīto, HIV inficēto un narkotiku lietotāju vidū, bet 2008. gada dati atklāj daudzveidīgāku ainu ar trīs plašākām epidemioloģiskām kategorijām:

- zemas izplatības valstis, kurās gadījumi izteikti palielinās ārvalstu izcelsmes iedzīvotāju vidū un kuru paziņojumu skaits laiku pa laikam pieaug;
- valstis ar salīdzinoši mēreniem vai arī augstiem ziņošanas rādītājiem, kas sāk mazināties, un kuru *MDR TB* nav augsts; un
- valstis ar salīdzinoši augstiem ziņošanas rādītājiem un augstu *MDR TB* gadījumu proporciju, bet ar vispārējo TB rādītāju samazinājumu.

Turklāt kombinētās multirezistentās tuberkulozes (*MDR TB*) gadījumu proporcija laika posmā no 2007. līdz 2008. gadam palielinājās no 4 % uz 6 %, galvenokārt dēļ nepabeigta vai nepilnīga režīma. Sekmīgu rezultātu rādītājs šiem *MDR TB* gadījumiem arī joprojām ir ļoti zems, t. i., 30, 9 % līmenī attiecībā uz 2006. gada kohortu. Lai arī sekundārās rezistences datu kvalitāti, pārstāvību un pabeigtību arvien var uzlabot, skaitļi apstiprina, ka ES teritorijā jau ir izveidojusies *XDR TB*.

Vakcīnregulējamas slimības

ES/EEZ jau ir gandrīz izskaustas vairākas vakcīnregulējamas slimības ar daudz nopietnākām sekām (tādas kā poliomiēlīts, difterija vai stinguma krampji). Vēl viens veiksmes stāsts ES valstīs saistās ar Hib vakcīnas ietekmi, t. sk. šo valstu imunizācijas programmās. Attiecībā uz pārējām vakcīnregulējamām slimībām ir problēmas sasniegt labākus rezultātus grūti sasniedzamās iedzīvotāju grupās. Turklāt dažām no šīm infekcijām mērķu īstenošanu kavējušas neparedzētas šaubas par vakcīnu drošumu, izraisot lokalizētus uzliesmojumus, kurus bija iespējams novērst pilnībā.

Viena no šādām slimībām ir masalas. Kopējais masalu gadījumu skaits ES un EBTA valstīs 2008. gadā bija ievērojami augstāks nekā 2007. gadā. To radīja liela mēroga uzliesmojumi vairākās valstīs, no kuriem vislielākais gadījumu skaits bija Šveicē, Itālijā, Austrijā, Vācijā, Francijā un Apvienotajā Karalistē. Ir vajadzīga stipra politiska apņemšanās, lai novērstu šo satraucošo tendenci.

Savukārt laikā no 2007. līdz 2008. gadam samazinājās ziņoto un laboratoriski apstiprināto masaliņu gadījumu skaits. Neskatoties uz vispārējo iedzimto masaliņu infekcijas gadījumu kraso samazinājumu pēc vakcinācijas ieviešanas, Eiropā vēl arvien uzliesmo sporādiski gadījumi. Nepilnīga vakcinēšanās pret masalām, cūciņām un masaliņām var izraisīt atsevišķu cilvēku paaugstinātu uzņēmību pret šīm slimībām, kas, savukārt, var palielināt šo slimību izplatību, t. sk. iedzimto masaliņu infekciju.

Kopējais ziņojumu rādītājs invazīvai pneimokoku slimībai (*IPD*) 2008. gadā bija 5,2 uz 100 000 iedzīvotāju, kas ir starp augstākajiem rādītājiem vakcīnregulējamo slimību vidū. ES *IPD* uzraudzības sistēmas ir ļoti nevienmērīgas, īpaši attiecībā uz izmantoto uzraudzības sistēmu veidu, aptvērumu un izmantoto gadījuma definīciju; savukārt dažās valstīs uzraudzības sistēmas netiek izmantotas. Lai labāk uzraudzītu serotipu tendences, īpaši vakcīnas neparedzētos, patlaban ECDC Eiropas Savienībā ievieš uzlabotu uzraudzību, kurā iekļauta arī laboratoriskā uzraudzība.

Secinājumi

Šis 2008. gada datu un tendenču kopsavilkums lika domāt, ka infekcijas slimību profilakses un kontroles prioritātes ES nav ievērojami mainījušās pēdējo dažu gadu laikā. Dažām slimībām zināmā apjomā ir samazinājies gadījumu biežums un skaits, ņemot vērā dalībvalstu īstenoto konsekvento profilakses un kontroles rīcību (lai arī atsevišķās iedzīvotāju un riska grupās rādītāji joprojām ir augsti). Tomēr arvien vēl ir problēmas, kas saistītas ar infekcijas slimībām, pašas galvenās no tām:

- mikrobu rezistence;
- veselības aprūpē iegūtās infekcijas
- seksuāli transmisīvās infekcijas, īpaši HIV un hlamīdiju izraisītās;
- gripas izraisītās respiratorās infekcijas (kas iespējamas pandēmijā, kā arī ikgadējās sezonālās epidēmijās), tuberkuloze un pneimokoku infekcijas.

Attiecībā uz dažām no šīm slimībām turpmākas kopējas darbības (piemēram, ar vakcināciju un līdzīgiem kontroles pasākumiem) varētu ES, kā arī visu Eiropu padarīt par šo slimību neskartu zonu, kā tas jau noticis attiecībā uz dažām vakcīnregulējamām slimībām. Tomēr ES dalībvalstīm vēl tāls ceļš ejams, lai sasniegtu mērķus, ko jau tagad paredz slimību izskaušanas programmas, īpaši attiecībā uz masalām, kuru gadījumā samazināšanās tendence ir mainījusies pretējā virzienā. Tāpat arī masaliņu uzraudzības jutības un specifiskuma uzlabošana ir sevišķi svarīga, ņemot vērā PVO 2010. gada slimību izskaušanas mērķus. Attiecībā uz pneimokoku infekcijām arvien vēl pieaug bažas par iespēju, ka pēc vakcīnas ieviešanas serotipus, kuriem paredzēta pneimokoku konjugētā vakcīna, varētu aizstāt serotipi, kam tā nav paredzēta, kā tas jau noticis Amerikas Savienotajās Valstīs.

2008. gada dati liecina, ka mikrobu rezistence joprojām sagādā pieaugošu un nopietnu kaitējumu sabiedrības veselībai Eiropā. Šī problēma jārisina starptautiskā sadarbībā, kā arī apkopojot pūles valsts līmenī, lai ierobežotu un novērstu mikrobu rezistences veidošanos. Arī veselības aprūpē iegūtās infekcijas ir kļuvušas par pieaugošu problēmu, kuras risināšanā jāievēro saskaņota profilakses un kontroles politika. Politikas veidotājiem ieguvums būs daudz ticamāki dati, ko paredzams iegūt centienos uzlabot uzraudzības sistēmas, kuras galvenokārt atrodas slimnīcās vai ilgtermiņa aprūpes iestādēs.

Lai arī TB tendence ir lejupvērsta, arvien palielinās *MDR* TB un HIV+TB duālās infekcijas rādītāji. Tāpat pieaug arī vispārējā HIV izplatības tendence. Abos gadījumos šīs abas infekcijas pieprasa lielu nopietnību, lai saglabātu stingras valsts un starptautiska mēroga profilakses un kontroles darbības, t. sk. turpmākus ieguldījumus uzraudzībā. Ziņu sniegšana par TB/HIV kopējo mirstību arvien vēl ir nepietiekamas, lai arī izstrādāti jauni plāni, lai uzlabotu šo situāciju.

Gripa joprojām pierādīja, cik neparedzama var būt sezonāla epidēmija, un samērā smaga bija sezona, kurā dominējošais bija A(H3N2) vīruss, kuru nomainīja A(H1N1) pandēmija, kas sākās Amerikas kontinentā.

A tabula. Pārskats par vispārīgām tendencēm, ES paziņojumu rādītājiem un galvenajām vecuma grupām, kuras skar infekcijas slimības, par kurām 2008. gadā ziņoja ES līmeni

Slimības nosaukums	Vispārīga tendence	ES paziņojumu rādītāji uz 100 000 iedzīvotājiem (2008. gadā)	Lielākoties skartās vecuma grupas (2008. gadā)
Elpošanas ceļu infekcijas			
Gripa	↔	Nav datu	0–14
Putnu gripa	Nepietiekami dati	0	Nepietiekami dati
Leģionāru slimība (leģioneloze)	↑	1,2	≥ 65
Tuberkuloze	↓	16,7	25–44
HIV, seksuāli transmisīvās slimības un ar asinīm pārnēsājamas vīrusu infekcijas			
Hlamīdiju infekcija	↑	149,9	15–24
Gonoreja	↓	8,6	15–24, 25–44
B hepatīts	↓	1,3	25–44
C hepatīts	↑	9,0	25–44
HIV	↑	5,7	25–44
AIDS	↓	1,1	40–49
Sifiliss	↔	4,2	25–44
Pārtikas un ūdens izraisītas slimības un zoonozes			
Sibīrijas mēris	↓	< 0,01	Nepietiekami dati
Botulisms	↔	< 0,1	25–44
Bruceloze	↓	0,2	45–64, 25–44
Kampilobakterioze	↑	44,1	0–4
Holēra	↓	<0,01	Nepietiekami dati
Kriptosporidioze	↔	2,4	0–4
Ehinokokoze	↔	0,2	45–44, ≥ 65
Verotoksīgēnais <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Žirardiāze	↓	59,6	0–4
A hepatīts	↓	3,3	5–14
Leptospiroze	↔	0,2	45–64
Listerioze	↔	0,3	≥ 65
Salmoneloze	↓	29,8	0–4

Slimības nosaukums	Vispārīga tendence	ES paziņojumu rādītāji uz 100 000 iedzīvotājiem (2008. gadā)	Lielākoties skartās vecuma grupas (2008. gadā)
Šigeloze	↔	1,8	0–4
Toksoplazmoze	↓	0,8	15–24
Trihineloze	↔	0,1	25–44
Tularēmija	↔	0,2	45–64
Tīfs/Paratīfs	↔	0,3	0–4, 5–44
CJD paveids	Nepietiekami dati	< 0,01	Nepietiekami dati
Jersinoze	↑	2,7	0–14
Periodiskās un pārnēsājamas slimības			
Malārija	↔	1,2	25–44
Mēris	Nepietiekami dati	0	Nepietiekami dati
Q drudzis	↔	0,4	45–64
Smags akūts respiratorais sindroms (SARS)	Nepietiekami dati	0	Nepietiekami dati
Bakas	Nepiemēro	0	Nepietiekami dati
Čikungunja	Nepietiekami dati	< 0,01	45–64
Denges drudzis	Nepietiekami dati	0,1	25–44
Hantas vīrusa infekcija	Nepietiekami dati	1,4	25–44, 45–64
Rietumnilas drudzis	Nepietiekami dati	< 0,01	Nepietiekami dati
Dzeltenais drudzis	Nepietiekami dati	0	Nav gadījumu
Vakcinregulējamas slimības			
Difterija	↓	<0,01	5–14, 45–64
Invazīvā <i>Haemophilus influenzae</i> infekcija	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Invazīvā meningokoku slimība	↓	0,9	0–4
Invazīvā pneimokoku infekcija	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Masalas	↔	0,9	0–4
Cūciņas	↓	2,8	5–14
Garais klepus	↔	5,3	5–14
Poliomielīts	Nepietiekami dati	0	Nepietiekami dati
Trakumsērga	↓	< 0,01	Nepietiekami dati
Masaliņas	↓	0,6	0–4
Stingumkrampji	↓	< 0,1	≥ 65
Mikrobu rezistence un veselības aprūpē iegūtas infekcijas			
Mikrobu rezistence (AMR)	↑	Nepiemēro	Nepietiekami dati
Hospitālās infekcijas	↑	Nepiemēro	Nepietiekami dati

9. Mikrobu rezistences uzraudzība Eiropā 2009. gadā

(Publicēts 2010. gada novembrī)

Šis ir pirmais Eiropas Mikrobu rezistences uzraudzības tīkla (*EARSNet*) gada ziņojums pēc Eiropas Mikrobu rezistences uzraudzības sistēmas (*EARSS*) nodošanas Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (*ECDC*) pārziņā 2010. gadā. Šis ziņojums ir turpinājums augstu vērtētajai *EARSS* gada ziņojumu sērijai, kurus tīkls publicēja kopš 2001. gada.

Pēdējo desmit gadu laikā mikrobu rezistences jautājums ieņem arvien nozīmīgāku vietu sabiedrības veselības darba kārtībā Eiropā. Agrāk *EARSS* veiktā, bet patlaban *EARS-Net* turpinātā mikrobu rezistences uzraudzība ir devusi svarīgu ieguldījumu mikrobu rezistences un izplatības dokumentēšanā, kā arī izpratnes vairošanā par šo problēmu politiskajā līmenī, sabiedrības veselības darbinieku vidū un zinātnieku aprindās.

Pamatojoties uz mikrobu rezistences datiem, ko 2009. gadā 28 valstis nosūtījušas *EARS-Net* tīklam, kā arī tendenču analīzei, kuros tika ietverti *EARSS* iepriekšējo gadu dati, mikrobu rezistences situācija Eiropā uzrāda lielu dažādību atkarībā no patogēna veidiem, antimikrobiālajām vielām un ģeogrāfiskā reģiona.

2009. gadā visnopietnākās bažas saistībā ar rezistences rezultātiem radīja gan straujā invazīvās *Escherichia coli* baktērijas jutības mazināšanās pamatā pret visiem antibakteriālajiem aģentiem, kas iekļauti *EARS-Net* uzraudzībā, izņemot karbapenēmus, kā arī augstā *Klebsiella pneumoniae* rezistences izplatība pret trešās paaudzes cefalosporīniem, fluorokvinolonu un aminoglikozīdiem. Pusē no valstīm, kas ziņoja datus multirezistentu *K. pneumoniae* izolātu (kombinēta rezistence pret trešās paaudzes cefalosporīniem, fluorokvinolonu un aminoglikozīdiem) proporcija ir lielāka par 10 %, un dažas valstis jau ziņo arī par augsto rezistences rādītāju pret karbapenēmiem. Šis antibiotikas tiek plaši izmantotas daudzās valstīs, jo tām ir pieaugoša paplašināta spektra beta laktamāzes (*ESBL*) attiecība, kas ļauj ražot enterobaktērijas, kam ir turpmāka ietekme uz karbapenēma ražošanas sākšanos (*VIM*, *KPC* un *NDM-1*), īpaši *K. pneumoniae* gadījumā.

Augstākie rezistences rādītāji *E. coli* baktērijai tika ziņoti attiecībā pret aminopenicilīniem, un tie sasniedza 66 %. Neatkarīgi no augstā rezistences līmeņa šie rādītāji turpina palielināties valstīs, kurās jau līdzšinējais rezistences līmenis pārsniedz 50 %. Arī rezistence pret trešās paaudzes cefalosporīniem *E. coli* baktērijai pēdējo četru gadu laikā ir ievērojami palielinājusies vairāk nekā pusē valstu, no kurām saņemti dati. Šī rezistence ir tieši saistīta ar augstajiem *ESBL* pozitīvajiem rādītājiem (85–100 %) starp rezistentajiem izolātiem valstīs, kuras 2009. gadā ziņojušas par *ESBL*.

Citas tendences par *EARS-Net* tīklam ziņotiem rezistences rašanās gadījumiem liek cerēt, ka valstu īstenotie infekcijas kontroles centieni un mērķtiecīgās pūles rezistences ierobežošanā atsevišķos gadījumos apturēs rezistences izstrādāšanos vai nevēlamās rezistences tendences pavērsīs pretējā virzienā, kā to ilustrē meticilīna rezistentā *Staphylococcus aureus* (*MRSA*) gadījums. Pat neskatoties uz to, ka *MRSA* proporcionālā daļa *Staphylococcus aureus* grupā arvien pārsniedz 25 % 10 no 28 valstīs, dažās valstīs *MRSA* gadījumu skaits stabilizējas vai samazinās, bet Apvienotajā Karalistē, Austrijā, Francijā, Īrijā un Latvijā tas stabili samazinās.

Turklāt Apvienotajā Karalistē konstatēta konsekventa rezistences rādītāju samazināšanās attiecībā uz *K. pneumoniae* pret visām antibiotiku grupām, kas ir iekļautas uzraudzībā, bet dažās valstīs (Grieķijā, Francijā, Itālijā un Vācijā) sekmīgas šķiet kļuvušas pūles kontrolēt *Enterococcus faecium* rezistenci pret glikopeptīdiem un to rezultātā turpinās rezistentu izolātu proporcijas samazināšanās. Tajā pašā laikā šķiet, ka salīdzinoši augstā līmenī stabilizējas *Enterococcus faecalis* augstā līmeņa rezistence pret aminoglikozīdiem. Lielākā daļa valstu ziņoja, ka rezistentu izolātu proporcionālā daļa bija robežās starp 30 % un 50 %.

Attiecībā uz *Streptococcus pneumoniae* Eiropā kopumā nav konstatēts jutības trūkums pret penicilīnu, sešās valstīs savukārt mazinājusies nejutība pret makrolīdiem, un neviena valsts nav ziņojusi par tās palielināšanās tendencēm. Runājot par *Pseudomonas aeruginosa*, daudzas valstis, īpaši dienvidos un Austrumeiropā, ziņoja par augstiem rezistences rādītājiem pret fluorokvinolonu un aminoglikozīdiem, kā arī par kombinēto rezistenci.

Attiecībā uz vairākām antimikrobiālām un patogēnām kombinācijām, piemēram, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* rezistenci pret fluorokvinolonu, un attiecībā uz *MRSA* Eiropā ir vērojams kritums virzienā no ziemeļiem uz dienvidiem. Kopumā zemāki rezistences rādītāji tiek ziņoti ziemeļos, bet augstāki dienvidos, kas, iespējams, atspoguļo atšķirības infekciju kontroles praksē, tiesību aktu esamību vai neesamību attiecībā uz antimikrobiālo līdzekļu parakstīšanu un citus faktorus, kas ietekmē rezistences veidošanos.

Tomēr attiecībā uz *K. pneumoniae* tika novērotas rezistences palielināšanās tendence pret īpašām antibiotiku grupām, un multirezistence tika konstatēta arī Ziemeļeiropas valstīs, tādās kā Dānija un Norvēģija, kurās pieeja antibiotiku lietošanai ir tradicionāli stingra.

Papildus regulārajai tendenču analīzei un situācijas pārskatam šajā 2009. gada *EARS-Net* ziņojumā ir iekļauta jauna apskata nodaļa, kurā sniegta padziļināta *E. coli* un *MRSA* analīze. Šo analīžu pamatā ir tikai laboratoriju dati, kas regulāri sniegti vairāku gadu laikposmā. Padziļinātās analīzes apstiprina multirezistences konsekventu

palielināšanos un atklāj stabilu un ievērojamu *E. coli* antimikrobiālā jutīguma mazināšanos vairāku gadu garumā. Attiecībā uz MRSA novērotais mazinājums visdrīzāk atspoguļo infekciju kontroles pasākumu efektivitāti slimnīcu līmenī un pat var likt cerēt uz rezistences ierobežošanas stratēģijas panākumiem citās jomās.

Nobeigumā jāatzīst, ka *EARS-Net* tīklam iesaistīto valstu ziņotie 2009. gada dati nodrošina bāzes līniju zināšanām attiecībā uz antimikrobiālās rezistences sastopamību Eiropā un dokumentē neveiksmīgo un ātro antimikrobiālās ārstniecības iespēju samazināšanos attiecībā uz svarīgākajiem bakteriālajiem patogēniem.

10. HIV/AIDS uzraudzība Eiropā 2009. gadā

(Publicēts 2010. gada novembrī)

Galvenie punkti

HIV infekciju joprojām uzskata par galveno sabiedrības veselības problēmu Eiropā, par ko liecina HIV izplatības palielināšanās vairākās Eiropas valstīs. Kopumā, neskatoties uz nepilnīgo ziņošanu, no jauna diagnosticētu HIV infekcijas gadījumu skaits 2008. gadā ir palielinājies, savukārt diagnosticētu AIDS gadījumu skaits PVO Eiropas reģionā turpina samazināties, izņemot austrumu daļā, kur AIDS gadījumu skaits ir palielinājies.

- Starp 48 valstīm, kas 2004.–2009. gadā pastāvīgi sniedza datus par AIDS, diagnosticēto AIDS gadījumu rādītājs samazinājies no 2,0 uz 100 000 iedzīvotājiem līdz 1,0 100 000 iedzīvotājiem. 2009. gadā 49 no 53 PVO Eiropas reģiona valstīm tika diagnosticēti un paziņoti 53 427 HIV gadījumi (nav pieejami dati par Austriju, Monako, Krieviju un Turciju). Visaugstākie rādītāji tika ziņoti no Apvienotās Karalistes, Igaunijas, Latvijas, Moldovas, Portugāles, Ukrainas un Uzbekistānas.
- 48 valstis ziņoja par 6 568 AIDS gadījumiem (nav pieejami dati par Austriju, Monako, Krieviju, Turciju un Zviedriju).
- 2009. gadā Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas (ES/EEZ) valstis ziņoja par 25 917 no jauna diagnosticētiem HIV infekcijas gadījumiem (nav pieejami dati no Austrijas). ES/EEZ valstīs par visaugstākajiem rādītājiem ziņoja Igaunija, Latvija, Portugāle un Apvienotā Karaliste.
- ES/EEZ dominējošie HIV inficēšanās ceļi bija dzimumsakari starp vīriešiem, kuriem sekoja heteroseksuāli dzimumkontakti. Aptuveni 38 % visu gadījumu, kad inficēšanās ar HIV ir notikusi heteroseksuālu dzimumkontaktu ceļā, tika diagnosticēti personām, kuru izcelsmes valstīs ir noteikta vispārēja HIV epidēmija.
- Trīs ģeogrāfiskās/epidemioloģiskās zonās dominējošais inficēšanās veids dažādās zonās atšķiras, atspoguļojot HIV epidemioloģijas plašo daudzveidību Eiropā. Lai arī ziņotie dati liecina, ka heteroseksuāli dzimumkontakti ir kļuvuši par galveno inficēšanās veidu austrumos, datu iekļaušana no Krievijas, kas šajā ziņojumā nebija pieejami, šajā ziņā būtiski palielinātu intravenozo narkotikas lietošanas proporciju. Intravenozo narkotiku lietošana joprojām ir dominējošais HIV inficēšanās ceļš šajā reģionā un austrumu daļā kopumā. ES/EEZ dominējošie HIV inficēšanās ceļi bija dzimumsakari starp vīriešiem, kuriem sekoja heteroseksuāli dzimumkontakti. Arī rietumu daļā dominējošie HIV inficēšanās ceļi bija dzimumsakari starp vīriešiem, kuriem sekoja heteroseksuāli dzimumkontakti, ja neietver gadījumus, kuru izcelsme ir valstīs ar vispārēju epidēmiju.
- Šeit sniegtie dati nav pilnīgi, nepilnīgās ziņošanas un trūkstošo datu no vairākām valstīm dēļ, kā arī tādēļ, ka datu ziņošana kavējas. Tas rada šķēršļus secinājumiem, kas izdarāmi saistībā ar HIV un AIDS epidēmijas apmēriem un darbības zonu Eiropā. Ja šie dati tiktu izlaboti, kopējais HIV infekciju skaits 2009. gadā visticamāk būtu vairāk nekā divkārt liels.

Ieteikumi HIV/AIDS uzraudzībai

HIV/AIDS uzraudzības dati ir nepieciešami HIV epidēmijas tendenču kontrolei un sabiedrības veselības aprūpes reakcijas veidošanai. Tādēļ visām Eiropas valstīm ir:

- jāievieš individuāla nacionālā ziņojumu sistēma par HIV un AIDS gadījumiem un jānodrošina tās precīza un savlaicīga darbība; un
- jāuzlabo iesniegto datu kvalitāte, jo īpaši saistībā ar inficēšanās ceļiem un „CD4” šūnu skaitu.

Ieteikumi sabiedrības veselības aprūpei

Epidēmijas kontroles pasākumi ir jāpamato ar pierādījumiem un jāpielāgo gan attiecīgajai valstij, gan tās epidemioloģiskajai situācijai. Ir pamats ieteikt šādus pieejamos uzraudzības datus:

- valstīm austrumu daļā: HIV kontroles pasākumi intravenozo narkotiku lietotāju vidū, tostarp kaitējuma mazināšanas programmas, ir HIV preventīvo stratēģiju pamats. Jāstiprina stingrāki pasākumi, lai novērstu inficēšanos heteroseksuālu dzimumattiecību ceļā, un tie īpaši ir vēršami pret personām, kuru partneri ietilpst paaugstināta riska grupā;
- valstīm centrālajā daļā: profilakses pasākumi ir jāpielāgo apstākļiem katrā valstī, lai ierobežotu epidēmiju tās esošajā līmenī. Tomēr, tā kā epidēmija starp vīriešiem, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu, aizvien pieaug, pasākumi, lai kontrolētu HIV šajā grupā, ir jānostiprina kā prioritāte;
- valstīm rietumu daļā: HIV kontroles pasākumi to vīriešu vidū, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu, ir HIV profilakses pasākumu pamats, tostarp novatoriskas programmas šai grupai. preventīvie pasākumi, ārstēšana un aprūpe ir jāpielāgo iecelotājiem no citām valstīm;
- kopumā ir jāveicina konsultēšana par HIV, kā arī HIV pārbaūžu veikšana, lai nodrošinātu agrīnas diagnosticēšanas un piekļuvi ārstēšanai un konsultācijām, lai novērstu vai mazinātu tālāku infekcijas

izplatību, kā arī, lai uzlabotu personu ilgtermiņa ārstēšanas rezultātus. Ir jānodrošina vienlīdzīga piekļuve HIV ārstēšanai un aprūpei visās iedzīvotāju grupās, lai valstis varētu sasniegt globālo mērķi – vispārēju pieeju profilaksei, ārstēšanai un aprūpei, kā arī sasniegt mērķus, kas noteikti ES Komisijas Paziņojumā un rīcības plānā „HIV/AIDS apkarošana Eiropas Savienības valstīs un kaimiņvalstīs 2009.–2013. gadā”.

Īpašie ziņojumi

11. Īstenojot Dublīnas deklarāciju par partnerību HIV/AIDS apkarošanai Eiropā un Centrālāzijā. 2010 gada progresa ziņojums

(Publicēts 2010. gada septembrī)

2004. gada februārī Dublīnā tikās Eiropas un Centrālāzijas valstis, kur sagatavoja deklarāciju, kuras mērķis bija ANO paziņojuma par saistībām īstenošanas paātrināšana. Attiecīgās saistības valstis uzņēmās ANO Ģenerālās asamblejas HIV/AIDS jautājumiem veltītajā ārkārtas sesijā 2001. gadā.

Un tā, kādi rezultāti ir sasniegti? Šis arī ir šā ziņojuma galvenais jautājums. Tajā pēc iespējas ir dokumentēti sasniegumi, izmantojot valstu sagatavotos ziņojumus, salīdzinot reģiona valstu rādītājus ar izraudzītiem atsauces indikatoriem. Tajā, kur iespējams, izmantoti esošie dati, kā arī vispārēji par pamatu ņemts iepriekš veiktais darbs, kā arī, konkrēti, izmantots PVO Eiropas reģionālā biroja 2008. gada ziņojums par AIDS. Īpaši sagatavotas aptaujas veidlapas tika nosūtītas 55 valstīm, un atbildes tika saņemtas no 49.

Politiskā vadība un partnerība

Gandrīz visas valstis ziņo, ka tām ir stratēģisks pamats reaģēšanai uz HIV (92 %) un reaģēšanas/koordinācijas organizācija (84 %). Astoņas valstis ziņoja, ka tās izstrādājušas savu stratēģisko pamatu pēdējos piecos gados, t. i., kopš Dublīnas deklarācijas pieņemšanas. Tomēr nav skaidrs, vai šie ģenēriskie pasākumi ir atbilstošas pilnvaras politiskai vadībai HIV izplatības apturēšanā reģionā. Daudz piemērotāki pasākumi būtu:

- noteikt finanšu resursu pietiekamo apmēru HIV profilakses mērķiem galvenajām attiecīgajām iedzīvotāju grupām, tādām kā intravenozo narkotiku lietotājiem (*IDU*), vīriešiem, kuriem ir dzimumattiecības ar savu dzimumu un (*MSM*) un prostitūcijā nodarbinātajām personām;
- noteikt, kādā pakāpē valstīm īstenojami galvenie pasākumi, tādi kā kaitējuma samazināšanas programmas *IDU* un profilakses programmas *MSM*, lai tie būtu pietiekami; un
- noteikt, kādā pakāpē valstīm risināt sarežģītus, bet būtiskus politiskus jautājumus, kas saistīti ar sociālo atstumšanu un paaugstināta riska grupas iedzīvotājiem, tādus kā kaitējuma samazināšanas programmu nodrošināšanu *IDU* cietuma apstākļos un no vispārējās HIV epidēmijas skartas valsts iebraucējiem iecelotājiem būtu pieejama piekļuve pakalpojumiem.

Kopumā ir iegūti pārliecinoši pierādījumi, ka pilsoniskā sabiedrība visā reģionā tiek plaši uzskatīta par galveno spēlētāju reaģēšanai uz HIV un ka tā ir cieši iesaistīta šajā reaģēšanas procesā. Piemēram, gandrīz visas valstis (98 %) ziņoja par attiecīgu pilsoniskās sabiedrības iesaistīšanu savu stratēģisko pamatu izstrādē. Atbilstoši atziņām, kas gūtas no Dublīnas deklarācijas pirmā progresa ziņojuma, gan valdība, gan pilsoniskā sabiedrība atzina ieguvumus, kas gūti, pilsoniskai sabiedrībai iesaistoties reaģēšanas procesā uz HIV, un pilsoniskā sabiedrība paskaidroja, ka no 2005. līdz 2007. gadam ir uzlabojušies apstākļi tās iesaistīšanai šajā reaģēšanas procesā. Savukārt privātā sektora formāla iesaistīšanās reaģēšanā uz HIV problēmām šķiet daudz ierobežotāka.

HIV epidēmija Eiropā un Centrālāzijā pamatā ir koncentrēta atsevišķās iedzīvotāju grupās. Ir pierādījumi, ka dažās reģiona valstīs īpašu uzmanību velta finansējuma piešķiršanai profilakses mērķiem attiecībā uz epidēmijas skartajām iedzīvotāju grupām. Tādējādi tas ne tikai nodrošina izdevīguma principu, bet kopumā paredz arī radīt efektīvākus reaģēšanas rezultātus. Lai arī finansējums valstu reaģēšanai uz HIV šajā reģionā arvien vairāk palielinās no vietējiem avotiem, reģiona mazu un vidēju ienākumu valstīs pastāv neatliekama vajadzība pēc pastāvīga finansiāla atbalsta reaģēšanai uz HIV. Visās reģiona valstīs prioritāti vajadzētu piešķirt piemērotu mehānismu izveidei šāda finansiāla atbalsta nodrošināšanai.

Kopš Dublīnas deklarācijas pieņemšanas ievērojami palielinājušies finanšu līdzekļi, kas pieejami vispārējai reaģēšanai uz HIV. Pirms deklarācijas, t. i., 2002. gadā, vispārējai reaģēšanai uz HIV pieejamie resursi bija USD 1,2 miljardi. 2008. gadā tie palielinājās vairāk nekā seškārt un sasniedza USD 7,7 miljardus. Šo pieaugumu veicināja Amerikas Savienotās Valstis un dažas Eiropas valstis, izmantojot gan divpusējas, gan daudzpusējas iniciatīvas. 2008. gadā 40% no visām iemaksām par starptautisko AIDS palīdzību no donorvalstīm nāca no Eiropas Savienības (ES) dalībvalstīm, Eiropas brīvās tirdzniecības asociācijas (EBTA) valstīm un no Eiropas Komisijas. Ņemot vērā pašreizējo globālo finanšu krīzi un konkurējošo prioritāti par finansējumu, ir svarīgi, lai reģiona valstis sastaptos ar izaicinājumu uzturēt un turpmāk palielināt šo finansējuma līmeni, kā arī nodrošinātu, ka finansējums tiek izlietots iespējami efektīvi.

Profilakse

Ir daudz pierādījumu tam, ka noteiktas galvenās iedzīvotāju grupas Eiropā un Centrālajā Āzijā HIV skar jo īpaši. Izaicinājums joprojām ir nodrošināt, lai šīm iedzīvotāju grupām būtu pietiekama piekļuve nepieciešamajiem HIV profilakses pakalpojumiem. Pirmajā progresa ziņojumā par Dublīnas deklarāciju uzsvērts mērķtiecīgu pūliņu pastiprināšanas un paaugstināšanas nozīmīgums, lai mazinātu netaisnību saistībā ar HIV, un šis jautājums reģionā ir būtisks joprojām.

Ir labi zināms, ka intravenozo narkotiku lietotāji ir īpaši neaizsargāti pret HIV infekciju, un šī situācija attiecas uz visu reģionu. Ir skaidrs arī tas, ka HIV izplatība *IDU* starpā var tikt kontrolēta, ja tiek sniegti efektīvi pakalpojumi pietiekamā apmērā, lai radītu pozitīvas pārmaiņas. Šajos pasākumos varētu ietvert noteiktu skaitu adatu/šļirču izdalīšanu vienreiz gadā katram *IDU* un noteiktu daļu *IDU*, kuri saņem opiātu aizstājterapiju. Visām valstīm vajadzētu censties sasniegt šādu programmu augsto līmeni, ko dažas jau ir sasniegušas.

Ir labi zināms arī tas, ka noteiktās valstīs un reģionos, t. sk. Eiropā, HIV īpaši skar *MSM*. HIV *MSM* vidē izplatās ne tikai reģiona rietumos, bet ir pierādījumi, ka izplatība šajā grupā citur reģionā ir daudz lielāka nekā iepriekš atzīts. Šie pierādījumi apstiprina pirmā progresa ziņojuma atziņas, ka *MSM* sabiedrībā valda slēpta HIV epidēmija. Dažās valstīs šajā grupā infekcijas rādītāji turpina pieaugt. Tomēr nav zināms, kādi tam ir iemesli, turklāt šie dati dažādās valstīs var būt atšķirīgi. Ir vajadzīgs iegūt turpmākus pierādījumus par šiem iemesliem, un tos varētu sniegt patlaban notiekošais Eiropas *MSM* pētījums (*EMIS*). Lai arī nav skaidrs, kā var precīzi izmērīt aizsardzības programmu darbību attiecībā uz *MSM*, tomēr var konstatēt, ka daudzās valstīs aizsardzības līmenis arvien vēl ir nepietiekams un arvien vēl ir nepieņemami augsts to dzimumaktu īpatsvars, kuros nelieto prezervatīvu. Ir gūti pierādījumi arī tam, ka dažās valstīs noteiktas *MSM* grupas – jaunieši, kas dzīvo ārpus lielām pilsētām, kuri ir mazāk izglītoti un kuri sevi apzinās kā biseksuālus – visdrīzāk paliks ārpus HIV programmām.

Lai arī prostitūcijā nodarbinātās personas vispārēji tiek atzītas par īpaši augsta HIV infekcijas riska grupu, pierādījumu ir daudz mazāk, lai apgalvotu, ka šāda situācija ir reģionā. Piemēram, HIV izplatības rādītāji prostitūcijā nodarbināto personu vidū daudzās reģiona valstīs ir salīdzinoši mazi. Tomēr tas neattiecas uz visiem prostitūcijā nodarbinātajiem. Dažām prostitūcijā nodarbināto personu kategorijām HIV infekcijas rādītāji ir augstāki, t.sk., tām, kas lieto intravenozās narkotikas, vīriešu dzimtes prostitūtas un transdzimuma prostitūcijā nodarbinātie, personas no valstīm, kurās ir vispārēja epidēmija, kā arī personas, kas strādā uz ielas. Kopumā prostitūcijā nodarbināto starpā komerciāla dzimumakta laikā prezervatīva izmantošana ir salīdzinoši augsta un šķiet, ka tas ir vairāk noteicošs faktors par prostitūcijā nodarbināto personu zināšanām veltītajiem pasākumiem.

HIV īpaši skāris ieceļotājus no valstīm, kurās ir vispārēja HIV epidēmija. Lai arī dažās valstīs pastāv bažas par citām ieceļotāju grupām, nav pietiekamu pierādījumu tam, ka šīs grupas HIV skāris neproporcionāli, t. i., neatkarīgi no risku izraisošas uzvedības, piemēram, tādās kā intravenozo narkotiku lietošana. Jautājumi saistībā ar ieceļotājiem attiecas ne tikai uz HIV profilaksi, bet arī uz ārstniecības un aprūpes nodrošināšanu. Daudzās valstīs ir konkrēti jautājumi, kas saistās ar neregistrētu ieceļotāju piekļuvi pamatpakalpojumiem, tādiem kā antiretrovirālā terapija (*ART*).

Ieslodzītie, īpaši tie, kas lieto intravenozās narkotikas, ir vēl viena grupa reģionā, kas ir lielā mērā neaizsargāta pret HIV. Lai arī tiek atzīta vajadzība, ka cietumos un kopienai ir nepieciešami līdzvērtīgi pieejamie HIV dienesti, šāda situācija nav visās reģiona valstīs. ES/EBTA valstīs izvirzījušās vadošā vietā opiātu aizstājterapijas nodrošināšanu cietumos, tomēr šādu pieeju daudzas citas reģiona valstīs nepārņēma. Šī vadošā pozīcija neattiecas uz sterila injicēšanas līdzekļu nodrošināšanu cietumos.

Šis pārskatīšanas neapstrīdami būtiskākais jautājums bija tas, vai un cik lielā mērā reģiona valstīs pret HIV infekciju neaizsargāti ir jaunieši. Sprotams, attiecībā uz HIV risku visus jauniešus nevar uzskatīt par viendabīgu grupu. Tomēr daļa no viņiem ir pakļauti nopietnam riskam, piemēram, jauni *IDU* un jauni *MSM*, turklāt ir pierādījumi, ka uz programmām šīs grupas atsauca daudz retāk nekā vecāka gadagājuma grupas. Lai arī vairāk par trīs ceturtdaļām valstu ziņoja, ka izglītošana par HIV ir iekļauta to vidusskolu programmās, pastāv bažas, ka plaša dzimumveselības izglītība nav pieejama visiem jauniešiem reģionā, īpaši jaunākiem bērniem, piemēram, sākumskolās.

Dzīve ar HIV

Visas valstīs, kurās pieejami dati par tendencēm, ziņoja, ka kopš Dublīnas deklarācijas pieņemšanas, palielinājies to cilvēku skaits, kam nozīmēta *ART* terapija. Tomēr pastāv bažas, ka daudzas no šīm valstīm sākušas no ļoti zema ārstēšanas nodrošināšanas līmeņa un vai visi, kam tas nepieciešams, šo ārstēšanu saņem atbilstoši. Galvenais jautājums saistībā ar atbilstošu ārstēšanas nodrošināšanu tiem, kam tas nepieciešams, nav saistīts ar ārstēšanas nodrošināšanu tiem, par kuriem ir zināms, ka tā nepieciešama, piemēram, ar rādītāju $CD4 < 350$ šūnas/mm³. Drīzāk tas ir jautājums, cik lielā mērā HIV inficētajiem (*PLHIV*) reģionā ir vajadzīga ārstēšana, bet par to nezina, jo nav informēti par savu HIV statusu, t. i., šiem cilvēkiem nav noteikta diagnoze. ECDC 2008. gada dati atklāj, ka 21 valstī, kas ziņojušas datus par „*CD4*” šūnu skaitu diagnozes noteikšanas laikā, lielākajai daļai cilvēkiem, kam noteikts *CD4*, tas bija mazāks par 350 šūnām/mm³. Šie skaitļi rada nopietnas bažas, jo norāda uz lielu skaitu cilvēku reģionā, kas *ART* terapiju sākuši vēlāk nekā ieteicams.

Gandrīz visas valstis (84 %) ziņo, ka to nacionālajās stratēģijās vai pamatrīcības plānos HIV un AIDS izplatības apturēšanai ir risināta sociālās stigmas un diskriminācijas problēma, bet tā nav konsekventi atspoguļota politikas dokumentos un programmās. Tāpat ir droši pierādījumi tam, ka reģiona valstīs arvien vēl pastāv aizspriedumaina un diskriminējoša attieksme, un nav skaidrs, cik lielā mērā tiek izmantoti mehānismi šo aizspriedumu un diskriminācijas apkarošanai. Šī situācija nav ievērojami uzlabojusies kopš Dublinas deklarācijas pirmā progressa ziņojuma.

Dublinas deklarācijas īstenošanas uzraudzība

Viena no Dublinas deklarācijas saistībām bija tās īstenošanas uzraudzība. Eiropas Komisija šo atbildību uzticēja ECDC. Šis ziņojums ir ECDC sāktā darba procesa rezultāts, pildot šo uzdevumu. Tā pamatā ir gan atsevišķu personu, gan organizāciju ieguldītais darbs. Konkrēti, ziņojumam datus sniedza 49 valstis, kas piedalījās šajā pārskatīšanā.

Divi no principiem, kas tika ievēroti šajā pārskatīšanā, bija maksimāli izmantot esošos datus un indikatorus, kā arī nodrošināt, lai izmantotie indikatori atbilstu situācijai Eiropas un Centrālās valstīs. Dažreiz radās saspīlējumi attiecībā uz principu izmantošanu, konkrēti, jautājumos par to, kurus ANO Ģenerālās asamblejas ārkārtas sesijā minētos indikatorus un datus izmantot šajā sesijā. ANO Ģenerālās asamblejas ārkārtas sesijā minētie indikatori tika izmantoti, kur vien tas bija iespējams. Tas bija iespējams visos gadījumos, kuros valsts bija iepriekš sniegusi datus ANO Ģenerālās asamblejas ārkārtas sesijai. Dati tika saņemti no 12 valstīm, kas nebija sniegušas datus ANO Ģenerālās asamblejas ārkārtas sesijai 2008. gadā. Pārskatīšanā valstīm tika īpaši atļauts iesniegt pieejamos datus noteiktos jautājumos pat tad, ja tie pilnībā neatbilst ANO Ģenerālās asamblejas ārkārtas sesijas indikatoriem. Turklāt ir savākta informācija par dažām iedzīvotāju grupām, kurām nav īpašu ANO Ģenerālās asamblejas ārkārtas sesijas indikatoru, piemēram, ieslodzītajiem un ieceļotājiem no valstīm, kurās ir vispārēja epidēmija. Pārskatīšanā tika secināts, ka ANO Ģenerālās asamblejas ārkārtas sesijai tiks panākti augstāki respondences rādītāji no reģiona valstīm, ja:

- šie indikatori būs vairāk saistīti ar reģionu;
- ieguvumi no starptautiskas ziņošanas tiks skaidrāk formulēti;
- ar ziņošanu saistītais noslogojums valstīm tiks mazināts, izveidojot vienotu koordinētu starptautiskas ziņošanas procesu.

Lai īsākā laikā risinātu šos jautājumus, ātrāka virzība kļuvusi par šajā pārskatīšanā iesaistīto reģiona valstu neatliekamam uzdevumu. ECDC ir uzņēmis pienākumu vadīt šo reģionālo procesu.

12. 2009. gada A(H1N1) pandēmija Eiropā. Gūtās pieredzes pārskats

(Publicēts 2010. gada novembrī)

Šā paplašinātā ziņojuma mērķis ir sniegt plašu pārskatu ar 2009. gada pandēmijas epidemioloģiju un virusoloģiju Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas (ES un EEZ) valstīs (27 ES dalībvalstīs, kā arī Norvēģijā un Islandē). Ir sniegta attiecīga vispārēja informācija par gripas epidēmijām un pandēmijām, galvenokārt par to mainīgumu un neparedzamību. Galvenās tendences un informācija iegūta no epidemioloģisko un virusoloģisko datu analīzes un interpretācijas, kā arī citām analīzēm, ko sniedza Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (ECDC) Eiropas Uzraudzības sistēma (TESSy), izmantojot Eiropas Gripas uzraudzības tīklu (EISM).

Šie dati un analīzes liecina, ka pēc tā parādīšanās Ziemeļamerikā pandēmiskais vīrus sasniedza Eiropu 2009. gada 16. nedēļā. Šis vīrus atbilda iepriekš noteiktajiem Eiropas pandēmijas kritērijiem tāpat kā citur pasaulē. Īsā laikā tika izstrādāta pandēmijai atbilstoša uzraudzība, par kuru vienojās ECDC un ES / EEZ dalībvalstis, savu ieguldījumu sniedzot arī Pasaules Veselības organizācijai (PVO) un valstīm ārpus Eiropas, kurās šī slimība jau bija izplatījusies. Tika pilnveidotas jau iepriekš esošās sistēmas, tās papildinot ar jauniem elementiem, lai uzraudzītu situāciju tajās vietās, kuras pandēmijas vīruss skāris vissmagāk. Turklāt izmantotas tika epidemioloģiskās izmeklēšanas un mērķtiecīgas zinātniskas novērošanas metodes, lai pēc iespējas agrākā posmā varētu noteikt svarīgus parametrus, kas vajadzīgi jau paziņotu risku novērtējumiem, prognožu korekcijām un informēšanai par pretpasākumiem.

Eiropas Gripas uzraudzības tīkls ziņoja par sākotnēju pavasara/vasaras izplatības vilni, kas bija vērojams lielākajā daļā valstu, bet kuram smagas sekas bija tikai dažās valstīs, jo īpaši Apvienotajā Karalistē. Vasarai iestājoties, izplatīšanās ātrums uz kādu laiku samazinājās, bet ar rudens iestāšanos, kad no jauna vērs valā skolas, atkal palielinājās. Šoreiz tas skāra visas valstis, izpaūžoties kā rudens/zimass vilnis, kurš izplatījās pāri kontinentam no rietumiem uz austrumiem. Pasaules Veselības organizācija pandēmijas beigās oficiāli paziņoja 2010. gada 32. nedēļā.

Lielākajā daļā valstu infekcijas rudens/zimass vilnis bija ļoti krasi izteikts, ilga aptuveni 14 nedēļas, un tas izraisīja sev līdzīgu hospitalizācijas un mirstības vilni. Tomēr smaguma pakāpes ziņā slimība nebija viendabīga, dažādās vietās tā atšķīrās, pat vienas valsts iekšienē. Kopumā ES/EEZ valstīs ziņoja par 2900 oficiāliem nāves gadījumiem pirmo 12 mēnešu laikā, kuros dalībvalstis veltīja papildu pūles šo datu savākšanā. Turklāt tiek atzīts, ka šī ir tikai daļa no patiesās pandēmijas izraisīto nāves gadījumu patiesās statistikas. No visiem letālajiem gadījumiem tika konstatēts pārlieku liels skolas vecuma bērnu mirstības procents. Lai arī šis gripas vīrus nekad iepriekš netika konstatēts, iepriekšēja saskare ar, domājams, līdzīga antigēna gripas vīrusu, kas bija izplatījies pirms 1950. gadu vidus, daudziem vecāka gājuma cilvēkiem Eiropā nodrošināja noteiktu iepriekš iegūtu imunitāti. Šis fakts, kas nav unikāls tikai saistībā ar 2009. gada pandēmiju, izskaidro šīs pandēmijas divas galvenās atšķirības, kas to atšķir no pandēmiju starplaika vai sezonālās gripas: kopumā mazāku slimnieku mirstību un lielāku par gaidīto slimības smaguma pakāpi un augstākus jauniešu mirstības rādītājus. Lai arī daudzi vecāki cilvēki šķita pasargāti, tie, kam šīs imunitātes nebija, uzrādīja visaugstākos mirstības rādītājus no visām vecuma grupām.

Pandēmijas vīruss Eiropā izspieda iepriekš dominējošās starppandēmiskās A gripas vīrusus; kaut arī sezonas beigās arvien vēl tika konstatēti B gripas vīrusi. Tikai ļoti nedaudzi no pandēmijas vīrusiem tika konstatēti kā rezistenti pret oseltamvīrusu, un no tiem tikai nēcīga daļa varētu būt spējīga izplatīties no cilvēka uz cilvēku. Lai arī pandēmijas vīrusi nav identiski, ir maz pierādījumu par šo vīrusu nozīmīgām izmaiņām vai jaunu dominējošu variantu parādīšanos šodien. Par vienu no tā variantu —A(H1N1)-D222G— tiek ziņots, ka tas var izraisīt daudz nopietnāku saslimšanu, kaut arī vēl nav noteikta šā apgalvojuma cēloņsakarība.

Lai arī ir pieejami nēcīgi pierādījumi tam, ka bijuši vieglāki un asimptomātiski saslimšanas gadījumi salīdzinājumā ar pandēmiju starplaika gripu, bija pietiekami daudz akūtā respiratorā distresa sindroma (ARDS) gadījumu – šāds sindroms ļoti reti sastopams pandēmiju starplaika gripas gadījumā, kas liek uzsvērt intensīvās aprūpes pakalpojumu nozīmi daudzās vietās. Augstākie saslimšanas rādītāji bija bērnu vecuma grupā, un ziņojumi no valstīm liecina, ka infekcija visvairāk skāra tieši skolas vecuma bērnus. Šie augstie saslimšanas rādītāji atsevišķās teritorijās radīja noteiktu slogu primārās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, slimnīcu pediatrijas nodaļām un īpaši intensīvās aprūpes vienībām.

Patlaban kļūst pieejami ierobežoti seroloģisko pārskatu dati un tie apstiprina uzraudzības datus, norādot uz augstākiem izplatības rādītājiem par tiem, ko varēja paredzēt, vadoties no klīniskajām izpausmēm. Tomēr ar tiem vēl arvien nepietiek, lai veiktu ticamas prognozes par to, kas paredzams nākamajā ziemā (2010. – 2011.), un šajā saistībā visvairāk atklāja dienviņu puslodes mērenā klimata valstīs gūtā pieredze laikā, kad Eiropas valstīs bija 2010. gada vasaras sezona.

Sākotnējā posmā pandēmija nebija tik smaga, kā bija paredzēta. Tas aprakstīts sākotnējā ECDC riska novērtējumā⁶, PVO ziņojumos un ECDC sniegtajās instrukcijās valstu un Eiropas iestādēm. Uzrādot mazus darba kavējumu rādītājus, tika radīta arī tikai neliela ietekme uz pakalpojumiem ārpus veselības aizsardzības nozares. Šī un citas iezīmes nozīmē, ka šo varētu nosacīti uzskatīt par visvieglāko pandēmiju, uz kādu Eiropa varēja cerēt.

Tā kā 2009. gada pandēmija radīja mazāku apdraudējumu par to, uz kādu daudzas valstis bija sagatavojušās, tas apstiprināja esošo plānu elastību. Tā notika laikā, kad diagnostikas testi bija ātri pieejami, tāpat kā tika veikti tādi profilaktiskie farmaceitiskie pretpasākumi kā antivīrusu radīšana – kuriem ir neliela rezistence pret *neuraminidase* inhibitoriem, bet gandrīz pilnīga rezistence pret vecākiem adamantāniem – un piemērotu vakcinu izstrāde, kas notika agrāk kā jebkad iepriekš. Tomēr katram no šiem izstrādājumiem bija savas problēmas, kuras savukārt lika risināt jaunus uzdevumus un sagādāja pārsteigumus. Kā minēts iepriekš, ARDS rādītājs bija augstāks par paredzēto laikā, kad daudzas intensīvās aprūpes vienības jau izjuta lielu noslodzi, nerunājot par to, ka arī pārējās slimnīcu nodaļas nav vēlams lieki apgrūtināt. Patīkamāks pārsteigums bija tas, ka īsā laikā sagatavotās pandēmijas vakcīnas uzrādīja tik labus imunoloģiskos rezultātus, ka daudzām preparatīvajām formām bija nepieciešama tikai vienreizēja deva attiecībā uz pieaugušiem. Tās izrādījās gan efektīvas, gan arī pieņemami drošas, kaut arī arvien vēl jāveic uzraudzība pēc laišanas tirgū, lai noteiktu precīzu to drošumu. Kad vakcīnas bija pieejamas, tās veselības speciālisti pašu vakcināciju uzņēma ar dažādu entuziasmu. Vēl arvien ES līmenī nav pieejami ticami dati par veikto vakcināciju daudzumu, bet ir tāds iespaids, ka veikto vakcināciju daudzums būs ļoti atšķirīgs visā Eiropā, un tikai dažās valstīs tas sasniegs augstus rādītājus attiecībā uz visiem iedzīvotājiem vai riska mērķgrupām.

Plaša atbalsta trūkums šai vakcīnai daļēji skaidrojams ar grūtībām iedzīvotājiem nodot sarežģīto riska skaidrojuma vēsti, galvenokārt informējot cilvēkus par to, ka gadījumā, ja viņi nav riska grupā (mazi bērni, cilvēki ar hroniskām slimībām un grūtnieces), smagas saslimšanas iespējas pēc inficēšanās ir ļoti nelielas. Tomēr, tā kā 25–30 % nāves gadījumu attiecās uz iepriekš veselīgiem cilvēkiem, kas bija jaunāki par 65 gadiem, otrā vēsts bija tā, ka pandēmija rada nelielu, bet reālu smagas saslimšanas, kā arī nāves risku visiem veselīgiem pieaugušiem un bērniem. Tādēļ jāapsver uzdevumi saistībā ar informēšanu par risku.

No otras puses, jādomā, ka ir pamats uzskatīt, ka ES/EEZ uz pandēmiju reaģēja pietiekami labi. Neviens no valstīm nereaģēja pārspilēti, savukārt Komisija, PVO un ECDC apspriešanai, informācijas apmaiņai un analīzei izstrādātās sistēmas izrādījās elastīgas un nodrošas. EISN virusoloģiskā un uz primāro aprūpi balstītā uzraudzība darbojās labi un veicināja datu ieguves palielināšanos no ECDC epidemioloģiskās izmeklēšanas un mērķtiecīgas zinātniskas novērošanas avotiem. Mazāk veiksmīga bija informācijas analīzes apmaiņa no valstīm, kuras slimība skāra pirmās, un laimīgā kārtā ātri iegūstami izrādījās dati un informācijas analīze no Ziemeļamerikas un dienvidu puslodes valstīm. Neskatoties uz daudzajiem pārskatiem un gūto pieredzi no jau īstenotajām darbībām, ir dažas vispārējas atziņas, kas kļuvušas uzreiz acīmredzamas:

- iepriekš noteiktas pandēmijas smaguma definīcijas ir vajadzīgas, lai uzlabotu sagatavošanās plānu elastību;
- pirms pandēmijas izveidotās vispārējās uzraudzības sistēmas nodrošinās to, ka tajās būs jāmaina daudz mazāk krīzes vai pat pandēmijas gadījumā;
- vajadzētu uzlabot labāku „smagākas galīgās” uzraudzības praksi attiecībā uz cilvēkiem slimnīcās un nāves gadījumiem;
- nākotnē vajadzētu labāk darboties sākotnējās informācijas analīzes apmaiņai no pirmajām slimības skartajām valstīm;
- vairāk darba jāvelta, t. sk. pētniecībā un izstrādē, lai attiecīgā seroepidemioloģija būtu pieejama reālā laikā; un
- modelēšana pandēmijas laikā ir ciešāk jāsaista ar politiku un darbībām visā Eiropā, bet ne tikai vienā vai divās valstīs.

No jauna ir jāpārskata pandēmijas plānošana, jo šī notikusi pandēmija neizslēdz kādu citu pandēmiju tuvākajā nākotnē; piemēram, H5 vai H7 pandēmijas rašanos. Jaunākajos plānos ir jāietver lielāka elastība, reaģējot uz dažādām slimības smagākām izpausmēm un dažādām kombinācijām, kuras ECDC dēvē par “zināmo nezināmo”. To būtu daudz vieglāk panākt, ja Eiropas mērogā tiktu panākta noteikta vienprātība attiecībā uz slimības smaguma novērtēšanu, saskaņotiem atskaites rādītājiem un raksturojumu. Šajos nākamajos plānos vajadzētu paredzēt arī to gripas uzraudzības sistēmu konsolidēšanu un uzturēšanu, kuras ieviestas ar pandēmiju saistīto vajadzību nolūkā; jo īpaši attiecībā uz smagām akūtām respiratorām infekcijām, izraisīto mirstību un, visbeidzot, seroepidemioloģisko uzraudzību. Šim uzraudzības darbam ir jāpiešķir prioritāte, ņemot vērā vajadzīgo resursu līmeni, kas nepieciešams, lai laikā starp pandēmijām varētu veikt vajadzīgo izstrādi un pārbaudi, kas līdz nākamās nopietnās krīzes iestāšanās šos resursus padarītu elastīgākus un efektīvākus.

⁶ Pieejams šeit: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

13. Sasniegtie rezultāti tuberkulozes izskaušanā. Pamatricības plāna cīņai pret tuberkulozi Eiropas Savienībā pārraudzības mehānisms

(Publicēts 2010. gada novembrī)

Levads

Pamatricības plānu cīņai pret tuberkulozi Eiropas Savienībā Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (*ECDC*) sagatavoja 2008. gadā. Tā tapšanas pamatā bija ES veselības jomas komisāra ierosinājums šā plāna atbalstam izstrādāt uzraudzības sistēmu, tagad *ECDC* ir izstrādājusi šā pamatricības plāna pārraudzību. Pamatricības plāna pārraudzības mērķi ir: sniegt pārskatu par pašreizējo tuberkulozes kontroles stratēģisko vidi ES un raksturot to saistībā ar situāciju pasaulē; kā arī aprakstīt epidemioloģisko un stratēģisko uzraudzības sistēmu, kas ļaus novērtēt sasniegtos rezultātus tuberkulozes izskaušanā ES.

Stratēģiskā vide Eiropas un pasaules līmenī

Pašreizējais tuberkulozes epidēmiskais līmenis ES liek izveidot īpašu uzraudzības sistēmu, kas būtu tieši atbilstīga Eiropas epidemioloģiskajai situācijai un viegli piemērojams dalībvalstīs. Tādējādi uzraudzības sistēmas izstrādē ir vajadzīga padziļināta izpratne par uzraugāmo epidemioloģisko un stratēģisko vidi. Tādēļ šajā pārraudzības ziņojumā ir sniegts pārskats par pašreizējo situāciju ES un pasaulē, atzīstot, ka ir vajadzīga plaša mēroga tuberkulozes kontroles stratēģija, ņemot vērā tuberkulozes epidēmijas globālo situāciju

Pamatricības plāna uzraudzības sistēma

Šis ziņojums piedāvā iepazīties ar vairākiem galvenajiem epidemioloģiskajiem un operatīviem rādītājiem, kā arī mērķiem, kuri veido uzraudzības sistēmas neatņemamu daļu. Šie rādītāji un mērķi ir saderīgi ar tiem, kas jau tiek uzraudzīti pasaules mēroga un reģionālās sadarbības līmenī un kurus kopumā var iegūt no jau savāktās un valstu nosūtītās informācijas. Visi galvenie Pārraudzības ziņojuma rādītāji konkrēti attiecas uz astoņām Pamatricības plāna jomām, lai varētu novērtēt sasniegtos rezultātus katrā jomā.

Epidemioloģiskie rādītāji

1. Tendences attiecībā uz saslimšanas gadījumu paziņojumu rādītājiem
2. Tendences attiecībā uz multirezistentās tuberkulozes (*MDR*) saslimšanas gadījumu paziņojumu rādītājiem
3. Tendences attiecībā uz saslimšanas gadījumu paziņojumu rādītāju attiecību starp bērniem un pieaugušiem
4. Tendences attiecībā uz vidējo vecumu saslimšanas gadījumos ar tuberkulozi

Operatīvie rādītāji

1. Nacionālā tuberkulozes kontroles plāna pieejamība
2. Vadlīniju pieejamība nacionālā tuberkulozes kontroles plāna īstenošanai
3. To valsts tuberkulozes laboratoriju procentuālā daļa (kas iekļāvušās *ERLN-TB* tīklā), kuras sasniegušas atbilstīgus darba rezultātus ārējā kvalitātes novērtējuma shēmā. Stratēģijas pieejamība jaunu instrumentu ieviešanai un īstenošanai tuberkulozes kontrolē
5. Jaunu plaušu tuberkulozes saslimšanas gadījumu procentuālā daļa, kas apstiprināti, izmantojot barotnes, un to gadījumu procentuālā daļa, kuros veikti *DST* testi tā dēvētajām pirmās rindas zālēm.
6. Dalībvalstu procentuālā daļa, kas paziņojušas veiksmīgas ārstēšanas rādītājus
7. Veiksmīgas ārstēšanas rādītāji
8. To tuberkulozes slimnieku procentuālā daļa, kuriem zināms HIV statuss

Pielikums: *ECDC* 2010. gada publikācijas

Tehniskie ziņojumi

Maijs

Risk assessment on Q fever

Jūnijs

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

Septembris

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

Oktobris

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

Novembris

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Decembris

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

ECDC norādījumi

Oktobris

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']

Decembris

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

Uzraudzības ziņojumi

Marts

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Maijs

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Oktobris

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

Novembris

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

Īpašie ziņojumi

Jūlijs

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

Septembris

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

Novembris

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

Apspriežu ziņojumi

Janvāris

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

Februāris

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Marts

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Aprīlis

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

Maijs

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Jūnijs

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Jūlijs

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Decembris

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

Misijas ziņojumi

Februāris

Public consultation and the advancement of the health system in the Former Yugoslav Republic of Macedonia

Oktobris

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

Tehniskie dokumenti

Marts

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

Septembris

Conducting health communication activities on MMR vaccination

⁷ Publicējusi PVO.

Korporatīvās publikācijas

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Regulārās publikācijas

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

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