



ECDC **CORPORATE**

Svarbiausių 2009 m. leidinių apžvalga

ECDC **CORPORATE**

Svarbiausių 2009 m. leidinių apžvalga



Stokholmas, 2010 m. sausio mėn.

© Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras, 2010

Leidžiama naudoti nurodžius šaltinį.

Turinys

Įvadas.....	1
Techninės ataskaitos.....	2
1. Lėktuvuose plintančių infekcinių ligų rizikos vertinimo gairės	2
2. Epidemiologinė priežiūra ir tyrimai pandemijos metu Europoje	3
3. Visuomenės sveikatos apsaugos priemonių gripo pandemijos poveikiui Europoje mažinti gairės. ECDC siūlomų galimybių sąrašas.....	4
4. Ataskaitų apie migrantų sveikatą serija. ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros prieinamumas migrantams ES ir EEE šalyse	12
5. Ataskaitų apie migrantų sveikatą serija. ŽIV ir AIDS epidemiologija migrantų bendruomenėse ir etninėse mažumose ES ir EEE šalyse	15
6. Su ŽIV ir LPI susijusios elgsenos priežiūros Europoje analizė	19
7. Bakterijų keliami iššūkiai: laikas imtis atsakomųjų veikslių (ECDC ir EMEA bendras techninis pranešimas)....	21
8. Su ŽIV ir LPI prevencija susijusių elgsenos ir psichosocialinių intervencinių priemonių, skirtų vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais veiksmingumas Europoje	25
Rekomendacinės ataskaitos.....	26
9. Chlamidinės infekcijos kontrolė Europoje	26
10. Antivirusinių vaistų nauda visuomenės sveikatai gripo pandemijos metu	29
11. Specifinių vakcinų nuo pandeminio gripo vartojimas per 2009 m. H1N1 gripo pandemiją	32
Epidemiologinės priežiūros ataskaitos.....	34
12. Tuberkuliozės epidemiologinė priežiūra Europoje 2007 m.....	34
13. 2009 m. metinė Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ataskaita	36
14. ŽIV/AIDS epidemiologinė priežiūra Europoje 2008 m.	43
Priedas: 2009 m. ECDC leidiniai	45

Įvadas

2009 m. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (angl. ECDC) paskelbė 43 mokslinius dokumentus. Iš svarbiausiųjų paminėtini:

- *2009 m. metinė Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologijos ataskaita* – trečiasis ECDC metinio leidinio leidimas, kuriame pateikiama išsami 2007 m. epidemiologinės priežiūros duomenų ir 2008 m. stebėtų grėsmių santrauka;
- *Tuberkuliozės epidemiologinė priežiūra Europoje 2007 m. ir ŽIV/AIDS epidemiologinė priežiūra Europoje 2008 m.*; abiejuose leidiniuose, kurie parengti kartu su Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioniniu biuru (PSO EURO), pateikiama informacija apie situaciją Europos Sąjungos (ES) ir Europos ekonominės erdvės (EEE) bei kitose 23 PSO Europos regiono šalyse;
- pradėta leisti *Ataskaitų apie migrantų sveikatą serija* (angl. *Migrant Health Series*) – tai konkrečioms ligoms skirtų leidinių rinkinys; juose pateikiama duomenų analizė, apibendrinti faktai intervencinių priemonių paaiškinimas ir su jomis susijusios rekomendacijos migracijos ir tam tikrų infekcinių ligų srityje. Du pirmieji 2009 m. paskelbti dokumentai buvo skirti ŽIV/AIDS;
- *Bakterijų keliami iššūkiai: laikas imtis atsakomųjų veiksmų* (angl. *The bacterial challenge: time to react*) – tai kartu su Europos vaistų vertinimo agentūra parengta techninė ataskaita apie atotrūkį tarp infekcijos naštos, kylančios dėl keliems vaistams atsparių bakterijų sukeltų infekcijų, ir naujų antibiotikų, kuriais būtų galima išspręsti šią problemą, kūrimo; ir
- *Su ŽIV ir LPI susijusios elgsenos priežiūros Europoje analizė* (angl. *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe*) – tai išsami elgsenos priežiūros programų, susijusių su ŽIV ir lytiškai plintančiomis infekcijomis (LPI), dabartinės situacijos ES ir Europos laisvosios prekybos asociacijos (ELPA) šalyse analizė.

Parengtos kai kurių ECDC dokumentų (tokių kaip ir aukščiau paminėtų) santraukos visomis ES, islandų bei norvegų kalbomis, kad su jais galėtų susipažinti ir naudotis sprendimus priimančios asmenys šalyse. Jose atsispindi originalių leidinių dvasia, tačiau rengiant santraukas kai kurie svarbūs niuansai galėjo būti praleisti. Skaitytojai, kurie norėtų gauti išsamesnę informaciją, turėtų susipažinti su dokumentų pilnais tekstais, kuriuos galima rasti interneto svetainėje www.ecdc.europa.eu.

Visų 2009 m. ECDC leidinių sąrašas pateiktas priede. Leidinių elektronines versijas kartu su trumpu turinio aprašymu galima rasti internete pagal aukščiau pateiktą nuorodą. Taip pat galima gauti kai kurių ataskaitų spausdintą variantą. Norėdami gauti spausdintą kurios nors ataskaitos egzempliorių, kreipkitės el. pašto adresu publications@ecdc.europa.eu.

Techninės ataskaitos

1. Lėktuvuose plintančių infekcinių ligų rizikos vertinimo gairės

(paskelbta 2009 m. birželio mėn.)

Per praėjusius kelerius metus nuolat didėjo vidiniais ir tarptautiniais maršrutais komerciniu oro transportu keliaujančių keleivių skaičius. Tarptautiniai oro uostai kasdien priima milijonus keleivių, suteikdami galimybę keliauti aplink pasaulį vos per keliolika valandų. Kartu dėl kintančių kelionės įpročių gali atsirasti naujų grėsmių – uždaroje šiuolaikinių lėktuvų salono aplinkoje keleiviai gali susidurti su įvairių infekcinių ligų, kuriomis serga bendrakeleiviai, sukėlėjais.

Nepaprasta situacija 2003 m. dėl sunkaus ūmaus respiracinio sindromo (SŪRS) įrodė, kad nauja liga gali staiga atsirasti ir išplisti visame pasaulyje per oro transportu keliaujančius keleivius. Ankstyvas infekcinių ligų nustatymas lėktuvuose ir laiku atliktas rizikos vertinimas yra ypač svarbūs imantis atsakomųjų su visuomenės sveikata susijusių veiksmų. Nustačius pavojų visuomenės sveikatai, atsekti keleivius, kurie skrydžio metu galėjo užsikrėsti infekcine liga, yra svarbiausias žingsnis siekiant suvaldyti ligos plitimą ir iššūkis viso pasaulio visuomenės sveikatos ekspertams.

Lėktuvuose plintančių infekcinių ligų rizikos vertinimo gairės (angl. *Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft*, RAGIDA) apima mokslinėje literatūroje surinktus įrodymus ir ekspertų žinias, siekiant pasiūlyti sprendimų priėmėjams jų įgyvendinimo galimybes. RAGIDA gali būti naudinga nustatant priežastis ir ieškant sprendimo, ar reikėtų siekti atsekti oro transportu keliaujusius sąlytį turėjusius keleivius ir įgulos narius, kurie skrydžio metu galėjo užsikrėsti infekcinėmis ligomis.

Rengdami RAGIDA projektą ekspertai iš Roberto Kocho instituto ir ECDC sutarė dėl 12 ligų: tuberkuliozės, gripo, SŪRS, meningokokinės infekcijos, tymų, raudonukės, difterijos, Ebolos hemoraginės karštinės, Marburgo hemoraginės karštinės, Laso karštligės, raupų ir juodligės. Sistemingai apžvelgta daugiau kaip 3 700 recenzuotų straipsnių ir vadinamosios pilkosios literatūros šaltinių siekiant įvertinti tikslias aplinkybes, kurios lemia šių infekcinių ligų plitimą lėktuve. Be to, tarptautinėse aviacijos valdybose ir nacionalinėse ir tarptautinėse visuomenės sveikatos agentūrose atlikta sisteminga šių infekcinių ligų rizikos vertinimo ir rizikos valdymo gairių paieška. Taip pat, siekiant gauti papildomos informacijos susisiekti ir konsultuotasi su 73 ekspertais iš 38 šalių.

Sistemingos literatūros analizės rezultatai leidžia manyti, kad tuberkuliozė, gripas, SŪRS, meningokokinė infekcija ir tymai palyginti dažnai išplinta lėktuvuose. Tačiau straipsnių, kuriuose būtų pranešama apie patvirtintus kurių nors iš šių ligų išplitimo skrendant lėktuvu atvejus, buvo stebėtinai mažai, ypač turint omenyje didelį galimų sąlytį turėjusių asmenų skaičių. Atsižvelgiant į šiuos rezultatus, bendras ligų išplitimo skrendant lėktuvu atvejų skaičius tikriausiai taip pat yra palyginti nedidelis. Nors sudėtinga daryti išvadas apie infekcinių ligų skaičių, sąlygotų užsikrėtimo skrendant lėktuvu, tikėtina, kad infekcinių ligų išplitimo skrendant lėktuvu galimybė ne didesnė negu kitoje įprastoje aplinkoje.

Taigi, mes manome, kad rizikos vertinimas ir sprendimas dėl sąlytį turėjusių asmenų atsekimo turėtų būti priimamas kiekvienu konkrečiu atveju, atsižvelgiant į tam tikrus veiksnius, kaip antai ligos sukėlėjo išplitimo galimybę, pirminių atvejų užkrečiamumą ir sukėlėjo patpgeiškumą, lėktuvų vedinimo sistemų veiklos efektyvumą, bendrakeleivių tarpusavio sąlyčio intensyvumą ir sėdėjimo lėktuve ypatumus, kaip ir siūloma šioje techninėje ataskaitoje.

2. Epidemiologinė priežiūra ir tyrimai pandemijos metu Europoje

(paskelbta 2009 m. birželio mėn.)

Epidemiologinė priežiūra ir tyrimai pandemijos metu (angl. *Surveillance and studies in a pandemic*, SSiaP) yra sudėtinga tema, apimanti toliau nurodytus keturis skirtingus komponentus:

- 1) ankstyvą nustatymą ir tyrimą;
- 2) išsamų ankstyvą vertinimą;
- 3) stebėseną ir
- 4) greitą kovos su pandemija priemonių veiksmingumo ir poveikio (įskaitant farmacinių priemonių saugumą) siekiant sušvelninti pasekmes vertinimą.

Tikimybė, kad pandemija prasidės Europoje, yra nedidelė, taigi ankstyvas nustatymas ir tyrimas tikriausiai bus atliekami kitur, tačiau Europai reikės imtis įgyvendinti kitus tris veiksmus. Priežiūra, pagrįsta laboratoriniais (mikrobiologiniais) tyrimais, būtina visiems komponentams, bet dažniausiai ji bus integruota į epidemiologinę ir klinikinę priežiūrą. Ankstyvas vertinimas (2 komponentas) turi lemiamą įtaką dėl kelių svarbių sekančios pandemijos parametrų, kurių negalima numatyti iš anksto. Tačiau nebūtina ankstyvo vertinimo atlikti kiekvienoje šalyje. Geriausiai, jei ankstyvą vertinimą, padedamos Europos ligų prevencijos ir kontrolės (ECDC) centro ir Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO), atliktų tos Europos šalys, kuriose pandemija išplis anksčiausiai ir kurios turėtų nustatyti vadinamuosius strateginius parametrus. Šių parametrų reikšmės sąlygotų, kurios visuomenės sveikatos ir klinikinės priemonės turėtų būti veiksmingiausios. Kelių šalių gauti rezultatai būtų nedelsiant perduodami visoms kitoms šalims.

Atliekant ankstyvą vertinimą bus vertinamas ir pandemijos sunkumo laipsnis. Tai padaryti nėra lengva, tačiau itin svarbu, kadangi kai kurių Europos šalių nacionaliniuose planuose numatyta prasidėjus sunkiai pandemijai imtis griežtesnių intervencinių priemonių. Atliekant šį vertinimą laukiama PSO dalyvavimo. Tačiau siekiant nustatyti išsamesnius vertinimo kriterijus Europos valstybės turės vadovautis rizikos vertinimu, kadangi dėl pandemijos sunkumo sąvokos sudėtingumo būtų sunku pasirinkti tik vieną priemonę. Visoms Europos valstybėms reikės vykdyti stebėseną (3 komponentas), tam kad galėtų tinkamai valdyti šalies sveikatos priežiūros sistemos ir kitų tarnybų veiklą. Stebėsenai vykdyti šalių centrinės valdžios institucijos gali pageidauti gausybės informacijos, tačiau reikėtų apsiriboti tik ta informacija, kuri yra itin svarbi priimant sprendimus ir teikiant pagrindinę informaciją. Stebėsenos sistemos veikimą reikėtų patikrinti per gripo sezonus, tačiau taip pat reikėtų apsvaistyti, kaip įprastinės epidemiologinės priežiūros sistemos pasikeis arba nustos veikti pandemijos metu. Tarptautinė stebėseną (kurios ataskaitos teikiamos veiklą koordinuojančioms PSO ir Europos valdžios institucijoms) turėtų būti paprasta, kadangi daugeliui šalių sunku teikti įprastinę informaciją tarptautinėms institucijoms ir kartu vykdyti vidaus procesus. Be to, ne kiekviena valstybė galės teikti tokią išsamią informaciją, kokios gali pageidauti Europos valdžios institucijos.

Visuomenės sveikatos apsaugos priemonių poveikio (ir farmacinių priemonių saugumo) tyrimai (4 komponentas) yra dar vienas procesas, kurį reikėtų atlikti tik kai kuriose šalyse. Vargu ar savaime per pandemiją paaiškės, ar visuomenės sveikatos apsaugos priemonės (ir kurios iš jų) yra veiksmingos.

PSO ir ECDC su ES valstybėmis narėmis bendradarbiavo rengdamos 2 komponentui – ankstyvo vertinimo procesui – skirtas procedūras ir protokolų modelius, kurių priimtinumą buvo planuojama išbandyti per pratybas ir natūraliomis sąlygomis per 2009–2010 m. gripo sezoną. Kadangi atsirado naujo tipo gripas A(H1N1), šios procedūros ir protokolai bus išbandyti kovojant su realiu pandemiją sukėlusiu padermės virusu. Šiuo metu Europoje išbandomi vakcinų nuo gripo veiksmingumo vertinimo metodai (4 komponento sudedamoji dalis). Nacionaliniu lygmeniu svarbu, kad valdžios institucijos suplanuotų, kaip bus įgyvendinti 2–4 komponentai, įskaitant bendradarbiavimą su mokslo institucijomis ir darbuotojais, ir suteiktų jiems pakankamai išteklių pandemijos metu.

3. Visuomenės sveikatos apsaugos priemonių gripo pandemijos poveikiui Europoje mažinti gairės. ECDC siūlomų galimybių sąrašas

(paskelbta 2009 m. birželio mėn., atnaujinta 2009 m. spalio mėn.)

Taikant visuomenės sveikatos apsaugos priemones (žr. suvestines lenteles 6 puslapyje), sumažės gripu užsikrėtusių žmonių, žmonių, kuriems reikės medicinos pagalbos ir mirusių gripo pandemijos metu, skaičius. Taikant šias priemones, tikėtina, kad bus mažiau susirgusių žmonių per didelę sezoninio gripo epidemiją. Sumažinant, o gal ir atitolinant pandemijos piką (3.1 diagrama), šiomis priemonėmis taip pat būtų galima sušvelninti antrines pandemijos pasekmes, atsirandančias dėl to, kad vienu metu serga daug žmonių, t. y. masinio nedarbingumo poveikį svarbiausioms funkcijoms, kaip antai sveikatos priežiūros paslaugų teikimui ir maisto tiekimui, kuro paskirstymui, komunalinėms paslaugoms ir pan. Visuomenės sveikatos apsaugos priemonėmis galima netgi atitolinti pandemijos epideminės kreivės piką iki to laiko, kai atsiras galimybė skiepyti pandemine vakcina, taip galbūt taip sumažinant bendrą susirgusių asmenų skaičių. Be to, teoriškai šiomis priemonėmis galima atitolinti pandemijos piką, kol vasaros mėnesiais gripo plitimas savaime pasidarys nebe toks aktyvus.

3.1 diagrama. Visuomenės sveikatos apsaugos priemonių taikymo pandemijos metu tikslai

Gripo plitimo visuomenėje mažinimo tikslai

- Atitolinti epidemijos piką ir sumažinti didžiausią gripo atvejų per dieną skaičių
- Sumažinti piko keliamus sunkumus sveikatos priežiūros sistemai ir grėsmę
- Bent kiek sumažinti bendrą gripo atvejų skaičių
- Laimėti šiek tiek laiko



Pasiūlyta įvairių priemonių (žr. suvestines lenteles), įskaitant asmens veiksmus, pvz., plauti rankas ir dėvėti kaukes, ir i farmacinės priemonės, kaip antai antivirusiniai vaistai, vakcinos nuo paukščių gripo žmonėms (dar vadinamos pre-pandeminėmis vakcinomis), o vėliau pandemijos laikotarpiu – specifinės vakcinos ir visuomenės tarpusavio bendravimo ribojimo priemonės. Daugelio nuomone, tuo pačiu metu taikomos kelios priemonės bus dar veiksmingesnės už pavienes priemones, vadinamąsias „giluminės gynybos“ arba „sluoksnines intervencines“. Ir sukurtieji modeliai, ir loginės prielaidos leidžia manyti, kad ankstyvos intervencinės priemonės bus veiksmingesnės, negu tos, kurios taikomos pandemijai gerokai įsibėgėjus.

Būtų sunku įsivaizduoti, kad tokios priemonės kaip bendravimo ribojimas, neturėtų teigiamos įtakos mažinant žmonių kvėpavimo takų infekcijų, kurios perduodamos su lašeliais ir netiesioginio sąlyčio keliu, plitimą. Tačiau paprastai įrodymai, kuriais grindžiamos pavienės priemonės, yra neįtikinami. Taip pat neaišku, kokia bus kartu taikomų kelių priemonių sąveika. Tiksliau sakant, ar taikomos bendravimo ribojimo priemonės turės kumuliacinį poveikį? Kai kuriais atvejais aiškumo trūksta dėl nepakankamų mokslinių tyrimų. Dažniau taip yra todėl, kad šias priemones sunku vertinti taikant kokius nors eksperimentinius metodus, o kai priemonės įgyvendinamos tikrovėje, jos taikomos kartu su kitomis priemonėmis. Todėl daryti išvadas apie gryną teigiamą poveikį ir susijusias skirtingų

priemonių teigiamybės yra itin sunku. Be to, poveikio stiprumas gali gana smarkiai skirtis dėl pandemijos ypatybių. Pavyzdžiui, vaikams skirtos intervencinės priemonės galėjo būti pakankamai veiksmingos 1957 m. pandemijos metu, kai infekcijos plitimas tarp jaunesnio amžiaus grupių buvo itin svarbus, tačiau jos būtų buvusios ne tokios veiksmingos per 1918–1919 ir 1968 m. pandemijas. Taigi, negalima parengti nekintamų kiekvienai pandemijai tinkamų planų. Be to, bendravimo ribojimo priemonių veiksmingumas, įgyvendinamumas ir išlaidos įvairiose Europos šalyse arba netgi šalių viduje (pvz., tankiai apgyventuose miestuose ir kaimo vietose) tikriausiai skirsis.

Ankstesnių pandemijų ir panašių reiškinių, pvz., SŪRS, patirtis rodo, kad iš dalies visuomenės sveikatos apsaugos priemonės taikomos atsižvelgiant į vietos papročius ir praktiką. Per 1918–1919 m. pandemiją Jungtinėse Valstijose buvo taikomos gerai organizuotos ir paprastai išankstinės visuomenės sveikatos apsaugos priemonės, o Europoje per pandemiją ir SŪRS protrūkį dažniau taikytos atsakomosios priemonės.

Taigi, tai yra tinkami argumentai, kodėl reikėtų parengti iš anksto numatytų veiksmų planus (planus, kurie būtų išbandyti per pratybas, vykdomas nesant kitos informacijos). Iš tiesų šiuo tikslu buvo parengtos PSO rekomendacijos, ir daugelis Europos valstybių rengė planus. Tačiau, atsižvelgiant į pirmiau minėtas aplinkybes, šie planai turėtų būti labai lankstūs ir turėtų būti numatytos vadovavimo jų vykdymui ir kontrolės struktūros, kurios suteiks galimybę atsiradus naujiems duomenims ir patirčiai greitai padaryti pakeitimus.

Įgyvendinant visas visuomenės sveikatos apsaugos priemones patiriamos išlaidos, be to, daugelis iš šių priemonių turi antrinį poveikį. Daugumos priemonių antrinis poveikis gali būti itin stiprus, ir daugelį iš jų reikės atidžiai apsvaistyti. Drastiškesnės pasiūlytos socialinės priemonės (pvz., išankstinis mokyklų uždarymas ir kelionių apribojimai) lemia dideles išlaidas ir sunkias pasekmes, kurios dėl priemonių taikymo aplinkybių skirsis. Šias priemones taip pat nelengva taikyti. Todėl per įprastinio gripo sezoną arba lengvos pandemijos metu taikant šias priemones (ypač ankstyvuoju laikotarpiu) galima padaryti daugiau žalos nei netrukdant natūraliai infekcijos eigai ir gydant sunkiau sergančius pacientus.

Kai kurios iš šių priemonių yra palyginti paprastai įgyvendinamos ir jau rekomenduojamos esant net ir lengvam gripo sezonui (pvz., nuolatinis rankų plovimas ir ankstyvas sergančiųjų atsiribojimas nuo kitų prasidėjus karščiavimui). Šių priemonių pranašumas dar ir tas, kad sunkiu ir nerimą keliančiu laiku žmonės gauna naudingų patarimų ir patys gali šias priemones taikyti. Kitas priemonės bus sunku arba per brangu įgyvendinti (pvz., susirgusiems asmenims laiku masiškai vartoti antivirusinius vaistus), o dar kitos (pvz., pasienio punktų uždarymas, tarptautiniai transporto apribojimai) - gali labai sutrikdyti socialines funkcijas, be to, jas sunku įgyvendinti. Todėl visoms šioms priemonėms reikia planavimo, pasirengimo ir praktikos.

Brangių ir griežtų priemonių klausimas yra itin svarbus. Per pandemiją, kurios metu susirgimai pasireiškia lengvesne forma ir, suserga mažiau žmonių, pvz., kaip 1957 ir 1968 m. pandemijų metu, kai kurios galimos visuomenei taikomos priemonės (išankstinis mokyklų uždarymas, darbas namuose ir pan.), nors ir mažindamos ligos plitimą, gali kainuoti daugiau ir padaryti daugiau žalos nei pati pandemija. Taigi tokios priemonės gali būti tikrai naudingos tik jeigu jos įgyvendinamos sunkios pandemijos metu, pvz., per pandemiją, kurios metu daug gripu sergančių žmonių hospitalizuojama arba stebimi dideli mirštamumo rodikliai, kaip ir per 1918–1919 m. ispaniškojo gripo pandemiją.

Dėl šių priežasčių bus itin svarbus įvertinimas kokio sunkumo klinikinėmis formomis pasireiškia susirgimai pandemijos metu pasaulio ir Europos šalių lygmeniu. Nors sprendimas įgyvendinti priemones ankstyvuoju laikotarpiu yra logiškas, pernelyg ankstyvas griežtesnių intervencinių priemonių taikymas daug kainuos, be to, jas gali būti sunku įgyvendinti.

Kelios Europos šalys šiuo metu svarsto su šiomis priemonėmis susijusias galimas politikos strategijas. Dėl Europos šalių įvairovės nėra vieno priemonių derinio, kuris tiktų kiekvienos Europos šalies aplinkai: tas pats netiks visur. Tačiau bendros diskusijos apie priemones bus naudingos, ir jomis bus prisidėta prie veiksmingesnio sprendimų priėmimo proceso. Be to, kai kurios šalys jau ėmėsi svarbių apimties mokslinių tyrimų, kuriais iš dalies grindžiamas šis dokumentas ir kuriais galėtų pasinaudoti visos Europos šalys.

Tikslas

Atsižvelgiant į pirmiau minėtas aplinkybes ir turint omenyje, kad ECDC pareiga yra konsultuoti moksliniais klausimais, o ne nurodyti, kokių veiksmų reikėtų imtis, šio dokumento tikslas – pristatyti galimų priemonių sąrašą pateikiant su visuomenės sveikata susijusią ir mokslinę informaciją apie tai, kas žinoma arba ką galima pasakyti apie galimą šių priemonių veiksmingumą, išlaidas (tiesiogines ir netiesiogines), priimtinumą, visuomenės lūkesčius ir kitus praktiškesnius klausimus. Tai turėtų padėti kiekvienai ES valstybei narei ir ES institucijai arba joms visoms bendrai nuspręsti, kokias priemones jos taikys. Be to, kai kurios priemonės yra tokios aiškios arba neveiksmingos, kad pateikus įrodymus turėtų būti paprasta priimti politinius sprendimus.

Tikslinė grupė

Pirminė tikslinė grupė yra politikos strategijų rengėjai ir sprendimų priėmėjai, o antrinė tikslinė grupė – tai visi, kurių veikla yra susijusi su gripu, visuomenė ir žiniasklaida. Kad priemonės būtų sėkmingai taikomos pandemijos metu, itin svarbu, kad žiniasklaida teisingai suprastų jas ir jų trūkumus.

Taikymo sritis

Šis dokumentas taikomas pandemijos metu Europoje, esant 5 arba 6 PSO pandemijos etapui, taip pat sezoninio gripo epidemijos metu. Šiame dokumente nesvarstomos nei įvairios 4 etapo aplinkybės, specifiniai poreikiai, susiję su pirmu tariamos pandemiją galinčios sukelti padermės viruso pasireiškimu (PSO Ligos plitimo greito sulaikymo strategija, angl. *WHO Rapid Containment Strategy*), nei sudėtingi planavimo ar politikos klausimai, susiję su svarbiausių paslaugų teikimu pandemijos metu (vadinamuoju veiklos tęstinumo planavimu pandemijos metu). Bet kuriuo atveju šie aspektai nepatenka į ECDC kompetencijos sritį.

Šį dokumentą reikėtų skaityti kartu su ankstesnėmis ECDC paskelbtomis rekomendacijos dėl asmens apsaugos priemonių. Informacijos santrauka pateikiama tekste ir lentelėse. Susijusios mokslinės rekomendacijos dėl paukščių gripo H5N1 vakcinų (pre-pandeminių) žmonėms jau paskelbtos ir minimos tekste. Šias rekomendacijas reikėtų skaityti kartu su 2005 m. PSO rekomendacijomis ir naujomis PSO rekomendacijomis dėl kovos su gripu priemonių (paskelbta 2009 m.).

Atkreipkite dėmesį, kad tai yra preliminarios rekomendacijos, ateityje bus gauta daugiau mokslinių tyrimų rezultatų ir gali atsirasti naujų kovos su gripu priemonių. Todėl galimų priemonių sąrašas bus nuolat atnaujinamas.

Suvestinės lentelės. Galimų intervencinių priemonių infekcijos plitimui mažinti pandemijos 6 etapo arba sunkios sezoninio gripo epidemijos metu ypatybės

Tarptautinės kelionės (pasienio punktų uždarymas, atvykimo į šalį apribojimai, patarimai keliautojams)

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė ¹	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika ²	Priimtinumumas Europoje	Praktiniai ir kiti klausimai
1. Patarimai keliautojams	B	Minimalus	Nedidelės	Labai didelės	Geras	Tarptautiniais maršrutais keliaujančių asmenų skaičius tikriausiai vis tiek gerokai sumažės
2. Atvykstančiųjų patikra	B, Bm	Minimalus	Didelės	Didelės	Šalies gyventojai gali tikėtis šios priemonės įgyvendinimo	Tarptautiniais maršrutais keliaujančių asmenų skaičius tikriausiai vis tiek sumažės
3. Pasienio punktų uždarymas arba griežti kelionių apribojimai	B, Bm	Minimalus, nebent pasienio punktai visiškai uždaromi, o kelionės visiškai draudžiamos	Labai didelės	Labai didelės	Skiriasi, bet kai kurie šalies gyventojai gali tikėtis šios priemonės įgyvendinimo	Tarptautiniais maršrutais keliaujančių asmenų skaičius tikriausiai vis tiek sumažės

¹ Veiksmingumo įrodymai: A, B ir C reiškia tvirtai, palyginti patikimai ir menkai įrodymais pagrįstas rekomendacijas.

A kokybė. Sistemingai apžvelgti skirtingi pirminiai tyrimai (ne pirminiai modeliai), kuriais remiantis galima padaryti tam tikras išvadas, pagal tinkamą modelį atlikti epidemiologiniai tyrimai ir ypač eksperimentiniai tyrimai (atsitiktinės atrankos kontroliuojami tyrimai).

B kokybė. Įrodymai grindžiami pagal tinkamą modelį atliktais epidemiologiniais tyrimais, svarbiais stebimaisiais tyrimais arba eksperimentiniais tyrimais, kuriuose dalyvavo nuo 5 iki 50 tiriamųjų, arba eksperimentiniais tyrimais, kurie turi kitų trūkumų (pvz., tyrimo metu gripas nenaudotas kaip sukeliama pakitimo rodiklis). Kodas Bm rodo, kad buvo kuriami modeliai ypatingą dėmesį skiriant tyrimams, kurių turimų pirminių duomenų kokybė yra gera. Taigi kokybė gali būti žymima Bm ir C.

C kokybė. Įrodymai grindžiami pranešimais apie pavienius atvejus, nedidelės apimties prastai kontroliuojamais stebimaisiais tyrimais, neįtikinamai pagrįstais didesniais tyrimais, žiniomis apie ligų perdavimo būdą, užkrečiamumo laikotarpį ir pan. Kodas Cm reiškia, kad modeliai buvo kuriami turint mažai arba prastos kokybės pirminių duomenų.

² Kartais vadinamos antraeiliu ir trečiaeilio poveikiu, pvz., kai dėl uždarytų pasienio punktų sutrinka prekyba ir pagrindinių prekių ir darbuotojų judėjimas.

Asmens apsaugos priemonės

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika	Priimtinumai Europoje	Praktiniai ir kiti klausimai
4. Nuolatinis rankų plovimas	B	Tikriausiai mažina plitimą	Nedidelės	Nėra	Geras, tačiau nežinoma, kiek žmonių laikosi tokių rekomendacijų	Nedaug ³
5. Tinkami higieniniai įgūdžiai čiaudėjant ir kosint (servetėlių naudojimas ir išmetimas)	B	Nežinomas, bet manoma, kad ši intervencinė priemonė veiksminga	Nedidelės	Nedidelės	Geras, tačiau nežinoma, kiek žmonių laikosi tokių rekomendacijų	Neesminiai
6. Išėjus iš namų dėvimos apsauginės kaukės	C, Cm	Nežinomas	Labai didelės	Nedidelės	Nežinomas, tačiau daugumoje šalių dėvėti apsauginės kaukes neįprasta	Labai daug – sunkumai, susiję su mokymu, apsauginių kaukių tiekimu ir rūšimis, šalinimu ir atliekomis. Gali turėti neigiamą poveikį dėl netinkamo ir pakartotinio apsauginių kaukių naudojimo.
7. Sveikatos priežiūros įstaigose dėvimos apsauginės kaukės⁴	C	Nežinomas	Vidutinės	Nedidelės	Įprastai taikoma priemonė	Nedaug – sunkumai, susiję su mokymo, didelės rizikos situacijų apibrėžtimi, apsauginių kaukių tiekimu ir rūšimis, ypač respiratorių
8. Esant kitoms labai didelės rizikos situacijoms dėvimos apsauginės kaukės⁵	C	Nežinomas	Vidutinės	Nedidelės	Nežinomas, tačiau taikyti šią priemonę būtų prasminga	Nedaug – sunkumai, susiję su mokymu, didelės rizikos situacijų apibrėžtimi, apsauginių kaukių tiekimu ir rūšimis
9. Sergančiųjų kvėpavimo takų infekcijomis dėvimos kaukės	C	Nežinomas, bet manoma, kad ši intervencinė priemonė veiksminga	Vidutinės	Gali būti sudaryta galimybė sergantiems ir kitus užkrėsti galintiems žmonėms toliau būti tarp kitų žmonių ir juos užkrėsti	Nežinomas, tačiau taikyti šią prevencinę priemonę būtų prasminga. Rekomendacijos, kurių laikomasi ligoninėse, būtų taikomos ir namuose bei viešosiose vietose	Sunkumai nustatant asmenis, kurie turėtų laikytis šių rekomendacijų, ir tiekiant apsauginės kaukes. Taip pat sergantiems kvėpavimo takų infekcija, kai pasireiškia kvėpavimo sutrikimai, sunku laikytis šių rekomendacijų.

³ Būtinybė sudaryti daug daugiau galimybių dažnai plauti rankas kasdien lankomose vietose, pvz., viešosiose vietose, greitojo maisto užėgose ir pan.

⁴ Asmenys, tiesiogiai bendraujantys su daugeliu visuomenės narių.

⁵ Asmenys, tiesiogiai bendraujantys su daugeliu visuomenės narių ten, kur yra labai daug keliaujančių žmonių.

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika	Priimtinumai Europoje	Praktiniai ir kiti klausimai
10. Ankstyvas sergančiųjų atsiribojimas nuo kitų⁶	C	Nežinomas, bet manoma, kad ši intervencinė priemonė veiksminga	Vidutinės	Vidutinės ⁷ . Padidėjusi rizika slaugytojams, ir nedarbingumas dėl sergančiųjų slaugos	Jau daugelyje šalių taikomas tipinis patarimas	Poreikis mokyti ir tinkamai aprūpinti namuose dirbančius slaugytojus, kuriems bus didesnė rizika užsikrėsti. Kompensacijų už prarastą darbo užmokestį ir darbdavių pritarimo klausimas
11. Karantinas⁸	C	Nežinomas	Labai didelės	Labai didelės dėl sumažėjusio produktyvumo	Neaiškus	Labai sunkiai įgyvendinama priemonė, ir kompensacijų už prarastą darbo užmokestį klausimas

Bendravimo apribojimo priemonės

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika	Priimtinumai Europoje	Praktiniai klausimai
12. Kelionių šalies viduje apribojimai	Cm, C	Manoma, kad galėtų šiek tiek sulėtinti procesą	Itin didelės	Labai didelės, įskaitant socialinius nesklandumus ⁹	Nežinomas	Keliama grėsmė svarbiausioms funkcijoms. Atsakomybės ir teisinio pagrindo klausimas ¹⁰
13. Mokyklų uždarymas sergamumo pakilimo laikotarpiu	Bm, C	Gali turėti didesnę poveikį nei kitos bendravimo apribojimo priemonės	Vidutinės	Labai didelės, nes vaikams reikia priežiūros namuose ¹¹	Nežinomas. Europoje tai nutinka nedažnai	Mokyklos nelankantys vaikai turi būti atskirai nuo kitų vaikų. Atsakomybės ir teisinio pagrindo klausimas ^{10,12} . Sunkumai dėl mokyklų uždarymo laiko pasirinkimo, nuoseklumo ir atidarymo po uždarymo
14. Išankstinis mokyklų uždarymas	Bm, C	Gali turėti didesnę poveikį nei kitos bendravimo apribojimo priemonės ir gali būti veiksmingesnis negu mokyklų uždarymas sergamumo pakilimo laikotarpiu	Vidutinės	Kaip nurodyta pirmiau ¹¹	Kaip nurodyta pirmiau	Kaip nurodyta pirmiau, tačiau gali kilti dar daugiau sunkumų dėl mokyklų uždarymo laiko pasirinkimo (jos gali būti uždaromos pernelyg anksti), nuoseklumo ir atidarymo po uždarymo ^{10,12} .

⁶ Paprastai žmogaus, kuris pasijunta blogai ir pradeda karščiuoti, namuose.

⁷ Žmogui reikia slaugos namuose, be to, jie ir jų slaugytojai nedirba.

⁸ Besijaučiančių sveikais žmonių, kurie galėjo užsikrėsti infekcija, atsiskyrimas namuose kelioms dienoms.

⁹ Šio ir kai kurių kitų intervencinių priemonių pranašumas yra tas, kad numatytu būdu anksčiau padaroma tai, ką laikui bėgant bet kuriuo atveju tektų padaryti.

¹⁰ Iškyla klausimas, kas turėtų sumokėti kompensaciją, jeigu patiriama ekonominių nuostolių dėl valstybės (vyriausybės) veiksmų.

¹¹ Vaikui reikia priežiūros namuose ir juos prižiūrintys asmenys nedirba.

¹² Planuojant vaikams skirtas intervencines priemones dažnai laikomasi nuomonės, kad jie atlieka itin svarbų vaidmenį platinant infekciją, tačiau tai tinka ne kiekvienai pandemijai.

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika	Priimtumas Europoje	Praktiniai klausimai
15. Darbo vietų uždarymas sergamumo pakilimo laikotarpiu	Cm	Nežinomas ⁹	Itin didelės	Itin didelės	Nežinomas. Itin svarbus kompensacijų klausimas ¹⁰	Atsakomybės, kompensacijų ir teisinio pagrindo bei nuoseklumo ir atidarymo po uždarymo klausimas. Neįmanoma taikyti svarbiausias funkcijas vykdančioms įstaigoms ¹³
16. Darbas namuose ir susitikimų skaičiaus mažinimas	Cm,C	Nežinomas	Vidutinės	Vidutinės	Turėtų būti priimtina	Mažiau galimybių taikyti svarbiausias funkcijas vykdančioms įstaigoms ¹³
17. Masinių, tarptautinių renginių ir pan. atšaukimas	C	Nežinomas	Labai didelės ¹⁰	Labai didelės ¹⁰	Tikriausiai priklauso nuo kompensavimo tvarkos ir nuo to, ar taikomas draudimas ⁹ . Visuomenė gali tikėtis šių priemonių įgyvendinimo	Atsakomybės ir teisinio pagrindimo klausimas. Sunku nustatyti, ką reikėtų vadinti masiniu susibūrimu arba tarptautiniu susitikimu ir kada atšaukti ribojimus

Antivirusinių vaistų vartojimas: ankstyvas gydymas

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika	Priimtumas Europoje	Praktiniai klausimai
18. Visi, kuriems pasireiškia simptomai	A (tik ligos plitimas ir trukmė), Bm	Manoma, kad veiksmingumas būtų vidutinis, tačiau tai patvirtinantis duomenys yra neįtikinami ¹⁴	Labai didelės	Vidutinės	Tikisi daugumos valstybių visuomenė	Didelės logistinės išlaidos ir sunkumai, kai reikia priimti sprendimą, kas serga gripu, taip pat sunkumai, susiję su antivirusinių vaistų pristatymu tinkamu laiku (praėjus ne daugiau kaip 24 ar 48 valandoms nuo simptomų pradžios) visiems, kuriems šie vaistai gali būti naudingi, ir susiję su teisingu išteklių valdymu ¹⁵
19. Sveikatos ir socialinės priežiūros srityje dirbantys darbuotojai arba visuomenei svarbias funkcijas vykdančios darbuotojai, turėję galimybę užsikrėsti	A	Nedidelis ¹⁵	Itin didelės	Nedidelės	Laikoma darbo saugos dalimi ir svarbia intervencine priemone siekiant išlaikyti darbuotojus darbe	Sveikatos priežiūros srities darbuotojų arba visuomenei svarbias funkcijas vykdančių darbuotojų, turėjusių galimybę užsikrėsti, apibrėžties nustatymo sunkumai ¹⁵

Antivirusinių vaistų vartojimas: profilaktika nustačius ligos atvejį

¹³ Atskirti, kas yra ir nėra *svarbiausios funkcijos*, sudėtinga, bet svarbu, tačiau tai šiame dokumente nenagrinėjama.

¹⁴ Atlikus tyrimus gauti duomenys rodo, kad sergant sezoniniu gripu ankstyvas gydymas sutrumpina ligos trukmę viena arba dviem dienomis, taip pat sumažina ligos plitimą. Teigiama poveikio hospitalizavimui ir mirtingumui skaičiavimai yra pagrįsti stebėjimais, neišsamūs ir kur kas neįtikinamesni.

¹⁵ Daug svarbių praktinių problemų iškyla, kai reikia priimti sprendimą, kas serga gripu, kaip pristatyti antivirusinius vaistus ir pan.

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika	Priimtinumai Europoje	Praktiniai klausimai
20. Šeima	B, Bm	Vidutinis	Labai didelės	Vidutinės	Tikriausiai priimtina	Sunkumai, susiję su ligos atvejo nustatymu, šeimos apibrėžtimi, atsargų pristatymo greičiu, saugumu ir tvarkymu ¹⁶
21. Šeima ir socialiniai kontaktiniai asmenys	B, Bm	Vidutinis	Labai didelės+	Vidutinės	Nežinomas, tačiau yra žmonių, kurie, matyt, atsisako gydymo	Kaip nurodyta pirmiau ir grupių apimties nustatymo sunkumai
22. Šeima ir geografiniai kontaktiniai asmenys	B, Bm	Vidutinis	Labai didelės+	Vidutinės	Nežinomas, tačiau yra žmonių, kurie, matyt, atsisako gydymo,	Kaip nurodyta pirmiau ir dar daugiau grupių apimties nustatymo sunkumų

Antivirusinių vaistų vartojimas: nuolatinė profilaktika

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika	Priimtinumai Europoje	Praktiniai klausimai
23. Sveikatos arba socialinės priežiūros srityje dirbantys arba visuomenei svarbias funkcijas vykdančios darbuotojai	C	Vidutinis	Labai didelės	Vidutinės	Neaiškūs – sveikatos priežiūros srityje dirbantys darbuotojai gali nevertoti antivirusinių vaistų arba nevertoti jų nuolat	Sveikatos priežiūros srities darbuotojų arba visuomenei svarbias funkcijas vykdančių darbuotojų , apibrėžties nustatymo sunkumai. Neaišku, kiek laiko galima siūlyti vartoti antivirusinius vaistus

Vakcinos: vakcina nuo paukščių gripo žmonėms¹⁶

¹⁶ Būtina apsvarstyti, kaip greitai ir veiksmingai galima iširti ankstyvus pranešimus apie galimą šalutinį poveikį.

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika	Priimtinumai Europoje	Praktiniai klausimai
24. Visi gyventojai	B, Bm	Neaišku, priklauso nuo pandemiją sukeliančio viruso antigeno tipo ¹⁷	Labai didelės	Itin didelės ^{16, 18}	Nežinomas ¹⁹	Prioritetinių grupių nustatymo sunkumai
25. Sveikatos arba socialinės priežiūros srityje dirbantys arba visuomenei svarbias funkcijas vykdantys darbuotojai	B, Bm	Kaip nurodyta pirmiau	Labai didelės	Kaip nurodyta pirmiau	Kaip nurodyta pirmiau ir neaišku, ar tai bus priimtina šioms grupėms	Sveikatos priežiūros darbuotojų arba visuomenei svarbias funkcijas vykdančių darbuotojų apibrėžties nustatymo sunkumai
26. Pirmiausiai skiepijami vaikai	B, Bm	Kaip nurodyta pirmiau	Labai didelės	Kaip nurodyta pirmiau	Neaišku, ar tai bus priimtina tėvams, ypač jeigu vaikai serga lengvesne ligos forma ir vakcinacija yra naudinga kitiems. Nevisiškai gerai žinomos vakcinacijos saugumo charakteristikos ²⁰	Būtinai išankstinis planavimas

Vakcinos. Specifinė vakcina nuo pandeminio gripo

Intervencinė priemonė	Įrodymų kokybė	Veiksmingumas (nauda)	Tiesioginės išlaidos	Netiesioginės išlaidos ir rizika	Priimtinumai Europoje	Praktiniai klausimai
27. Vakcina nuo pandeminio gripo	B, Bm	Prasidėjus pirmajai pandemijos bangai – minimalus	Labai didelės, be to, reikia išankstinių investicijų	Nedidelės	Tikriausiai labai priimtina ²⁰	Sunku nuspręsti, kurios grupės turėtų būti prioritetinės ¹⁶

¹⁷ Manoma, kad kita pandemija bus sąlygota gripo viruso, kurio sudėtyje yra H5 antigenas. Išvadas apie naudą galima daryti atsižvelgiant į eksperimentinius serologinius tyrimus, tačiau pandemiją sukeliančio viruso padermės stebimųjų tyrimų duomenų negalima gauti ir bandymų negalima atlikti, kol liga nepradės plisti ir neprasidės 3 etapas. Tuomet atlikti tyrimai gali būti laikomi neetiškais.

¹⁸ Finansinė rizika, kad kita pandemija bus susijusi su kita viruso antigenine sudėtimi, o ne dabartiniu labai patogenišku paukščių gripu (A/H5).

¹⁹ Nė viena šalis nebandė savo gyventojams siūlyti skiepytis vakcina, kurios numatomas veiksmingumas būtų toks nedidelis, todėl kyla itin daug su informacijos perdavimu susijusių sunkumų.

²⁰ Būtina apsvarstyti, kaip greitai ir veiksmingai galima iširti ankstyvus pranešimus apie galimą nepageidaujamą poveikį.

4. Ataskaitų apie migrantų sveikatą serija. ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros prieinamumas migrantams ES ir EEE šalyse

(paskelbta 2009 m. liepos mėn.)

Šioje ataskaitoje apibendrinamos 2008 m. gegužės–rugsėjo mėn. atliktos migrantams Europos Sąjungoje (ES) prieinamos ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros apžvalgos išvados. Apžvalga, kurią užsakė Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC), bus didesnės ataskaitų apie migraciją ir užkrečiamąsias ligas ES serijos dalis.

Šioje ataskaitoje, parengtoje pagal informaciją, gautą atlikus apklausą 27 ES valstybėse narėse ir trijose Europos ekonominės erdvės (EEE) šalyse bei apžvelgus literatūrą, siekiama pateikti dabartinės padėties ir medžiagos, susijusios su būsima politika, moksliniais tyrimais ir paslaugomis, kuriais siekiama gerinti galimybę migrantams naudotis su ŽIV susijusiomis paslaugomis, bendrą apžvalgą. Maždaug du trečdaliai respondentų buvo nevyriausybinių organizacijų (NVO) atstovai, o likusieji – vyriausybinių organizacijų atstovai. Todėl išvados ir siūlomi veiksmai nebūtinai sutampa su ES valstybių vyriausybių nuomone.

1 skyriuje glaustai aprašomos apžvalgos rengimo pagrindai ir metodai. 2 skyriuje atkreipiamas dėmesys į pagrindines išvadas apie migrantus ir ŽIV, daugiausia dėmesio skiriama veiksniams, dėl kurių didėja migrantų pažeidžiamumas užsikrėsti ŽIV ir dėl kurių jie negali naudotis prevencijos, gydymo ir priežiūros paslaugomis, taip pat ES ir valstybių narių atsakomiesiems veiksams siekiant patenkinti su ŽIV susijusių migrantų poreikius. 3 skyriuje aptariami veiksmai, kurių ketinama imtis ateityje, apibendrinant sunkumus ir respondentų pasiūlytus veiksmus siekiant gerinti prieinamumą ES gyvenantiems migrantams naudotis su ŽIV susijusiomis paslaugomis. Kituose skyriuose apibendrinamos svarbiausios išvados, iššūkiai ir siūlomi veiksmai.

Svarbiausios išvados

- ES ėmėsi svarbių veiksmų, siekdama išspręsti su migracija ir sveikata susijusias bendrąsias ir su migracija ir ŽIV susijusias konkrečias problemas bei susijusius klausimus. 2004 m. pasirašius *Dublino deklaraciją dėl partnerystės kovojant su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje* ir vėlesnes deklaracijas, ŽIV priskirtas prie svarbiausių Europos darbotvarkės klausimų. Lisabonos konferencijoje ir tolesniuose susitikimuose bei ataskaitose 2007 m. buvo atkreiptas dėmesys į migracijos, sveikatos ir ŽIV klausimą. Ir konferencija, ir tolesni susitikimai bei ataskaitos turėjo įtakos ES politiniam įsipareigojimui, į kurį atsižvelgta rengiant politines ir teisines priemones, kuriomis siekiama užtikrinti prieinamumą migrantams naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, įskaitant ŽIV prevenciją, gydymą ir priežiūrą. Tačiau ES valstybių narių politinės ir teisinės sistemos ir migrantams prieinamos ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros paslaugos smarkiai skiriasi.
- ŽIV požiūriu pažeidžiamiausioms grupėms priskiriami migrantai kilę iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos, Rytų Europos ir Azijos, o tam tikrose Europos valstybėse – iš Lotynų Amerikos ir Karibų jūros regiono. Svarbią grupę sudaro prieglobsčio ieškotojai ir pabėgėliai, dokumentų neturintys migrantai, seksualines paslaugas teikiantys asmenys ir vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais. Kalbos barjeras, sumenkinimas ir socialinė atskirtis bei teisinės kliūtys nurodyti kaip dažniausi migrantų pažeidžiamumą užsikrėsti ŽIV lėmę veiksniai. Taip pat nurodyti kultūriniai požiūrio skirtumai, religija, diskriminacijos baimė ir menkas migrantų nusimanymas apie ŽIV.
- Veiksniai, dėl kurių migrantai nesinaudoja paslaugomis, susiję su politikos strategijomis ir įstatymais, paslaugų teikimu, pačiomis migrantų bendruomenėmis ir platesne visuomene. Respondentai teigė, kad politikos strategijos, kuriomis siekiama išsklaidyti migrantus valstybių viduje, apriboja galimybę naudotis prevencijos ir gydymo paslaugomis. Dažniausiai respondentų nurodyta kliūtis, dėl kurios migrantai negali gydytis nuo ŽIV (ypač respondentų iš naujųjų ES valstybių narių), buvo migrantų juridinis statusas – gyventojo statuso ir sveikatos draudimo neturėjimas. Informacijos, parengtos atsižvelgiant į kultūrinius ypatumus ir tinkamomis kalbomis, tinkamai parengtų specialistų ir konkreitiems migrantų poreikiams pritaikytų paslaugų stoka kėlė sunkumų visose trijose paslaugų srityse. Migrantų bendruomenėse paslaugomis nesinaudojama dėl kultūros, religijos, diskriminacijos baimės ir nepakankamos informacijos apie prieinamas paslaugas. Platesnėje visuomenėje paslaugomis, ypač prevencijos ir priežiūros paslaugomis, nesinaudojama dėl gėdos ir diskriminacijos migrantų atžvilgiu; migrantų socialinės aplinkybės nurodytos kaip konkreiti galimybei gydytis kelią užkertanti kliūtis.

- Beveik visose šalyse taikomos migrantų bendruomenėms ir tam tikroms gyventojų grupėms skirtos intervencinės kovos su ŽIV priemonės. Kai kuriose šalyse, ypač tose, kuriose migrantai gyvena pakankamai seniai, daug įvairių paslaugų teikiama per vyriausybines institucijas, NVO ir bendruomenines organizacijas. Kitose teikiamos vos kelios paslaugos arba jų iš viso nėra. Daugumoje šalių migrantų bendruomenės dalyvauja įgyvendinant intervencines priemones, tačiau politikoje, išskyrus kelias įsidėmėtinas išimtis, jie dalyvauja neaktyviai. Nepaisant to, migracijos ir ŽIV problema respondentų daugelyje iš 30 dalyvavusių šalių buvo nurodyta kaip nelabai svarbi. Daugiau dėmesio šiam klausimui skiriama tose šalyse, kur ŽIV paplitimas tarp migrantų yra palyginti didelis.

Pagrindiniai iššūkiai

- Teikiant su ŽIV susijusias paslaugas migrantams susiduriama su iššūkiais, susijusiais su politinėmis ir teisinėmis sistemomis. Prieštaravimai tarp sveikatos ir imigracijos strategijų gali pakenkti visuomenės sveikatai. Daugiausia rūpesčių kelia dokumentų neturinčių ir neapdraustų migrantų ŽIV gydymo prieinamumas. Panašių sunkumų kyla dėl aiškios su sveikatos priežiūra susijusias migrantų teises reglamentuojančios teisinės sistemos stokos.
- Informacijos spragos taip pat sukelia sunkumų. Dėl nenustatytų visose šalyse vienodų duomenų kaupimo standartų sunku palyginti migrantų padėtį ES. Nepaisant atliktų daugybės mokslinių tyrimų, trūksta informacijos, pvz., apie migraciją ir ŽIV naujosiose ES valstybėse narėse; apie ŽIV riziką sukeliančią migrantų elgseną, sveikatą ir su ŽIV susijusius poreikius; apie kultūros ir religijos poveikį su sveikata susijusiems įsitikinimams, požiūriui ir sveikatos stiprinimo elgsenai migrantų bendruomenėse.
- Kalbant apie paslaugų teikimą, kai kuriose šalyse vis dar nepašalintos teisinės, administracinės ir kultūrinės kliūtys, užkertančios kelią prieinamumui naudotis paslaugomis. Dar vienas iššūkis – užtikrinti, kad vyriausybinių institucijų ir NVO bendruomenių lygmeniu taikomoms prevencinėms ir priežiūros intervencinėms priemonėms nuolat būtų skiriama pakankamai lėšų.
- Dar vienas iššūkis – visuotiniai veiksmai, kuriais būtų galima keisti nenaudingų žiniasklaidos pranešimų skatinamą neigiamą visuomenės požiūrį į migrantus, ir iniciatyvos, kuriomis būtų patenkinami platesni socialiniai, ekonominiai ir teisiniai migrantų poreikiai, kadangi tam reikia bendrų politikos strategijų rengėjų, sveikatos ir socialinės priežiūros specialistų bei pilietinės visuomenės pastangų.

Svarbiausi siūlomi veiksmai

- Siekiant surinkti tikslus ir palyginamus epidemiologinės priežiūros duomenis bei parengti nuoseklias ir tinkamas politikos strategijas ir intervencines priemones, reikia vienos bendros „migranto“ apibrėžties, kuri būtų taikoma visoje ES. Respondentai taip pat pasiūlė imtis konkrečių veikslių – ir Europos, ir nacionaliniu lygmenimis – politikos, finansavimo, mokslinių tyrimų, tinklų kūrimo ir paslaugų srityse.
- Buvo pasiūlyta Europos ir nacionaliniu lygmenimis visų pirma parengti aiškias politikos ir teisinės sistemas, kuriomis būtų ginamos migrantų – ypač tų, kurie neturi dokumentų ir draudimo, – teisės gauti su ŽIV susijusią priežiūrą. Taip pat pasiūlyta imtis veikslių siekiant panaikinti politinius prieštaravimus, atkreipti politikos strategijų rengėjų dėmesį į su ŽIV ir migracija susijusias problemas ir labiau įtraukti migrantų bendruomenes į politikos procesus. Migracijos ir ŽIV srityje veikiančių Europos tinklų ir vykdomų projektų bei migrantams su ŽIV susijusias paslaugas teikiančių NVO finansavimas taip pat priskirtas prie prioritetinių veikslių.
- Buvo pasiūlytos kelios mokslinių tyrimų sritys. Europos lygmeniu, be kitų veikslių, pasiūlyta imtis tyrimų dėl supratimo apie migracijos ypatumus stiprinimo, Europos įstatymų bei politikos strategijų poveikio gydymo prieinamumui įvertinimo kainos bei naudos esant visuotiniam prieinamumui naudotis gydymo paslaugomis ir intervencinių priemonių poveikio. Nacionaliniu lygmeniu pasiūlyta surinkti išsamesnę epidemiologinę informaciją, gilinti žinias apie migrantų bendruomenes (įskaitant su ŽIV susijusias jų žinias, požiūrį ir elgseną) bei kultūros ir religijos svarbą ir atlikti teisės aktų poveikio ir intervencinių priemonių veiksmingumo migrantams analizę.
- Tarp pasiūlytų prioritetinių su tinklų kūrimu susijusių veikslių – ES parama Europoje veikiančiam migracijos ir ŽIV srityje veiklą vykdančių organizacijų tinklui, kiti mechanizmai dėl keitimosi ištekliais, patirtimi ir gera praktika bei ryšiai ir bendradarbiavimas tarp sveikatos ir socialinės priežiūros specialistų asociacijų, migrantų ir žmogaus teisių organizacijų ES ir nacionaliniu lygmenimis.
- Dėl paslaugų teikimo dauguma respondentų atkreipė dėmesį į tinkamos, parengtos atsižvelgiant į kultūrinius ypatumus, medžiagos ir intervencinių priemonių, tinkamo sveikatos priežiūros ir socialinių darbuotojų mokymo ir aktyvesnio migrantų bendruomenių dalyvavimo teikiant paslaugas poreikį. Siekiant paslaugas padaryti plačiau prieinamas ir didinti naudojimąsi paslaugomis, pasiūlyta skatinti bendruomenes išsitiirti dėl ŽIV, pvz., išplėsti tyrimų dėl ŽIV paslaugų aprėptį, taikyti atviresnį požiūrį į gydymą ir priežiūrą, taip pat aktyviau informuoti migrantų bendruomenes apie esamas paslaugas.

5. Ataskaitų apie migrantų sveikatą serija. ŽIV ir AIDS epidemiologija migrantų bendruomenėse ir etninėse mažumose ES ir EEE šalyse

(paskelbta 2009 m. liepos mėn.)

Bendra informacija, pagrindimas ir tikslas

Pasaulinė ŽIV/AIDS pandemija rodo pramoninių ir nepramoninių valstybių didžiulius socialinius ir ekonominius bei sveikatos priežiūros skirtumus. Jungtinių Tautų AIDS programos vertinimu, 2007 m. pasaulyje buvo 33 mln. gyventojų, užsikrėtusių ŽIV ir (arba) sergančių AIDS; daugiau kaip 96 % naujų ŽIV infekcijos atvejų nustatyta žemo ir vidutinio pragyvenimo lygio šalyse. Iš visų ŽIV infekuotų ir (arba) AIDS sergančių žmonių 22,5 mln. gyvena Afrikos valstybėse į pietus nuo Sacharos, kur ŽIV paplitimas tarp suaugusiųjų - 5 % – gerokai didesnis nei vidutiniškai pasaulyje (0,8 %). Antroje vietoje pagal paplitimą yra Karibų jūros regionas, kuriame paplitimas yra 1 % tarp suaugusiųjų, o trečioje vietoje – Rytų Europa, kur ŽIV/AIDS paplitimas tarp suaugusiųjų yra 0,9 %.

Tarptautinės migracijos organizacijos (TMO) duomenimis, 2006 m. maždaug 192 mln. žmonių (3 % pasaulio gyventojų), iš kurių 95 mln. – moterys, buvo tarptautiniai migrantai. Pagal Jungtinių Tautų apibrėžtį tarptautinis migrantas – tai bet kuris asmuo, pakeitęs savo įprastinės gyvenamosios vietos šalį. Dažniausia migracijos priežastis – geresnių ekonominių sąlygų paieška, todėl dauguma migrantų vyksta iš besivystančių šalių į išsivysčiusias šalis. Daugiausia migrantų 2006 m. buvo kilę iš Kinijos, Indijos ir Filipinų, o penkios daugiausia migrantų priėmusios šalys buvo JAV, Rusija, Vokietija, Ukraina ir Prancūzija. ES, vienas turtingiausių pasaulio regionų, priėmė 64 mln. (8,8 %) migrantų; jų skaičius įvairiose ES valstybėse labai skiriasi. ES taip pat gali pasigirti esanti viena iš pasaulio regionų, turinčių seniausias pagarbos žmogaus teisėms tradicijas. Tačiau, kaip ir daugelyje pasaulio regionų, ES gyvenantys migrantai patiria sunkių integracijos problemų. Dėl migracijos ir socialinės atskirties migrantai labai pažeidžiami užsikrėsti ar susirgti ŽIV/AIDS ir patirti susijusias komplikacijas.

ŽIV epidemija ES yra viena didžiausių visuomenės sveikatos problemų; nuo 1999 m., kai pradėjo veikti ataskaitų apie ŽIV pateikimo mechanizmai, ŽIV infekcijos atvejų tebedaugėja. Dominuojantis infekcijos plitimo būdas yra heteroseksualūs lytiniai santykiai (53 % naujų ŽIV atvejų 2006 m.), vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais (VLSV) (37 %), ir švirkščiamųjų narkotikų vartotojai (9 %). Vertėtų atkreipti dėmesį, kad 2006 m. užregistruoti 204 atvejai, kai ŽIV infekcija buvo motinos perduota vaikui. Siekiant parengti tinkamas atsakomąsias priemones, reikėtų stebėti skirtumus sveikatos priežiūros srityje, įskaitant skirtingą statusą turinčių migrantų sveikatos priežiūros skirtumus. Nuo 2000 m. buvęs Europos AIDS epidemiologinės priežiūros tinklas (EuroHIV) renka informaciją apie atvejų geografinę kilmę. Labai didelę ir vis didėjančią AIDS ir ŽIV atvejų, kurie užsikrėtė per heteroseksualius lytinius santykius, dalį sudaro asmenys, kilę ne iš tos šalies, kuri praneša apie nustatytus atvejus (daugiausia jų kilę iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos). Tačiau kitos migrantų grupės taip pat gali būti neproporcingai paveiktos ŽIV/AIDS, nors duomenų apie šias grupes nepakanka. Faktinė ir santykinė migrantų įtaka ŽIV epidemijoms ES valstybėse narėse skiriasi ir priklauso nuo migracijos ypatumų, kolonijų istorijos, ŽIV epidemijos ypatumų migrantų kilmės šalyse ir šalyse į kurias jie vyksta bei sveikatos ir socialinių atsakomųjų priemonių. Nuo pirmųjų epidemijos dienų tapo akivaizdu, kad ŽIV infekuotų ir (arba) AIDS sergančių žmonių teisių užtikrinimas yra viena pagrindinių problemų; net neabejota, kad siekiant užtikrinti šių žmonių teises svarbiausia yra mokslas, žmogaus teisės ir požiūris į visuomenės sveikatą.

2007 m. ES pirmininkavusi Portugalija pagrindine tema pasirinko migracijos ir sveikatos klausimus. 2007 m. gruodžio mėn. patvirtintose Tarybos išvadose ECDC buvo raginamas parengti ataskaitą apie migraciją ir infekcines ligas. Reaguodamas į šį raginimą, ECDC pradėjo rengti kelias ataskaitas, kurios bus sudėtos į ECDC ataskaitą apie migraciją ir infekcines ligas ES. Ataskaitos „ŽIV ir AIDS epidemiologija migrantų bendruomenėse ir etninėse mažumose“ tikslai – nustatyti ŽIV infekcijos migrantams keliamus sunkumus ir jos poveikį ŽIV epidemiologijai 1999–2006 m. laikotarpiu.

Metodai

Buvo naudojami iš ECDC/buvusio EuroHIV tinklo gauti pasaulio ir šalių duomenys, AIDS ir ŽIV atvejų absoliutūs skaičiai ir procentiniai dydžiai buvo analizuojami pagal atvejų geografinę kilmę ir metus (1999–2006), suskirstius pagal lytį ir plitimo kelius. ECDC neturint tam tikros informacijos, buvo tiesiogiai susisiekiama su svarbiausiais informacijos teikėjais. Registruotų migrantų skaičiai pagal lytį ir amžių paimti iš viešųjų Europos duomenų bazių, Eurostat ir kiekvienos dalyvavusios šalies nacionalinių statistikos biurų jų interneto svetainėse arba parašius jiems tiesiogiai.

Rezultatai

2006 m. 27 ES valstybėse narėse, Norvegijoje ir Islandijoje iš viso užregistruoti 6 746 AIDS atvejai. Daugiausia migrantų buvo tarp heteroseksualių lytinių santykių metu užsikrėtusių asmenų; iš sergančiųjų AIDS, kurių geografinė kilmė žinoma, 1 373 (50 %) buvo kilę ne iš apie ligos atvejį pranešusios šalies, 77 % atvykę iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos. Iš 57 atvejų, kurie AIDS susirgo dėl motinos vaikui perduotos ŽIV infekcijos ir kurių geografinė kilmė yra žinoma, 23 % buvo kilę iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos. Be to, beveik 20 % AIDS sergančių VLSV buvo migrantai; daugiausia kilę iš Lotynų Amerikos (106) ir kitų Vakarų Europos šalių (52). Iš 1 545 AIDS sergančių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų 7 % buvo migrantai, daugiausia iš Vakarų Europos šalių, Šiaurės Afrikos ir Artimųjų Rytų. Nuo 1999 iki 2006 m. AIDS atvejų tarp vietos gyventojų ir migrantų iš Vakarų Europos regione sumažėjo 42 %. 1999–2006 m. AIDS atvejų tarp migrantų iš Rytų Europos skaičiai padidėjo 200 %, iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos – 89 %, o iš Lotynų Amerikos – 50 %. ES AIDS daug dažniau nustatoma vyrams nei moterims, nors vyrų ir moterų santykis mažėja. Todėl nors 2006 m. užregistruota 602 AIDS sergantys vyrai ir 623 AIDS sergančios moterys iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos, pagal santykį jie sudarė 12 % ir 33 % visų AIDS atvejų tarp vyrų ir moterų.

2006 m. 27 ES valstybėse narėse, Norvegijoje ir Islandijoje užregistruota 26 712 ŽIV infekcijos atvejų, iš jų 29 % atvejų geografinė kilmė nenustatyta. Pagal absoliučius skaičius ir santykį daugiausia migrantų buvo tarp heteroseksualių santykių metu užsikrėtusių asmenų. Iš atvejų, kurių geografinė kilmė žinoma, 65 % iš 8 354 ŽIV infekuotų asmenų kilę ne iš apie ŽIV atvejį pranešusios šalies valstybės, iš jų didžioji dauguma (5 046) kilę iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos. Iš 169 žmonių, kurie ŽIV užsikrėtė dėl motinos vaikui perduotos ŽIV infekcijos, ir kurių geografinė kilmė yra žinoma, 41 % buvo kilę iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos. Be to, 18 % iš 5 048 ŽIV užsikrėtusių VLSV, kurių geografinė kilmė žinoma, buvo migrantai, o dažniausi kilmės regionai – Lotynų Amerika (215) ir Vakarų Europa (247). Iš 1 590 ŽIV užsikrėtusių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, kurių geografinė kilmė žinoma, 86 % buvo vietiniai ir 14 % – migrantai, daugiausia iš Vakarų Europos (63) ir Rytų Europos (64). 1999–2006 m. Europoje užregistruotų ŽIV atvejų skaičius gerokai išaugo ir tarp vietinių, ir tarp migrantų. Šį didėjimą reikėtų analizuoti atsižvelgiant į tai, kad ES įdiegiama pranešimų apie ŽIV registravimo sistema, kuri nėra pilnai baigta.

Apskritai ES ŽIV infekcija daug labiau paplitusi tarp vyrų nei tarp moterų, nors vyrų ir moterų santykis mažėja. 2006 m. užregistruota 1 764 ŽIV užsikrėtę vyrai ir 2 989 užsikrėtusios moterys iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos. Atsižvelgiant į tai, kad ŽIV infekuotas 7 891 vietinis vyras ir 2 028 vietinės moterys, santykis tarp vyrų iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos ir vietinių vyrų buvo 0,1, o moterų iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos skaičius beveik 1 000 atvejų viršija ŽIV atvejų skaičių tarp vietinių moterų, nors 2 910 moterų ŽIV infekcijos atvejų geografinė kilmė nežinoma. Moterų iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos skaičius daugiau kaip 1 000 atvejų viršija vyrų iš šių šalių skaičių. Po šių Afrikos valstybių didžiausią grupę sudaro vyrai iš Vakarų Europos (539), kita didžiausia grupė – iš Lotynų Amerikos kilę vyrai (456). Dažniausios migrantų moterų užsikrėtusių ŽIV infekcija geografinės kilmės šalys (išskyrus Afrikos valstybes į pietus nuo Sacharos) skyrėsi nuo vyrų, kadangi 179 ŽIV infekuotos moterys buvo kilusios iš Pietryčių Azijos, 161 – iš Karibų jūros regiono, 85 moterys – iš Vakarų Europos, o iš Rytų Europos ir Lotynų Amerikos – po 111.

ŽIV infekuotų migrantų procentinė dalis tarp visų ŽIV atvejų įvairiose šalyse labai skiriasi. Tose šalyse, kuriose registruojamas sergamumo ŽIV rodiklis mažesnis nei 20 atvejų vienam milijonui gyventojui, daugiausia Vidurio Europoje, migrantų įtaka sergamumo ŽIV rodikliams nedidelė. Šalyse, kuriose užregistruojami sergamumo ŽIV rodikliai yra 21–49 atvejai vienam milijonui gyventojų (išskyrus Lietuvą), ŽIV užsikrėtę migrantai sudarė daugiau kaip 40 % visų 2006 m. užregistruotų ŽIV atvejų. Atsižvelgiant į skirtingą gyventojų skaičių šalyse, ŽIV užsikrėtusių migrantų skaičius svyruoja nuo 24 atvejų Kipre iki 258 Švedijoje. Iš šalių, kuriose registruojamas sergamumo rodiklis yra 50–99 ŽIV atvejai vienam milijonui gyventojų (išskyrus Graikiją), migrantai sudaro 40 % Nyderlanduose ir Vokietijoje užregistruotų visų ŽIV atvejų, beveik 60 % – Norvegijoje, maždaug 65 % – Airijoje ir Prancūzijoje ir 70 % – Belgijoje. Šalyse, kuriose registruojamas sergamumo ŽIV rodiklis yra 100–199 atvejai vienam milijonui gyventojų, migrantai sudaro maždaug 30 % užregistruotų ŽIV atvejų Austrijoje, 71 % – Jungtinėje Karalystėje ir 80 % – Liuksemburge. Portugalijoje, kurioje nustatytas didžiausias sergamumas ŽIV ES, migrantai sudaro maždaug 20 % visų užregistruotų ŽIV atvejų.

1999–2006 m. užregistruoti 16 222 tuberkuliozės, kaip pradinės ligos, pagal kurią diagnozuotas AIDS, atvejai, iš jų 8 028 atvejais liga nustatyta migrantams – 3 883 migrantams iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos ir 2 684 migrantams, kurių kilmė nežinoma. Atvejų, kuriems nustatyta tuberkuliozė, kaip ADL, dalis pagal geografinę kilmę labai skyrėsi. Mažesnės procentinės dalys užregistruotos tarp Šiaurės Amerikos gyventojų (8 %) ir vietinių (16 %), o didžiausios – Afrikos valstybėse į pietus nuo Sacharos (40 %), Rytų Europoje (40 %), Pietryčių Azijoje (32 %) ir Lotynų Amerikoje (30 %).

Iš maždaug 495 milijonų žmonių, užregistruotų 27 ES valstybių narių, Norvegijos, Islandijos ir Lichtenšteino nacionaliniuose gyventojų registracijos biuruose, maždaug 32,5 mln. (6,5 %) užregistruoti kaip neturintys tų valstybių pilietybės. Informacija apie šių žmonių pilietybę gauta iš 30 tyrime dalyvavusių šalių, išskyrus Bulgariją, Estiją, Prancūziją ir Liuksemburgą. Iš šių 32,5 mln. užregistruotų migrantų pusė kilę iš Europos (6,5 mln. – iš Vakarų Europos, 7,4 mln. – iš Vidurio Europos, 2,3 mln. – iš Rytų Europos), šiek tiek mažiau – iš Lotynų Amerikos (2,31 mln.) ir Karibų jūros regiono (261 000), Pietų ir Pietryčių Azijos (2,25 mln.), Šiaurės Afrikos ir Artimųjų Rytų (2,19 mln.) ir iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos (1,32 mln.).

Aptarimas ir trūkumai

Migrantai, daugiausia kilę iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos, sudarė labai didelę ir vis didėjančią užregistruotų sergančiųjų AIDS ir infekuotųjų ŽIV dalį 27 ES valstybėse narėse, Norvegijoje ir Islandijoje 1999–2006 m. Nors migrantų iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos tarp užregistruotų per heteroseksualius lytinius santykius ir dėl motinos vaikai perduotos infekcijos ŽIV užsikrėtusiųjų yra labai daug, nemaža ŽIV užsikrėtusių VLSV procentinė dalis taip pat susijusi su migrantais, daugiausia iš Vakarų Europos, Lotynų Amerikos ir Karibų jūros regiono, ir tai rodo būtinybę pripažinti ŽIV infekuotų ir (arba) AIDS sergančių migrantų seksualinę įvairovę. Migrantų moterų dalis tarp užsikrėtusiųjų ŽIV ir (arba) sergančiųjų AIDS yra gerokai didesnė nei vyrų, ir tai rodo, kad tarp ES gyvenančių migrantų plintanti ŽIV/AIDS epidemija tampa vis didesne moterų problema. Moterys labiau pažeidžiamos užsikrėsti ŽIV dėl socialinių ir biologinių priežasčių. Šie skaičiai rodo, jog nacionaliniu lygmeniu būtina parengti ŽIV prevencijos ir gydymo politikos strategijas pagal lytį. Su didele moterims iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos tenkančia ŽIV infekcijos našta glaudžiai susijusi labai didelė migrantų iš šių Afrikos valstybių dalis tarp ES užregistruotų motinos vaikai perduotos ŽIV infekcijos atvejų. Nors sumažėjęs motinos vaikai perduotos ŽIV infekcijos atvejų skaičius ES yra svarbus pasiekimas visuomenės sveikatos srityje, tebėra daug neišspręstų problemų, ypač susijusių su migrantėmis motinomis.

ŽIV infekuotų migrantų dalis įvairiose šalyse labai skiriasi. Rytų Europoje ir kai kuriose Vidurio Europos šalyse ši dalis yra mažesnė nei 10 %, o daugumoje Šiaurės šalių – viršija 40 %. Daugumoje Vakarų Europos šalių ŽIV infekuotų migrantų dalis svyruoja nuo 20 % iki 40 % nuo visų ŽIV atvejų. Šie procentiniai dydžiai atitinka migracijos tendencijas, kadangi šalyse, kuriose ŽIV infekuotų migrantų dalis yra didesnė, bendra migrantų dalis atsižvelgiant į gyventojų skaičių taip pat didesnė, daugiausia dėl buvusių kolonijų istorijos ir neseniai kilusių socialinių, ekonominių ir demografinių problemų. Nerimą taip pat kelia didelė dalis atvejų, kurių geografinė kilmė nežinoma, ypač Jungtinėje Karalystėje, Prancūzijoje, Belgijoje ir Vokietijoje.

Remiantis šiuo metu turimais duomenimis neįmanoma atskirti, ar ŽIV atvejai užsikrėtę ES ar kitose šalyse. Pagal kitas ataskaitas, atsižvelgiant į vidutinį Europoje praleistą laiką ir CD4 ląstelių skaičių ŽIV infekcijos diagnozavimo metu, dauguma ŽIV infekuotų žmonių iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos tikriausiai šiuo virusu užsikrėtė savo kilmės šalyje. Tačiau taip pat yra įrodymų, kad iš Afrikos valstybių į pietus nuo Sacharos kilę žmonės ŽIV užsikrėčia ir ES šalyse. Duomenų apie kitas šalis, kuriose užsikrėčiama ŽIV infekcija, yra nedaug, nors iš surinktų įrodymų atrodo, kad švirkščiamuosius narkotikus vartojantys migrantai ŽIV užsikrėčia Europoje. Nors diskusijos apie galimo užsikrėtimo ŽIV šalį yra labai prieštaringos, – deja, jos paskatino viešas rasistines reakcijas, – žinoti užsikrėtimo ŽIV ir AIDS eigos vietą visuomenės sveikatos požiūriu yra labai svarbu: tokie duomenys gali parodyti ŽIV pirminės prevencijos, ŽIV antrinės prevencijos arba jų abiejų trūkumus.

ES ir JAV vėlyva ŽIV diagnozė yra didelė problema, ir duomenys rodo, kad ji dar didesnė tarp ŽIV infekuotų migrantų, kilusių ne iš Vakarų valstybių. Nuo praėjusio amžiaus dešimto dešimtmečio vidurio ES šalyse užregistruojama gerokai mažiau AIDS atvejų, ir tai siejama daugiausia su labai veiksmingo antiretrovirusinio gydymo prieinamumu gyventojams. Tačiau kalbant apie daugumą migrantų, toks sumažėjimas neužfiksuotas, o tai rodo, kad ŽIV infekcija migrantams diagnozuojama vėlai ir jie turi prastesnę prieinamumą pasinaudoti antiretrovirusiniu gydymu arba antiretrovirusinių vaistų nevartoja ir kad tai turi neigiamą įtaką ŽIV infekuotų migrantų mirtingumui ES. Be to, tinkamas ŽIV gydymas taip pat yra viena iš strategijų siekiant išvengti ŽIV plitimo, atsižvelgiant į tai, kad antiretrovirusinius vaistus vartojančių žmonių galimybė užkrėsti kitus yra mažesnė. Prieinamas gydymas ir prevencija taikytini ir tuberkuliozei, kadangi skubus ŽIV tyrimas tikrai padėtų sumažinti su ŽIV susijusių tuberkuliozės atvejų skaičių. Plačiai pripažįstama, kad tuberkuliozės gydymas yra tuberkuliozės plitimo, taigi ir antrinių tuberkuliozės atvejų, prevencijos atitinkmuo.

Migrantų įtakos ŽIV epidemiologijai regione analizė turi kelis trūkumus – dėl nevienodai įdiegtų pranešimų apie ŽIV sistemų ir neišsamių duomenų apie skirtingą ES valstybėse narėse gyvenančių migrantų geografinę kilmę. Iš tiesų, labai didelė trūkstamų duomenų šioje kategorijoje dalis yra svarbus analizės trūkumas, rodantis būtinybę stiprinti ŽIV epidemiologinę priežiūrą ES siekiant užtikrinti reikiamus kokybės standartus.

Šioje ataskaitoje pateikti skaičiai nestebina šioje srityje dirbančių specialistų, ypač kai įsigilinama į pasaulinę ŽIV epidemiologiją ir pasaulines migracijos tendencijas, kurias abi labiausiai skatina pasaulyje vyraujantys skirtumai. Siekiant suvaldyti ŽIV/AIDS epidemiją turėtų būti pašalintos kliūtys, dėl kurių ES gyvenantys migrantai negali

naudotis ŽIV prevencijos ir gydymo priemonėmis. Šioje ataskaitoje pateikiami ir analizuojami duomenys patvirtina, kad pirminė ir antrinė ŽIV prevencija tampa neveiksminga ir kad būtina imtis ryžtingų veiksmų.

6. Su ŽIV ir LPI susijusios elgsenos priežiūros Europoje analizė

(paskelbta 2009 m. rugsėjo mėn.)

Bendra informacija

Žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) ir kitų lytiškai plintančių infekcijų (LPI) epidemijos Europoje tebėra didelė visuomenės sveikatos problema. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC) buvo įkurtas 2005 m. siekiant stiprinti Europos Sąjungos (ES) pajėgumus infekcinių ligų prevencijos ir kontrolės srityje, ŽIV ir kitas LPI įvardijant prioritetinėmis ligomis. Šiuo požiūriu epidemiologinė priežiūra yra svarbi užduotis, o ECDC turi tvirtus įgaliojimus tvarkyti ir koordinuoti visoje ES vykdomos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros duomenų bazes. Antrosios kartos epidemiologinė priežiūra reiškia, kad ją vykdant yra stebimi ir biologiniai (nauji ŽIV/AIDS ir LPI atvejai), ir elgsenos rodikliai (pvz., seksualinė elgsena, apsaugos priemonių naudojimas). Toks požiūris svarbus ir teikiant informaciją politikos strategijoms plėtoti, ir vertinant jų rezultatus.

2008 m. ECDC paprašė tarptautinės ekspertų komandos atlikti išsamią elgsenos stebėsenos programų, susijusių su ŽIV ir LPI Europos šalyse, dabartinės padėties analizę, ir parengti pasiūlymą dėl svarbiausių elgsenos rodiklių, susijusių su ŽIV ir LPI Europoje, įdiegimo programos. Šioje ataskaitoje pateikiama elgsenos stebėsenos sistemų, susijusių su ŽIV ir LPI ES valstybėse narėse ir Europos laisvosios prekybos asociacijos (ELPA) šalyse, analizė. Analizuojama šių gyventojų grupių epidemiologinė priežiūra: visų gyventojų, jaunimo, švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais (VLSV), ŽIV infekuotų ir (arba) AIDS sergančių žmonių, komercinio sekso paslaugas teikiančių asmenų, LPI gydymo įstaigų pacientų, migrantų ir etninių mažumų.

Metodai

Klausimynų rinkinys buvo išsiųstas visoms ES ir ELPA šalims. Rinkinys buvo sudarytas iš devynių atskirų klausimynų: vienas klausimynas apie elgsenos ypatumus šalyje ir bendruosius antrosios kartos epidemiologinės priežiūros sistemos aspektus ir po vieną kiekvienai specifinei populiacijos grupei skirtą klausimyną. Klausimyne apie bendruosius antrosios kartos epidemiologinės priežiūros sistemos aspektus buvo prašoma apibūdinti:

- nacionalinę arba regiono elgsenos epidemiologinės priežiūros sistemą;
- antrosios kartos sistemos veikimą nacionaliniu arba regiono lygmeniu ir
- galimybes kurti tvarias antrosios kartos epidemiologinės priežiūros sistemas arba iškilusias kliūtis.

Su specifinėmis populiacijos grupėmis susijusiuose klausimynuose visų pirma buvo klausiama, ar veikia epidemiologinės priežiūros sistema toje populiacijos grupėje, paskui prašoma pateikti informaciją, ar nuo 1985 m. atliekamos kokios nors skirtingų populiacijos grupių apklausos apie elgseną (arba kitais būdais renkami duomenys), ir informaciją apie:

- kiekvienos apklausos arba duomenų kaupimo sistemos metodus;
- pagrindinius šiuo metu stebimus rodiklius; ir
- susijusius leidinius.

Klausimynas elektroniniu paštu išsiųstas kiekvienos šalies ŽIV epidemiologinės priežiūros centrų kontaktiniams asmenims; šie asmenys turėjo galimybę pasirūpinti, kad į kiekvienai populiacijos grupei skirtos specifinio klausimyno klausimus atsakytų tos šalies atitinkamos srities atsakingi specialistai. Vėliau atsakingi asmenys surinko klausimynus ir nusiuntė juos analizuoti ekspertų grupei. Ataskaitos projektas buvo aptartas 2009 m. vasario mėn. Montré mieste (Šveicarija) įvykusiame Elgsenos priežiūros ekspertų posėdyje ir taip pat nusiųstas patvirtinti kiekvienos šalies ŽIV epidemiologinės priežiūros centrų kontaktiniams asmenims, kurie prieš tai apibendrino savo šalyje užpildytus klausimynus.

Rezultatai

Klausimynų rinkinius užpildė ir pateikė 28 iš 31 apklausoje dalyvavusių šalių (neatsakė Bulgarija, Rumunija ir Portugalija). Elgsenos epidemiologinės priežiūros veiklos ES ir (arba) ELPA šalyse analizė rodo, kad elgsenos epidemiologinės priežiūros plėtojimo padėtis įvairiose šalyse labai skiriasi: 15 šalių (Belgija, Kipras, Danija, Estija, Suomija, Prancūzija, Vokietija, Latvija, Lietuva, Lenkija, Slovėnija, Ispanija, Švedija, Šveicarija ir Jungtinė Karalystė) teigė įdiegusios su ŽIV ir LPI susijusios elgsenos epidemiologinės priežiūros sistemą, o dar viena valstybė (Nyderlandai) teigė vykdanti kelių specifinių populiacijos grupių epidemiologinę priežiūrą, tačiau neįdiegusi oficialios nacionalinės bendros elgsenos epidemiologinės priežiūros sistemos.

Elgsenos epidemiologinės priežiūros sistemos įteisinimo lygis įvairiose šalyse labai nevienodas. Iš 16 šalių, kurios teigė vykdančios elgsenos epidemiologinę priežiūrą, tik aštuonios turi dokumentą, kuriame ši sistema aprašyta ir kuriuo įteisintas jos veikimas. Daugelyje šalių, kuriose veikia elgsenos epidemiologinės priežiūros sistema, ši sistema kuriama laipsniškai, tiriamų populiacijos grupių sąrašą laikui bėgant papildant naujomis, kartais nesant aiškaus epidemiologinės priežiūros tikslo. Be to, daugelyje šalių, net ir tose, kuriose elgsenos epidemiologinė priežiūra įteisinta, paprastai nėra nustatyto įvairių populiacijos grupių elgsenos epidemiologinės priežiūros vykdymo laiko reguliarumo ar įprastinės tvarkos. Elgsenos epidemiologinė priežiūra taip pat organizuojama skirtingai: tose šalyse, kuriose elgsenos epidemiologinė priežiūra įteisinta, šios sistemos veiklą organizuoja ir koordinuoja sveikatos ministerija, nacionalinės sveikatos priežiūros agentūra arba universitetas. Tose šalyse, kuriose veikia ne tokios formalios epidemiologinės priežiūros sistemos, sistemų veiklą neoficialiai koordinuoja institucijų tinklas, jungiantis vyriausybines institucijas, universitetus, nevyriausybines organizacijas (NVO) ir pan. Kalbant apie epidemiologinės priežiūros sistemos proporcingumą (t. y. populiacijos grupių, kurių epidemiologinė priežiūra vykdoma, rūšis), daugeliu atvejų rizikos grupėms priskiriamos populiacijos grupės neapibrėžtos ir jų epidemiologinė priežiūra nebuvo vykdoma arba šie procesai neužbaigti. Aktyviausiai vykdoma bendra visų gyventojų, jaunimo, VLSV ir švirkščiamųjų narkotikų vartotojų priežiūra. Seksualines paslaugas teikiančių asmenų ir jų klientų, migrantų, etninių mažumų, ŽIV infekuotų ir (arba) AIDS sergančių žmonių ir LPI gydymo įstaigų pacientų elgsenos epidemiologinė priežiūra atliekama tik keliose šalyse.

Kalbant apie antrosios kartos epidemiologinės priežiūros sistemas, iš 16 šalių, kuriose vykdoma elgsenos epidemiologinė priežiūra, 13 šalių taip pat veikia statistinių duomenų kaupimo sistema (angl. SGS), dar dviejose šalyse veikia tik vienos populiacijos grupės SGS. Oficialiai šios sistemos veikla organizuojama, į tai įsitraukus valdymo arba koordinavimo institucijai, šešiose šalyse.

Kalbant apie visas minėtas populiacijų grupes, informaciją apie savo pasirinktus prioritetinius rodiklius pateikusių šalių yra mažiau nei tų, kurios teigė renkančios informaciją su minėtomis populiacijos grupėmis susijusiomis temomis. Taip tikriausiai yra todėl, kad tik šalys, kurios veikia pagal tam tikrą epidemiologinės priežiūros sistemos pavyzdį, pasirinko konkrečius rodiklius, pagal kuriuos nuolat renka duomenis, todėl privalo juos tiksliai apibrėžti. Kalbant apie temas, kurios paprastai stebimos, palyginti daug prioritetinių temų pagal populiacijos grupes sutampa; turbūt todėl pasirenkami tie patys rodikliai pagal šalis ir tiriamas populiacijos grupes. Kadangi tebėra nemažai skirtumų, Europos lygmeniu reikėtų toliau derinti su kiekviena populiacijos grupe susijusius rodiklius, kuriuos reikėtų stebėti. Populiacijose, kurių elgsenos epidemiologinė priežiūra yra arba gali būti vykdoma tiriant paslaugomis arba kohortomis pagrįstas imtis, reikėtų surengti preliminaras diskusijas su suinteresuotais subjektais dėl elgsenos stebėsenos vykdymo tokiose vietose.

Tose srityse, kuriose Europos mastu jau sutariama, reikėtų siūlyti stebėti jau suderintus rodiklius, ir tuos pasirinktus rodiklius turėtų būti galimybė paversti tarptautiniu lygmeniu suderintais rodikliais. Atsižvelgiant į visos analizės rezultatus, siūlomi visoms populiacijos grupėms bendri pagrindiniai rodikliai. Šie rodikliai susiję su seksualinių partnerių skaičiumi, prezervatyvų naudojimu per paskutinę sueitį, atliktu arba neatliktu ŽIV tyrimu, mokėjimu už seksualines paslaugas ir žiniomis apie ŽIV. Naudojantis pagrindiniais rodikliais taip pat turėtų būti sistemingai renkami duomenys apie išsilavinimo lygį, pilietybę ir (arba) tautybę ir seksualinę orientaciją.

7. Bakterijų keliami iššūkiai: laikas imtis atsakomųjų veiksmų (ECDC ir EMEA bendras techninis pranešimas)

(paskelbta 2009 m. rugsėjo mėn.)

Pagrindinės išvados

Sunkumus kelia atotrūkis tarp keliems vaistams atsparių bakterijų sukeliamų infekcijų naštos ir naujų antibiotikų sukūrimo, kuriais būtų galima išspręsti šią problemą.

- Gramteigiamų ir gramneigiamų bakterijų, kurios žmonėms sukelia sunkias infekcijas, atsparumas antibiotikams yra didelis ir keliose ES valstybėse narėse jis yra daugiau kaip 25 %.
- ES didėja kai kurių gramneigiamų bakterijų, pvz., neseniai nustatytų *Escherichia coli*, atsparumas vaistams.
- Nuo šių pasirinktų keliems vaistams atsparių bakterijų sukeltų infekcijų ES kasmet miršta maždaug 25 000 pacientų.
- Dėl kai kurių keliems vaistams atsparių bakterijų sukeliamų infekcijų ES atsiranda papildomų sveikatos priežiūros sistemos išlaidų ir nuostolių dėl sumažėjusio darbo našumo – jie kasmet sudaro ne mažiau kaip 1,5 mlrd. EUR.
- Nustatyta, kad penkiolika iš šiuo metu kuriamų sistemiškai vartojamų antibakterinių medžiagų, turinčių naują veikimo mechanizmą arba veikiančių naują bakterijų taikinį, galėtų padėti išspręsti dauginio atsparumo vaistams problemą. Daugumos iš šių medžiagų kūrimo procesas dar tik pradėtas, ir iš pradžių jos buvo kuriamos siekiant gydyti tokias bakterines infekcijas, kurios jau išgydomos kitomis gydymo priemonėmis.
- Ypač trūksta naujų medžiagų, kurios veiktų naujus taikinius arba turėtų naujus veikimo mechanizmus ir veiktų keliems vaistams atsparias gramneigiamas bakterijas. Nustatytos dvi tokios medžiagos, kurios veikia naujus arba galimus naujus taikinius ir kurių aktyvumas pagrįstas dokumentais; yra ankstyvas abiejų šių medžiagų kūrimo etapas.
- Būtina nedelsiant parengti strategiją Europos ir pasaulio lygmeniu šiam atotrūkiui panaikinti.

2007 m. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC), Europos vaistų agentūra (EMA) ir tarptautinis kovos su bakterijų atsparumu antibiotikams tinklas (angl. *Action on Antibiotic Resistance*, ReAct) pradėjo diskusiją apie būtinybę dokumentais patvirtinti atotrūkį tarp keliems vaistams atsparių bakterijų sukeliamų infekcijų naštos ES ir naujų antibiotikų kūrimo. Šiuo tikslu 2008 m. sudaryta ECDC ir EMA jungtinė darbo grupė, kuri turėtų teikti ataskaitas su faktais ir skaičiais, kuriais būtų galima pagrįsti spėjimus apie atotrūkio mastą ateinančiais metais.

Šios antibiotikams atsparios bakterijos buvo pasirinktos todėl, kad jos dažnai sukelia kraujo infekcijas, ir todėl, kad atsparumas tam tikram antibiotikui dažniausiai yra atsparumo keliems antibiotikams požymis:

- *Staphylococcus aureus*, atsparumas meticilinui (MRSA);
- *S. aureus*, vidutinis atsparumas vankomicinui ir atsparumas vankomicinui (VISA/VRSA);
- *Enterococcus* spp. (pvz., *Enterococcus faecium*), atsparumas vankomicinui (VRE);
- *Streptococcus pneumoniae*, atsparumas penicilinui (PRSP);
- enterobakterijos (pvz., *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), atsparumas trečiosios kartos cefalosporinams;
- enterobakterijos (pvz., *K. pneumoniae*), atsparumas karbapenemams; ir
- fermentacijos nesukeliančios gramneigiamos bakterijos (pvz., *Pseudomonas aeruginosa*), atsparumas karbapenemams.

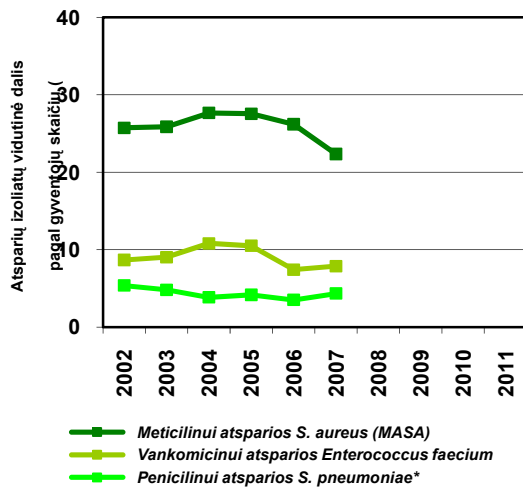
Keliems vaistams atsparių bakterijų sukeliamų infekcijų tendencijos ir našta ES

Duomenys apie šių pasirinktų antibiotikams atsparių bakterijų sukeliamas invazines (daugiausia kraujo) infekcijas sukeliančias bakterijas paimti iš Europos atsparumo antimikrobiniais vaistams stebėsenos sistemos (angl. *European Antimicrobial Resistance Surveillance System*, EARSS) 2002–2007 m. kasmet kauptų ES valstybių narių, Islandijos ir Norvegijos duomenų bazės.

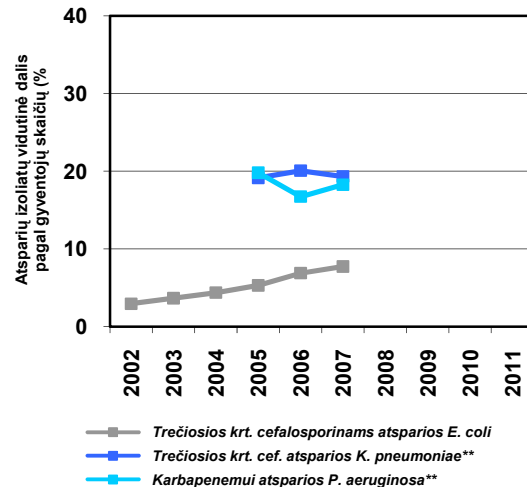
Tendencijos pagal pasirinktų antibiotikams atsparių kraujo infekcijas sukeliančių bakterijų kraujo izoliatų dalį Europoje pateikiamos 7.1. diagramoje.

7.1. diagrama. Atsparių bakterijų izoliatų nuo visų izoliatų iš kraujo dalies vidurkis pagal gyventojų skaičių, ES valstybės narės, Islandija, Norvegija, 2002–2007 m.

a. Gramteigiamos bakterijos



b. Gramneigiamos bakterijos



* *S. pneumoniae*: išskyrus Graikiją, kuri nepateikė duomenų apie šią bakteriją EARSS.

** *K. pneumoniae* ir *P. aeruginosa*: išskyrus Belgiją ir Slovakiją, kurios nepateikė duomenų apie šias bakterijas EARSS.

2007 m. vidutinė meticilinui atsparių *Staphylococcus aureus* kraujo izoliatų dalis (% MRSA) buvo didžiausia iš pasirinktų antibiotikams atsparių bakterijų, Europos Sąjungoje dažnai sukeliančių kraujo infekcijas, izoliatų. Tačiau per pastaruosius kelerius metus ši dalis mažėjo (7.1 diagrama). Tai lėmė MRSA mažėjimo tendencijos keliose valstybėse narėse, tikriausiai dėl nacionaliniu lygmeniu įgyvendinamų dokumentais patvirtintų veiksmų planų Prancūzijoje, Slovėnijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Vidutinė MRSA dalis pasiekė beveik tokį pat lygį, kaip pasirinktų antibiotikams atsparių gramneigiamų bakterijų.

Vankomicinui vidutiniškai atsparių *S. aureus* (VISA) kraujo izoliatų dalis ES valstybėse narėse, Islandijoje ir Norvegijoje buvo labai nedidelė (mažesnė nei 0,1 %). 2007 m. ataskaitų apie vankomicinui atsparius *S. aureus* izoliatus EARSS nepateikta (7.1 diagramoje šie duomenys nepateikiami).

Trečiosios kartos cefalosporinams atsparių *Escherichia coli* – dažniausiai žmonėms infekcijas sukeliančių gramneigiamų bakterijų – kraujo izoliatų vidutinė dalis kaip tik nuolat didėja.

O tuo tarpu nematyti jokių mažėjančio *Kebsiella pneumoniae* atsparumo trečiosios kartos cefalosporinams arba mažėjančio *Pseudomonas aeruginosa* atsparumo karbapenemams požymių (7.1 diagrama).

2007 m. karbapenemams atsparių *K. pneumoniae* kraujo izoliatų dalis ES valstybėse narėse, Islandijoje ir Norvegijoje apskritai buvo labai nedidelė (vidutiniškai 0 %), išskyrus Graikiją, kur ši dalis buvo 42 % (7.1 diagramoje šie duomenys nepateikiami).

Būtų galima įvertinti tik šių penkių antibiotikams atsparių bakterijų poveikio mastą žmonėms ir ekonomikai: MRSA, vankomicinui atsparių *Enterococcus faecium*, trečiosios kartos cefalosporinams atsparių *E. coli* bei *K. pneumoniae* ir karbapenemams atsparių *P. aeruginosa*.

Tyrimas patvirtino, kad MRSA yra Europos Sąjungoje labiausiai išplitusi keliems vaistams atspari bakterija. Tačiau bendras paprastų antibiotikams atsparių gramteigiamų bakterijų (daugiausia MRSA ir vankomicinui atsparių *Enterococcus faecium*) atvejų skaičius panašus į paprastų antibiotikams atsparių gramneigiamų bakterijų (trečiosios kartos cefalosporinams atsparių *E. coli* bei *K. pneumoniae* ir karbapenemams atsparių *P. aeruginosa*) atvejų skaičių.

Apskritai apskaičiuota, kad 2007 m. Europos Sąjungoje, Islandijoje ir Norvegijoje nuo infekcijos, kurią sukėlė viena iš pasirinktų penkių antibiotikams atsparių bakterijų, mirė maždaug 25 000 pacientų. Be to, dėl pasirinktų antibiotikams atsparių bakterijų sukeltų infekcijų pacientai ligoninėse papildomai praleido maždaug 2,5 mln. dienų, o ligoninės dėl to papildomai patyrė daugiau kaip 900 mln. EUR išlaidų.

Taip pat apskaičiuoti nuostoliai dėl darbo našumo sumažėjimo, kurį lėmė šios infekcijos. 2007 m. duomenimis, ambulatorinių ligonių priežiūros išlaidos sudarė maždaug 10 mln. EUR, o nuostoliai dėl darbo našumo sumažėjimo, kurį lėmė pacientų neatvykimas į darbą dėl infekcijos, įvertinti daugiau kaip 150 mln. EUR per metus. Nuostoliai dėl darbo našumo sumažėjimo, kurį lėmė nuo infekcijos mirę pacientai, vertinami maždaug 450 mln. EUR per metus. Apskritai dėl pasirinktų antibiotikams atsparių bakterijų sukeltų infekcijų visuomenės patiriamos išlaidos siekia maždaug 1,5 mlrd. EUR per metus.

Yra ne viena priežastis (pvz., nedidelis į tyrimą įtrauktų bakterijų skaičius, nesvarstytos ambulatorinių ligonių infekcijos, vidutinės priežiūros liginėje vidutinės išlaidos, į kurias neįtrauktos specialios pacientų priežiūros, kaip antai intensyvios terapijos, išlaidos), kuria galima pagrįsti išvadą, kad šie skaičiai neparodo tikro antibiotikams atsparių bakterijų sukeltamų infekcijų poveikio masto žmonėms ir ekonomikai.

Antibakterinių medžiagų mokslinių tyrimų ir kūrimo eiga

Siekiant įvertinti padėtį, susijusią su antibakterinių vaistų kūrimo eiga, dviem komercinėms duomenų bazėms (*Adis Insight R&D* ir *Pharmaprojects*) pateikta užklausa apie visame pasaulyje kuriamų antibakterinių medžiagų klinikinius tyrimus. Buvo nutarta išsamiai nevertinti medžiagų, kurių klinikiniai tyrimai dar ne pradėti, nes didelė dalis ikiklinikinių tyrimų metu nepatvirtinama ir nepakanka apžvalgai reikiamų duomenų.

Esant galimybei, remiantis iš duomenų bazių arba literatūros duomenimis, buvo vertinamas surastų medžiagų aktyvumas prieš pasirinktas bakterijas. Nesant faktinių *in vitro* duomenų, vertintojai taip pat atsižvelgė į pagrįstas prielaidas dėl kai kurių medžiagų aktyvumo, remdamiesi panašių medžiagų (pvz., tai pačiai klasei priskiriamų arba tą patį veikimo mechanizmą turinčių medžiagų) savybėmis, kad galėtų numatyti palankiausią scenarijų.

Be to, vertintojų buvo paprašyta nurodyti, ar kiekviena iš šių medžiagų priskiriama naujai, ar jau esamai antibiotikų klasei, ir nurodyti, ar:

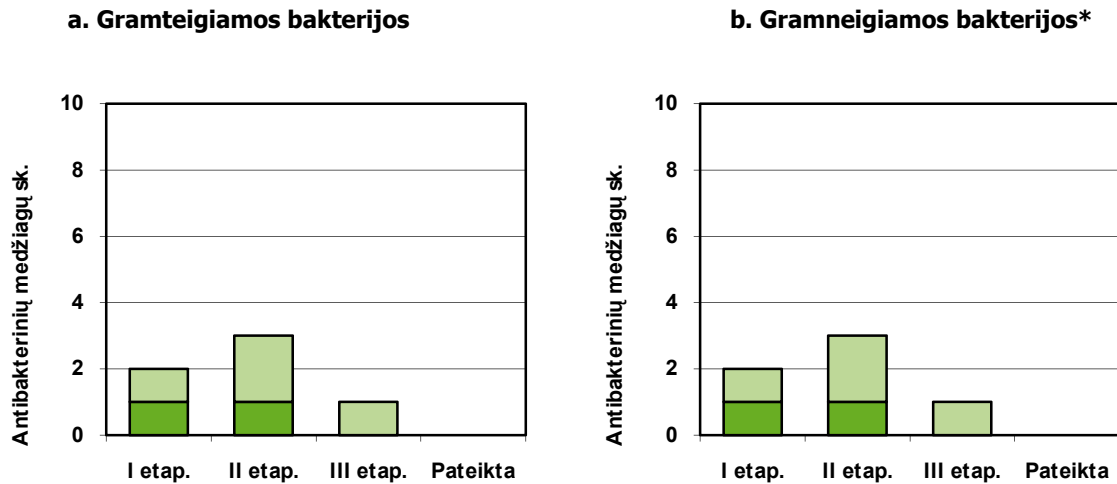
- ji veikia tą patį taikinį ir tokiu pat būdu, kaip bent viena anksčiau patvirtinta antibakterinė medžiaga;
- jos veikimo mechanizmas yra žinomas, bet ji veikia naują taikinį; arba
- jos veikimo mechanizmas yra naujas.

Pagrindiniai šios analizės rezultatai buvo tokie:

- Iš 167 surastų medžiagų 90 buvo antibakterinės medžiagos, pagal palankiausią scenarijų *in vitro* veikiančios bent vieną organizmą iš svarbių visuomenės sveikatai atrinktų bakterijų sąrašo (remiantis faktiniais duomenimis arba prielaidomis, atsižvelgiant į tos klasės vaistų veikimo mechanizmą).
- Iš šių 90 medžiagų 24 buvo naujos farmacinės formos patvirtintos antibakterinės medžiagos, o 66 – naujos veikliosios medžiagos.
- Iš 66 naujų veikliųjų medžiagų tik 27 įvertintos kaip veikiančios naują taikinį arba veikiančios pagal naują veikimo mechanizmą ir galbūt būsiančios pranašesnės už esamus antibiotikus.
- Iš šių 27 medžiagų 15 medžiagų būtų galima vartoti sistemaiškai.
- Prieita prie išvados, kad iš šių 15 sistemaiškai vartojamų medžiagų aštuonios veikia bent vieną iš pasirinktų gramneigiamų bakterijų.
- Iš šių aštuonių gramneigiamas bakterijas veikiančių medžiagų keturių aktyvumas pagrįstas faktiniais duomenimis, o kitų keturių aktyvumas yra numatomas atsižvelgiant į žinomas tos pačios klasės vaistų savybes arba veikimo mechanizmą.
- Iš šių keturių medžiagų, kurių aktyvumas prieš gramneigiamas bakterijas pagrįstas faktiniais duomenimis, dvi veikė naujus taikinius arba galimus naujus taikinius, ir nė vienos iš jų veikimo mechanizmas nebuvo naujas.

7.2 diagramoje pateikiama informacija apie šias 15 antibakterinių medžiagų. Vertėtų atkreipti dėmesį, kad tik penkios iš šių medžiagų pasiekė klinikinių tyrimų etapą, kad būtų galima patvirtinti jų klinikinį veiksmingumą (3 arba vėlesnis klinikinių tyrimų etapas).

7.2 diagrama. Naujos sistemiskai vartojamos antibakterinės medžiagos, turinčios naują taikinį arba naują veikimo mechanizmą, kurių *in vitro* aktyvumas prieš pasirinktas bakterijas pagrįstas faktiniais duomenimis (tamsios spalvos stulpelio dalis) arba *in vitro* aktyvumas numatomas prieš pasirinktas bakterijas, remiantis tos pačios klasės vaistų savybėmis arba veikimo mechanizmais (šviesios spalvos stulpelio dalis) (pagal palankiausią scenarijų), pagal vaisto kūrimo etapą (n=15).



Pastaba. Faktiniais duomenimis pagrįstas in vitro aktyvumas pavaizduotas tamsesne spalva kiekvieno stulpelio apačioje. Numatomas in vitro aktyvumas, pagrįstas tos pačios klasės vaistų savybėmis arba veikimo mechanizmais (jei taikoma), pavaizduotas šviesesne spalva kiekvieno stulpelio viršuje.

** Į 7.2b diagramą neįtraukti du karbapenemai, nes jų aktyvumas prieš gramneigiamas bakterijas nedidesnis nei ankstesnių karbapenemų. Šių medžiagų santykinis naujoviškumas pagrįstas geresnėmis aktyvumo prieš antibiotikams atsparias gramneigiamas bakterijas charakteristikomis, todėl jos įtrauktos į 7.2a. diagramą.*

Bakterijų atsparumas jau dabar yra didelė našta ES, o ateityje ji tikriausiai tik didės. Remiantis dabartiniais duomenimis manoma, kad per ateinančius keletą metų iškilis tam tikrų problemų dėl gramneigiamų bakterijų atsparumo.

Šiuo metu kuriamos vos kelios antibakterinės medžiagos su naujais veikimo mechanizmais, kuriomis būtų galima įveikti keliems vaistams atsparių bakterijų keliamus iššūkius. Ypač trūksta naujų medžiagų, kuriomis būtų galima išgydyti keliems vaistams atsparių gramneigiamųjų bakterijų sukiamas infekcijas.

Šioje ataskaitoje nustatytas atotrūkis tarp infekcijos naštos, kylančios dėl keliems vaistams atsparių bakterijų sukiamų infekcijų, ir naujų antibakterinių medžiagų, kuriomis būtų galima išspręsti šią problemą, kūrimo. Būtina nedelsiant parengti strategiją Europos ir pasaulio lygmeniu šiam atotrūkiui panaikinti. Taip pat reikia diegti priemones vaistų kūrimui skatinti.

8. Su ŽIV ir LPI prevencija susijusių elgsenos ir psichosocialinių intervencinių priemonių, skirtų vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais veiksmingumas Europoje

(paskelbta 2009 m. lapkričio mėn., pataisyta 2009 m. gruodžio mėn.)

Bendra informacija

Nesant veiksmingos bei įperkamos vakcinos ir atsižvelgiant į tai, kad šiuo metu vartojami antiretrovirusiniai vaistai nepadedą visiškai išgydyti infekcijos, elgsenos ir psichosocialinė prevencija, kurios tikslas – apriboti rizikingą lytinę elgseną, tebėra itin svarbi siekiant sumažinti ŽIV ir LPI plitimą per lytinius santykius tarp vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais (VLSV). Atsižvelgiant į programų rengėjams ir sprendimus priimantiems asmenims reikalingą specifinių intervencinių priemonių apibūdinimą ir intervencinių priemonių poveikio kiekybinį vertinimą, kad remiantis visa turima informacija būtų galima priimti sprendimus, susijusius su prevencijos finansavimu ir moksliniais tyrimais, reikia sistemingos apžvalgos, kurią atlikus būtų galima atnaujinti dabartinių žinių apie VLSV skirtas ŽIV ir LPI prevencijos intervencines priemones Europoje bazę.

Tikslai

Šios apžvalgos tikslai buvo apibendrinti ir įvertinti Europoje gyvenantiems VLSV skirtų ŽIV ir LPI prevencijos intervencinių priemonių veiksmingumą ir nustatyti su veiksmingumu susijusias intervencinių priemonių charakteristikas bei galimas spragas.

Metodai

Atlikta sisteminga aktualios literatūros paieška aštuoniuose tarptautinėse duomenų bazėse ir apžvalgų bei į jas įtrauktų tyrimų bibliografijos sąrašuose. Tyrimai pasirinkti pagal iš anksto nustatytus kriterijus ir įvertinus jų klaidų riziką. Naudojant lenteles apibendrinti rezultatai, taip pat apskaičiuoti lytinės elgsenos pasekmių poveikio įverčiai.

Rezultatai

Rezultatai gauti išanalizavus šešių kontroliuojamų tyrimų, kuriuose dalyvavo iš viso 4 111 dalyvių iš keturių skirtingų Europos šalių, duomenis. Remiantis rezultatais, visuose tyrimuose vienoje arba keliose iš vertintų sričių nustatyta didelė arba neaiški klaidų rizika. Keturių intervencinių priemonių, apie kurias buvo surinkta duomenų, sujungto poveikio įvertis leidžia manyti, kad VLSV, kurie dalyvauja ŽIV ir LPI prevencijos veikloje, rečiau mini turėję analinių lytinių santykių be apsaugos priemonių. Įrodymų nepakako, kad būtų galima išanalizuoti intervencinių priemonių ypatybes, labiausiai susijusias su poveikio dydžiu. Vos keli tyrimų dalyviai buvo ne baltodžių rasės atstovai, ir tik viename tyrime biologinis LPI tyrimas buvo naudojamas kaip pokyčio rodiklis.

Aptarimas

Nepaisant ŽIV epidemijos išplitimo masto, atlikti vos keli išsamūs kokios nors formos VLSV skirtų su elgsena susijusių ŽIV ir LPI intervencinių priemonių Europoje vertinimai. Rezultatai rodo galimą trumpalaikį intervencinių priemonių poveikį siekiant sumažinti VLSV, turinčių analinių lytinių santykių be apsaugos priemonių, dalį, tačiau kontroliuojamų tyrimų stoka rodo, kad šioje srityje būtina atlikti mokslinius tyrimus. Akademinei bendruomenei turėtų apsvarstyti intervencinių priemonių pakeitimo galimybę, o prieš pradėdant naują programą geriausia būtų atlikti išsamius mokslinius tyrimus.

Išvados

Apskritai labai trūksta intervencinių priemonių, kuriomis siekiama apriboti su ŽIV ir LPI plitimu susijusią rizikingą elgseną tarp Europoje gyvenančių VLSV, poveikio vertinimo. Su ŽIV ir LPI prevencija susijusių elgsenos strategijų, diegiamų siekiant išvengti naujų infekcijų plitimo, planavimas ir tokių VLSV skirtų prevencinių programų vertinimas yra svarbi visapusiškos ŽIV ir LPI plitimo ribojimo strategijos dalis vykdant nepertraukiamą ŽIV ir LPI prevenciją ir priežiūrą.

Rekomendacinės ataskaitos

9. Chlamidinės infekcijos kontrolė Europoje

(paskelbta 2009 m. birželio mėn.)

Kodėl chlamidinė infekcija yra visuomenės sveikatos problema

Chlamydia trachomatis yra viena iš labiau paplitusių lytiškai plintančias infekcijas sukeliančių bakterijų Europoje. *Chlamydia trachomatis* užsikrėtusių lytiškai aktyvių jaunų žmonių procentinė dalis paprastai svyruoja nuo 5 % iki 10 %. Iš dalies dėl to, kad atliekama daugiau tyrimų ir naudojami tikslesni testai, užregistruojamų šios infekcijos atvejų skaičius daugelyje Europos šalių didėja. Lytiškai plintančiomis chlamidijomis užsikrėtusiems žmonėms gali pasireikšti lytinių organų uždegimo, tarp jų šlaplės ir gimdos kaklelio uždegimo, simptomai, tačiau dauguma užsikrėtusiųjų nejaučia jokių simptomų. Chlamidinė infekcija (chlamidiozė) yra didelė visuomenės sveikatos problema, kadangi negydoma ši infekcija kai kurioms moterims gali sukelti dubens organų uždegimą, vaisingumo sumažėjimą ir nevaisingumą. Chlamidijoje taip pat sudaro sąlygas plisti ŽIV. Dėl chlamidinės infekcijos sumažėjusio vaisingumo gydymo išlaidos yra labai didelės, kadangi būtina atlikti kiaušintakių operaciją ir taikyti *in vitro* apvaisinimo metodus. Nors chlamidinės infekcijos gydymas nebrangus ir veiksmingas, jos kontrolė yra nelengva užduotis, nes dauguma žmonių neturi simptomų.

Chlamidinės infekcijos kontrolė Europoje

29 Europos šalyse atliktas sistemingas su chlamidinės infekcijos kontrole susijusios veiklos tyrimas parodė, kad chlamidinės infekcijos kontrolė organizuojama labai įvairiai. Beveik pusė šalių teigė nevykdančios jokios organizuotos veiklos, o nacionalinės kontrolės programos įgyvendinamos tik dviejose šalyse.

Chlamidinės infekcijos kontrolės įgyvendinimas

Pirmas žingsnis siekiant įgyvendinti išsamią ir veiksmingą kontrolės programą – patvirtinti chlamidiozės kontrolės strategiją, parengtą atsižvelgiant į konsultacijas su svarbiausiais suinteresuotaisiais subjektais. Rengiant strategiją reikėtų atsižvelgti į specifines šalių galimybes bei apribojimus ir apžvelgti intervencinių priemonių ir priemonių, kurios būtų įtrauktos į strategiją, pagrįstumą. Strategija gali būti grindžiama šiose rekomendacijose pateiktu laipsnišku metodu.

Šį laipsnišką metodą rekomenduojama taikyti siekiant užtikrinti, kad prieš svarstant galimybę taikyti sudėtingas intervencines priemones, pvz., skryningą, pirmiausia būtų vykdoma atitinkama LPI prevencija, o pacientai būtų gydomi.

Pateikiamos keturios chlamidinės infekcijos kontrolės programų pakopos:

- A pakopa, pirminė prevencija: apima sveikatingumo skatinimą ir švietimą, mokyklų programas ir prezervatyvų dalijimą.
- B pakopa, infekcijos atvejų valdymas: grindžiama A pakopoje vykdoma veikla, įtraukiant įprastą infekcijos atvejų epidemiologinę priežiūrą, tikslią chlamidijų diagnostiką, sveikatos priežiūros paslaugas ir pacientų bei partnerių valdymo paslaugas. Kiekvienoje iš šių sričių yra reikalingos aiškios įrodymais pagrįstos rekomendacijos ir nuolatinis auditas.
- C pakopa, papildomi tyrimai: grindžiama B pakopoje vykdoma veikla, įtraukiant tyrimus, įprastai atliekamus vienai arba kelioms specifinėms žmonių, kurie naudojami kitomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, grupėms siekiant aptikti infekcijos atvejus, pvz., nustatyti besimptomės infekcijos atvejus.
- D pakopa, skryningo programa: grindžiama C pakopoje vykdoma veikla, įtraukiant nuolatinį tyrimų chlamidijų nustatymui organizavimą, siekiant iširti ženkliai tam tikros žmonių grupės dalį, kas padėtų mažinti chlamidijų paplitimą tarp gyventojų.

Trūksta įrodymų dėl C ir D pakopų programų poveikio pagrįstumo, todėl įdiegus šias programas reikia atidžiai įvertinti jų poveikį, siekiant priimti tinkamus sprendimus organizuojant prevencines programas ateityje. Visų pirma reikia stebėti ir vertinti tokių chlamidiozės kontrolės programų poveikį gyventojams. Chlamidijų skryningo įdiegimą reikėtų apsvarstyti taip pat atidžiai, kaip bet kurio kito skryningo įdiegimą, įvertinant visą galimą naudą, žalą ir išlaidas.

Siekiant veiksmingai panaudoti išteklius ir įgyvendinti nacionalines chlamidinės infekcijos kontrolės strategijas, reikia, kad tam vadovautų ir atsakomybę prisiimtų už sveikatos priežiūros politiką atsakingi asmenys. Šalims tinkamiausios nacionalinės strategijos tikriausiai skirsis viena nuo kitos, ir nacionalinės strategijos turėtų būti

renčiamos pasitarus su medicinos darbuotojų organizacijomis, sveikatos priežiūros ir diagnostikos paslaugų teikėjais ir lėšas skirstančiais asmenimis.

Chlamidinės infekcijos kontrolės programų vertinimas

Kontrolės programų tikslas – mažinti chlamidinės infekcijos paplitimą, tačiau šį procesą sunku stebėti, nes būtina atlikti nuolatinis gyventojų tyrimus. Tačiau yra daug kitų veiksmingumo rodiklių, kuriuos reikėtų įtraukti į bet kurią programą nuo pat pradžių.

Nacionaliniu lygmeniu įgyvendinant programas reikėtų stebėti rodiklius, susijusius su programos tikslais, rekomendacijomis, programos įgyvendinimu, procesu ir jos rezultatais. Jie turėtų būti grindžiami konkrečiais tikslais pagal įgyvendinimo lygį.

Jeigu šalis pereis nuo vienos kontrolės programų pakopos prie kitos, jos turės priimti sprendimus įvertinę priemonių veiksmingumą, lėšų panaudojimo efektyvumą ir žalą. Tam įgyvendinti bus teikiama pagalba, jeigu šalis užtikrins, kad visa veikla bus išsamiai įvertinta, o rezultatais pasidalinta su kitomis Europos valstybėmis. Dabar investuojant į programas bus sukaupta daugiau su chlamidinės infekcijos kontrolės priemonių efektyvumu susijusių įrodymų, lengviau bus priimami sprendimai ateityje ir gerinama gyventojų sveikata.

Europos lygmeniu turėtų būti iškeltas tikslas mažinti šalių, kurios teigia nevykdančios jokios organizuotos veiklos, dalį.

Šio dokumento tikslas

Šiame dokumente pateikiamos rekomendacijos dėl nacionalinių chlamidinės infekcijos kontrolės strategijų už sveikatos priežiūros politiką atsakingiems asmenims Europos Sąjungoje. Jame pateikiamos ne konkrečios klinikinio atvejų valdymo ar diagnostikos gairės, bet pagrindiniai nacionalinių chlamidinės infekcijos prevencijos ir kontrolės strategijų kūrimo, įgyvendinimo arba tobulinimo principai. Ieškant išsamių ir konkrečių gairių reikėtų susipažinti su neseniai atliktomis sistemingomis apžvalgomis.

Sveikatos priežiūros politikos strategijos, kaip antai klinikinės gairės, turėtų būtų grindžiamos geriausiais turimais įrodymais. Tačiau įrodymų, kuriais būtų galima pagrįsti šiame dokumente aptariamus sprendimus, yra mažiau. Šiuo dokumentu siekiame padėti parengti įrodymais pagrįstas vietos gaires, atsižvelgiant į nacionalines chlamidijų kontrolės strategijas. Rengiant tokias strategijas reikia atsižvelgti ne tik į klinikius ir epidemiologinius veiksnius (pvz., chlamidinės paplitimą tarp gyventojų), bet ir vietos sveikatos priežiūros paslaugų, infrastruktūros ir išteklių panaudojimo sistemas.

Rekomendacijas parengė ekspertų grupė, naudodamasi ECDC ataskaitos „Chlamidinės infekcijos kontrolės ES šalyse apžvalga“ informacija ir chlamidinės kontrolės veiklos tyrimo, kuris organizuotas atsižvelgiant į chlamidinės infekcijos skryningo ir kontrolės apžvalgas, rezultatais.

Šios rekomendacijos skirtos lytiškai plintančiai *Chlamydia trachomatis* (D–K serovarai) sukeliamai infekcijai, tačiau nesusijusios su *Lymphogranuloma venereum* ar trachoma.

10. Antivirusinių vaistų nauda visuomenės sveikatai gripo pandemijos metu

(paskelbta 2009 m. birželio mėn., atnaujinta 2009 m. rugpjūčio mėn.)

Šis informacinis dokumentas yra skirtas Europos Sąjungos ir EEE ir (arba) ELPA šalių politikams, rengiantiems antivirusinių vaistų nuo gripo vartojimo politikos strategijas ir gaires, ypač gripo pandemijų metu. Šis dokumentas pagrįstas moksliniais įrodymais, PSO rekomendacijomis, ekspertų nuomonėmis (įskaitant ECDC Patariamąjį forumo ekspertų nuomonę) ir Europos nacionaliniuose pasirengimo pandemijai planuose pateiktomis rekomendacijomis. Daugiausia dėmesio šiame dokumente skiriama pasirinkimui vartoti antivirusinius vaistus prasidėjus gripo pandemijai.

Turimi gydymo arba profilaktikos tikslais vartojamų antivirusinių vaistų veiksmingumo įrodymai, lemiantys šių vaistų vartojimą visuomenės sveikatos tikslais pandemijos metu pagrįsti tyrimais, kurie buvo atlikti sezoninio gripo laikotarpių metu ir kuriuose dalyvavo sveiki suaugusieji, ir šiek tiek mažesne apimtimi didesnės rizikos grupėms priskiriami asmenys (vyresnio amžiaus žmonės) ir keli vyresnio amžiaus vaikai.

Įrodyta, kad vartojami antivirusiniai vaistai, ypač neuraminidazės inhibitoriai (oseltamiviras ir zanamiviras), yra naudingi, nes paprastai 1–2 dienomis sumažina gripo sukeltos ligos trukmę, taip pat mažina komplikacijų tikimybę ir poreikį užsikrėtusiems žmonėms vartoti antibiotikus. Šis poveikis pasireiškia tik, jeigu vaistai pradedami vartoti anksti (praėjus ne daugiau kaip 48 valandoms nuo pirmųjų simptomų atsiradimo). Iš stebimųjų tyrimų taip pat yra gauta keletas nelabai įtikinamų įrodymų, kad vartojant šiuos vaistus galima sumažinti sergamumą ir netgi sunkiau sergančių ligonių mirtingumą net jei vaistai skiriami vėliau kaip per pirmąsias 48 valandas. Dažnai pranešama apie lengvus nepageidaujamus reiškinius, ypač pykinimą, kartais netgi vėmimą, kurie pasireiškia vartojant geriamąjį preparatą (oseltamivira), todėl gamintojas rekomenduoja šį vaistą vartoti valgio metu.

Su sveikais suaugusiais atlikti tyrimai leidžia manyti, kad infekcijos galima išvengti taikant profilaktinį gydymą, kurio veiksmingumas yra nuo 70 % iki 90 %, jeigu vaistas vartojamas taip, kaip nurodyta. Naudos visuomenės sveikatai įrodymai didesnės rizikos grupėse ir uždaroje institucijose ne tokie įtikinami, bet atrodo, kad vartojant šiuos vaistus sumažinamas sergamumas, pvz., esant sezoninio gripo protrūkiui uždaroje įstaigoje, kaip antai slaugos namuose. Tai leidžia manyti, kad tokie vaistai gali turėti įtakos virusų plitimui ir padėti išvengti infekcijos.

Labai retai gripo virusai gali turėti pirminį atsparumą vienam arba daugiau antivirusiniams vaistams dėl natūraliai įvykusių genetinių mutacijų ir natūralaus virusų genetinės medžiagos pasikeitimo. Taip nutiko Europoje per 2007–2008 m. gripo sezoną, kai atsirado oseltamivirui atsparus gripo virusas. Tai nebuvo susiję su antivirusinių vaistų vartojimu ir tai neturėtų įtakoti politikos strategijų dėl antivirusinių vaistų vartojimo pandemijos metu. Tačiau staigi naujo antivirusiniams vaistams atsparaus viruso atsiradimo galimybė kelia didelį rūpestį, ir jeigu toks virusas atsirastų pandemijos metu, gali tekti staiga pakeisti kovos su gripu politikos strategijas, ypač susijusias su profilaktika. To nereikėtų painioti su antriniu atsparumu antivirusiniams vaistams, kuris vartojant antivirusinius vaistus pasireiškia daug dažniau. Paprastai kai tai nutinka, virusai negali plisti nuo žmogaus žmogui, todėl tai nėra rūpestį keliantis visuomenės sveikatos klausimas.

Yra daug įvairių antivirusinių vaistų vartojimo strategijų, ir jos priklauso nuo bendrų visuomenės sveikatos tikslų, kurių siekia valdžios institucijos, galimybės naudoti antivirusinius vaistus ir kitų praktinių aplinkybių. Prie tokių tikslų galima priskirti sunkiai sergančių žmonių gydymą, didesnės rizikos grupėms priskiriamą žmonių gydymą arba profilaktiką, visų sergančiųjų gydymą, plitimo masto mažinimą arba sveikatos priežiūros ir kitų itin svarbių darbuotojų apsaugą. ECDC yra pasiūlęs nustatyti prioritetinių grupių eiliškumą.

Pandemijos metu dėl didelio sergančiųjų skaičiaus ir galimo infekcijos sunkumo iškyla didelių praktinių sunkumų – reikia patenkinti antivirusinių vaistų poreikį ir užsikrėtusių žmonių gydymui, ir infekcijos prevencijai (profilaktikai). Daugelis šalių sukaupe dideles antivirusinių vaistų atsargas, skirtas naudoti tik per pandemiją. Šiuo metu Europos šalys turi labai skirtingos apimties antivirusinių vaistų atsargas – atsargas, kurių pakaktų nuo kelių iki daugiau kaip 50 % gyventojų. Tačiau, nors atsargos ir sukauptos, beveik neišvengiama, kad pandemijos metu antivirusinių vaistų poreikis viršys pasiūlą. Dėl šios priežasties svarbu, kad būtų parengtas išsamus strateginis ir logistinis planas, kaip optimizuoti esamų atsargų naudingumą. Svarbus bendras principas yra tas, kad sukauptos atsargos gali būti panaudotos netikslingai, jeigu nėra patvirtintų jų naudojimo tikslų, protokolų, administravimų ir pristatymo sistemų.

Todėl aiškių tikslų nustatymas planuojant kovos su pandemija veiklą turės lemiamą įtaką siekiant kuo geriau pasinaudoti antivirusinių vaistų atsargų teikiama nauda. Planuojant šią veiklą reikėtų atsižvelgti į bendrą antivirusinių vaistų kiekį ir prieinamumą, pagrindinius epidemiologinius duomenimis (prognozuojamą sergamumą ir pan.), protrūkio mastą ir trukmę bei gyventojų grupių dydį. Kita svarbi priemonė, kurią naudojant galima

ekstrapoliuoti įvairių kovos su virusu strategijų poveikį pandemijos metu, yra modeliavimas, tačiau tai padaryti nėra paprasta. Remdamasis turimais įrodymais, ECDC siūlo taikyti tokią antivirusinių vaistų vartojimo pirmumo strategiją:

1. **Sunkiau sergantys žmonės.** Visų pirma reikėtų gydyti sunkesnės formos gripu sergančius žmones, net ir vėliau nei rekomenduojamu 48 valandų laikotarpiu nuo pirmųjų simptomų atsiradimo, kuriuo antivirusiniai vaistai laikomi veiksmingais. Tačiau šiems pacientams gydyti dar svarbiau, kad pakaktų tinkamų antrinėms infekcijoms gydyti skirtų antibiotikų ir kitų būtinų vaistų.
2. **Žmonės, kuriems kyla didžiausia rizika susirgti sunkios formos liga.** Iš jų pirmenybę reikėtų teikti žmonėms, kuriems kyla didžiausia rizika susirgti sunkios formos liga. Prasidėjus sezoniniam gripui tai būtų tie žmonės, kuriems rekomenduojama skiepytis nuo sezoninio gripo: vyresnio amžiaus žmonės, lėtinėmis ligomis sergantys žmonės ir sveikatos priežiūros srityje dirbantys darbuotojai, kurie tiesiogiai bendrauja su pacientais. Tačiau prasidėjus pandemijai šią žmonių grupę gali tekti pakoreguoti atsižvelgiant į tai, kam didžiausią riziką kelią pandemiją sukėlusios padermės virusas. Prasidėjus ir pandeminio, ir sezoninio gripo virusų protrūkiui į vieną grupę reikėtų sujungti didesnės rizikos grupėms dėl sezoninio ir dėl pandeminio gripo priskiriamus žmones. Kai kurios šalys galėtų apsvastyti galimybę taikyti profilaktikos priemones tiems namų ūkiams, kuriuose yra didesnės rizikos grupėms priskiriamų žmonių, nors šią politikos strategiją gali būti pernelyg sunku įgyvendinti.
3. **Visi ką tik susirgę žmonės.** Pagal pirmumo eilę po sunkiau sergančių žmonių antivirusinius vaistus reikėtų skirti ką tik susirgusiems žmonėms (praėjus ne daugiau kaip 48 valandoms nuo pirmųjų simptomų atsiradimo), nes būtent šiuo laikotarpiu šie vaistai yra veiksmingiausi.
4. **Profilaktinis vaistų vartojimas.** Šalys, kurios turi didesnes antivirusinių vaistų atsargas, galėtų apsvastyti galimybę juos skirti žmonėms ir profilaktikos tikslais. Grupės kandidatės – tai žmonės, artimai bendraujantys su sergančiais, sergančiųjų šeimos nariai ir svarbiausi darbuotojai, padedantys užtikrinti įmonės veiklos tęstinumą. Kaupti antivirusinius vaistus namuose nerekomenduojama, nes šių vaistų atsargos ribotos, nors reikia tikėtis, kad bus žmonių, kurie paprašys šių vaistų iš savo gydytojų, kaip buvo daroma ir prasidėjus paukščių gripui.
5. **Sveikatos priežiūros srityje dirbantys žmonės,** tiesiogiai bendraujantys su pacientais, yra atskira problema. Reikia užtikrinti tinkamą jų apsaugą asmens apsaugos priemonėmis. Susirgus jie nedelsiant turi būti gydomi antivirusiniais vaistais ir neiti į darbą, likti namuose. Šalys, turinčios didesnes atsargas, galėtų apsvastyti galimybę profilaktiškai skirti šių vaistų tam tikroms šių darbuotojų grupėms.

Dar didesni sunkumų gali kilti dėl organizacinių antivirusinių vaistų pristatymo aspektų. Būtent yra įrodymų, kad gydymo antivirusiniais vaistais nauda pasireiškia tik jeigu vaistai vartojami praėjus ne daugiau kaip 48 valandoms nuo pirmųjų simptomų atsiradimo. Pandemijos metu tai bus itin svarbu. Todėl, siekiant antivirusinių vaistų veiksmingumo gydant infekciją, reikėtų skirti išteklių ir tam, kad būtų parengti protokolai ir sistemos greitam antivirusinių vaistų pristatymui ir skyrimui užtikrinti.

Bendradarbiaujant su valstybėmis narėmis ECDC ir PSO Europos regioninio biuro atliktas tyrimas rodo, kad prieš prasidedant pandemijai būtina atidžiai apsvastyti šiuos su nacionalinių ir kitų strateginių atsargų pristatymu ir valdymu susijusius veiklos klausimus:

1. Vos prasidėjus pandemijai reikia nuspręsti, ar atskiriems ligoniams infekcija yra pakankamai sunki, kad reikėtų skirti antivirusinių vaistų visiems, kuriems pasireiškia gripo simptomai, arba netgi bandyti atitolinti ar suvaldyti pandemiją.
2. Užtikrinti, kad gydytojai visuomet turėtų antivirusinių vaistų ir galėtų jais gydyti sunkiausiai sergančius pacientus.
3. Užtikrinti galimybę laiku pristatyti antivirusinius vaistus žmonėms, kuriems jų labiausiai reikia, nes tam, kad vaistai būtų veiksmingi, juos reikia skirti praėjus ne daugiau kaip 48 valandoms nuo pirmųjų simptomų atsiradimo.
4. Nustatyti svarbiausias grupes, kurios pagal iš anksto nustatytus kriterijus turėtų pirmos gauti antivirusinių vaistų (iš anksto numatyta pozicija).
5. Užtikrinti galimybę keisti prioritetus, jeigu pasirodys, kad žmonės, kuriems kyla didžiausia rizika, yra ne tie, kurie šiai rizikos grupei buvo priskirti remiantis kovos su sezoniniu gripu patirtimi.
6. Užtikrinti, kad tos teritorijos, kurias pandemija apims pirmiausia, neiškvotų nacionalinių atsargų ir būtų galimybė perkelti išteklius į bet kurią kitą šalies vietą.
7. Parengti poziciją dėl piliečių, kurie siekia sukaupti asmenines atsargas, ir bendrovių, kurios siekia apsaugoti savo darbuotojus.

8. Vykdyti atsparumo, ypač pirminio, antivirusiniams vaistams stebėseną ir užtikrinti galimybę keisti nacionalines gydymo strategijas, jeigu pasirodys, kad atsargos gali išsekti, arba pasireiškia atsparumas antivirusiniams vaistams (ypač jeigu vaistai vartojami profilaktikos tikslais).
9. Neužkrauti papildomos naštos apkrauti pirminei sveikatos priežiūros sistemai nurodant joms paskirstyti antivirusinius vaistus nesunkiai arba vidutiniškai sunkiai sergantiems žmonėms tuomet, kai joms tenka gydyti sunkiau sergančius žmones. Be to, taip galima išvengti galimo sergančių žmonių susibūrimo laukiant antivirusinių vaistų (pvz., eilėse arba gydytojų laukiamuosiuose) ir tolesnio infekcijos plitimo.
10. Užtikrinti, kad pakaktų kitų svarbių vaistų, ypač tinkamų antibiotikų, bet ne tik jų.
11. Užtikrinti galimybę vykdyti stebėseną, ypač nesunkiai sergančių arba vaistus profilaktiškai vartojančių.
12. Numatyti, kad pasireikš dažni lengvi nepageidaujami reiškiniai vartojant oseltamivirą, ypač lengvas pykinimas, ir pasiruošti, kad gali būti pranešta apie retesnius, bet sunkesnius nepageidaujamus reiškinius.
13. Parengti mokymo medžiagą ir metodus, kad būtų lengviau naudoti zanamiviro inhaliatorius, ypač tiems, kuriems gali būti sunku juos naudoti.
14. Apsvarstyti požiūrį į specialiąsias grupes, pvz., nėščias moteris ir mažus vaikus.
15. Turėti parengtas tvirtas, patikimas ir išbandytas, specialistams ir visuomenei skirtas, su visais pirmiau minėtais aspektais susijusios informacijos perdavimo strategijas, kurios būtų taikomos perduodant bendresnio pobūdžio informaciją pandemijos metu.

Be to, ECDC teigia, kad yra praktinių sistemų, kurios gali veikti ES lygmeniu:

16. Per išankstinio perspėjimo ir reagavimo sistemą (angl. *Early Warning and Response System*, EWRS) valstybės narės gali pranešti apie savo iš anksto numatytas strategines pozicijas, o vėliau – apie svarbius pakeitimus.
17. Turimos sistemos, kuriomis galima gauti pranešimus ir gandus apie nepageidaujamus reiškinius ir mechanizmas kaip su EMEA ir ECDC reaguoti jiems atsiradus.
18. ECDC, Bendrijos tinklo etaloninės laboratorijos ir PSO stebėjimas, ar neatsirado atsparumo antivirusiniams vaistams atvejų.
19. Numatyta, kad neišvengiamai atsiras tiesioginis antivirusinių ir kitų vaistų pardavimas internetu iš nelegalių šaltinių.

Šiame dokumente nurodyti keli mokslinių tyrimų ir plėtros prioritetai, įskaitant būtinybę nustatyti, ar antivirusiniai vaistai naudingi, jeigu jie vartojami praėjus rekomenduojamam 48 valandų laikotarpiui, ypač gydant sunkiau sergančius pacientus. Dar vienas prioritetas yra valstybėse narėse įdiegti sistemas, per kurias būtų galima realiuoju laiku sužinoti, ar antivirusiniai vaistai iš tiesų veiksmingi kovojant su pandemiją sukėlusiu virusu, ir sistemas, kuriomis būtų galima iš anksto nustatyti nesėkmingus faktinio gydymo ir profilaktikos atvejus, kurie gali būti atsiradusio atsparumo vaistams požymis.

11. Specifinių vakcinų nuo pandemio gripo vartojimas per 2009 m. H1N1 gripo pandemiją

(paskelbta 2009 m. rugpjūčio mėn.)

2009 m. balandžio mėn. nustatytas ir apibūdintas naujos žmogaus gripo A(H1N1) padermės virusas. Manoma, kad dėl mažo žmonių imuniteto lygio (išskyrus vyresnius žmones, kurių daugelis, atrodo, turi tam tikrą imunitetą) šios pandemiją sukėlusios gripo A(H1N1) padermės virusu susirgs daugiau žmonių nei užsikrečiama sezoninį gripą sukeliančių padermių virusais. Todėl realūs gripo atvejų skaičiai, kuriuos per trumpą laiką registruos sveikatos tarnybos, turėtų būti didesni nei prasidėjus sezoniniam gripui.

Skiepijimas specifine vakcina nuo pandemiją sukėlusios padermės gripo viruso laikomas viena veiksmingiausių atsakomųjų priemonių siekiant apsaugoti žmones pandemijos metu. Tačiau specifinių vakcinų nuo pandemio gripo iš karto nebus įmanoma gauti, jų pristatymas iš gamintojų tikriausiai neapsis be nesklandumų, o jas platinant turbūt taip pat išsils sunkumų. Užtikrinti vakcinų tiekimą per tinkamą laiką bus nelengva. Siekiant kuo geriau išnaudoti turimas dozes, bus svarbu vakcinas vartoti pagal tam tikrą strategiją, atidžiai pasirenkant ir teikiant pirmenybę tam tikroms skirtingoms gyventojų grupėms. Prieš nusprendžiant, kam reikėtų siūlyti pasiskiepyti ir kurioms gyventojų grupėms reikėtų suteikti pirmenybę pasiskiepyti, reikėtų nustatyti bendrusiosius skiepijimo tikslus. O jie kiekvienoje šalyje ir (arba) kiekviename regione dėl tam tikrų priežasčių gali skirtis. Jie ypač skirsis pagal išteklius, vakcinų kiekį, turimų švirkštų skaičių ir pan. bei praktinius, su vaistų platinimu ir pristatymu susijusius, dalykus. Dėl šių šalių skirtumų, kai jie išaiškės, kils komunikacijos problemų, o tam reikėtų pasirengti.

Skiepijimo nuo pandemio gripo strategijos tikslus būtų galima susiskirstyti į dvi plačias kategorijas, kurios abi svarbios, t. y. a) poveikio mažinimas, apsaugant žmones, kuriems kyla didžiausia rizika sunkiai susirgti, ir b) visuomenei svarbiausių paslaugų teikimo užtikrinimas.

Gripas A(H1N1)v yra naujas virusas, o šių dienų pandemija skiriasi kitų ir nuo dabartinio sezoninio gripo. Todėl pandemijos metu rizikos grupės (kurioms kyla didesnė rizika sunkiai susirgti) gali skirtis nuo rizikos grupių siaučiant sezoniniam gripui. Be to, taikomos skirtingos strategijos, daugiau dėmesio skiriant būtinybei taikant imunizaciją užtikrinti visuomenei svarbiausių paslaugų teikimą. Todėl tikslinės grupės (žmonių grupės, kuriems vakcina siūloma nepaisant to, ar jie priskiriami rizikos grupėms) taip pat gali skirtis.

Remiantis dabartiniais su 2009 m. gripo A(H1N1) pandemija susijusiais įrodymais, šias gyventojų grupes galima priskirti prie rizikos grupių:

- žmonės iki 65 metų, sergantys lėtinėmis ligomis, būtent:
 - lėtinėmis kvėpavimo sistemos ligomis;
 - lėtinėmis širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis;
 - lėtiniais medžiagų apykaitos sutrikimais (ypač diabetu);
 - lėtinėmis inkstų ir kepenų ligomis;
 - asmenys, kuriems nustatytas (įgimtas arba įgytas) imuniteto deficitas;
 - lėtinėmis neurologinėmis arba nervų ir raumenų ligomis;
 - kuria nors kita liga, kuri silpnina asmens imunitetą arba kenkia jų kvėpavimo organų funkcijai;
- maži vaikai (ypač iki dvejų metų);
- nėščios moterys.

Šis sąrašas šiek tiek skiriasi nuo tų žmonių grupių, kurioms daugelyje šalių rekomenduojama imunizacija nuo sezoninio gripo, ypač žmonėms nuo 65 metų. Vyresnio amžiaus žmonėms, tikriausiai dėl turimo imuniteto, paprastai yra mažesnė rizika užsikrėsti gripu, tačiau yra duomenų, kad jeigu šie žmonės užsikrečia gripu, jie serga sunkiau nei jaunesni suaugusieji.

Yra ir kitų žmonių grupių, kuriems galima siūlyti imunizaciją net, jeigu jiems nėra didesnės rizikos sunkiai susirgti, grupių (tikslinės grupės). Yra įrodymų, į kuriuos atsižvelgiant būtų naudinga siūlyti vakcinuoti vaikus, kadangi pandemijos metu vaikų sergamumas būna didelis (nors ir lengva ligos forma) ir tai gali turėti įtakoti vietinių protrūkių kilimą. Taip pat yra įrodymų, kad būtų naudinga skiepyti sveikatos priežiūros sistemos darbuotojus. Tai neleistų rizikos grupėms priskiriamiems žmonėms užsikrėsti gripu nuo sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų, o sveikatos priežiūros sistemos darbuotojams – nuo sergančių pacientų, be to, taip būtų užtikrintas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas. Naudinga skiepyti ir žmones, slaugančius tuos, kurių imunizacija gali būti neveiksminga (pvz., tuos, kuriems taikomas gydymas imunosupresantais). Imunizuoti kūdikių iki šešių mėnesių negalima dėl šiuo metu nepakankamų imunogeniškumo ir saugumo duomenų, dėl šios priežasties būtų naudinga

vakcinuoti glaudžiausiai su jais bendraujančius žmones. Kita galima tikslinė grupė yra darbuotojai, ypač svarbūs siekiant kovojant su pandemija.

Šios rekomendacijos grindžiamos dabartiniu 2009 m. A(H1N1) gripo pandemijos scenarijumi. Atkreipiamas dėmesys į abejonių keliančias konkrečias sritis ir jos aptiriamos. Gavus daugiau duomenų, įrodymų ir nuomonių, šis dokumentas bus atnaujintas kartu su ECDC rizikos vertinimu, su kuriuo šis dokumentas yra susijęs.

Atsižvelgiant į ankstesnių pandemijų, per kurias viruso patogeniškumas ir užkrečiamumas ilgainiui padidėjo, patirtį, pateikiami dar trys scenarijai. Be to, prieduose pateikiami apibendrinti įrodymai, susiję su konkrečių rizikos grupių vakcinacija nuo sezoninio gripo ir dabartinę pandemiją sukėlusio gripo, ir išsamūs rizikos ir tikslinių grupių apimties įvertinimai. Pateikiamas išsamus visų skaičiavimų pagrindas, kad valstybės narės galėtų pritaikyti metodus atsižvelgiant į savo šalies populiaciją arba palyginti jau taikytus metodus.

Epidemiologinės priežiūros ataskaitos

12. Tuberkuliozės epidemiologinė priežiūra Europoje 2007 m.

(paskelbta 2009 m. kovo mėn.)

Nuo 2008 m. sausio 1 d. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC) ir PSO Europos regiono biuras bendrai koordinuoja tuberkuliozės epidemiologinės priežiūros veiklą Europoje. Jų tikslas – užtikrinti aukštą iš 53 PSO Europos regiono valstybių gautų standartizuotų duomenų apie tuberkuliozės kokybę.

2007 m. 51²¹ PSO Europos regiono valstybėje ir Lichtenšteine²² užregistruoti 477 327 tuberkuliozės atvejai. Iš viso užregistruota vidutiniškai 54 atvejai 100 000 gyventojų, nors pagal šalis šie rodikliai labai skiriasi, o pastaraisiais metais einant iš vakarų rytų link matomas laipsniškas didėjimas, t. y. tuberkuliozės atvejų užregistruota 54 497 atvejais daugiau negu 2006 m., o bendras užregistruotų atvejų rodiklis padidėjo 13 % (nuo 48 iki 54 atvejų 100 000 gyventojų), daugiausia dėl to, kad, išplėtus pranešimų sistemos apimtį ir atsiradus daugiau galimybių pacientams gydytis, Rusijos Federacijoje užregistruoti pakartotinai gydomi pacientai, kurie anksčiau nebuvo registruojami. Visame regione užregistruotų anksčiau negydytų pacientų skaičius sumažėjo 2,5 % (nuo 36,6 iki 35,7 atvejų 100 000 gyventojų). Apskritai mirtingumo nuo tuberkuliozės rodiklis per pastaruosius kelerius metus parodė bendrą užregistruotų atvejų geografinį pasiskirstymą regione (bendras vidutinis rodiklis: 0,6 atvejo 100 000 gyventojų, skirtingose šalyse svyruoja nuo 0,0 iki 22,3). 22 šalyse, kurios pateikė duomenis apie keliems vaistams atsparios tuberkuliozės atvejus, vidutinė pirminio dauginio tuberkuliozės atsparumo atvejų procentinė dalis buvo 1,5 %. Vidutinė sėkmingai gydytų pacientų dalis buvo 73 %, dar 11 % sergančiųjų atkrito per tolesnio stebėjimo laikotarpį, 8 % pacientų mirė ir 7 % gydymas buvo nesėkmingas.

Europos Sąjungos (ES) ir Europos ekonominės erdvės (EEE) ir (arba) Europos laisvosios prekybos asociacijos (ELPA) šalys (30 šalių)

2007 m. 27 ES valstybėse narėse ir trijose EEE ir (arba) ELPA šalyse (Islandijoje, Norvegijoje ir Lichtenšteine) užregistruota 84 917 tuberkuliozės atvejų. Daugiausia tuberkuliozės atvejų 100 000 gyventojų (bendras rodiklis – 17 atvejų 100 000 gyventojų) užregistruota Rumunijoje (118), Bulgarijoje (40) ir Baltijos šalyse (36–71). 2003–2007 m. bendras užregistruotų tuberkuliozės atvejų skaičius kasmet mažėjo po 4 %; šio rodiklio mažėjimas rodo mažėjantį anksčiau negydytų tuberkulioze sergančių pacientų skaičių. Tačiau gerokai daugiau tuberkuliozės atvejų užregistruota Maltoje (+61 %) ir Islandijoje (+37 %), šiek tiek daugiau atvejų – Švedijoje (+5 %), Jungtinėje Karalystėje (+3 %) ir Kipre (+3 %); dauguma sergančiųjų kilę iš kitų šalių. 2007 m. 21 % sergančiųjų buvo kilę iš kitų šalių (skirtingose šalyse ši procentinė dalis svyruoja nuo 0 iki 78 %), iš jų beveik du trečdaliai – iš Azijos arba Afrikos ir 6 % – iš ES nepriskiriamų Rytų Europos ir Centrinės Azijos šalių. ŽIV paplitimas tarp sergančiųjų tuberkulioze 2001–2007 m. padidėjo Estijoje ir Latvijoje (nuo <1 % iki atitinkamai 11 % ir 4 %), o Jungtinėje Karalystėje 2000–2003 m. išaugo dvigubai (nuo 4 % iki 8 %). Iš kitų duomenis pateikusių šalių ŽIV paplitimas tarp sergančiųjų tuberkulioze penkiose šalyse buvo iki 1 %, kitose septyniose šalyse – 2–5 %, o Portugalijoje – 14 %. Baltijos šalyse keliems vaistams atsparios tuberkuliozės atvejų (10–21 % per visas tris valstybes) vėl užregistruota daugiau nei kitose šalyse (0–4 %), daugiausia tokių atvejų nustatyta tarp asmenų, kilusių iš kitų šalių. Dvidešimt viena šalis pateikė 2006 m. aiškių plaučių tuberkuliozės atvejų gydymo rezultatų stebėsenos (GRS) duomenis. Iš visų į GRS kohortą įtrauktų atvejų 80 % anksčiau negydytų sergančiųjų gydymas buvo sėkmingas. Tarp plaučių tuberkulioze sirgusių asmenų, kilusių iš kitų šalių, per tolesnio stebėjimo laikotarpį atkritusių pacientų buvo daugiau negu tarp šalies piliečių (35 % lyginant su 16 %), o užregistruotų mirties atvejų buvo mažiau (8 % lyginant su 4 %). Mirtingumo nuo tuberkuliozės rodiklis svyravo nuo 0,0 iki 10,9 atvejo 100 000 gyventojų (29 šalys, pateikti naujausi 2001–2006 m. duomenys).

Vakarai (ne ES) (5 šalys)

2007 m. Andoroje, Izraelyje ir Šveicarijoje užregistruota 881 tuberkuliozės atvejis – nuo 5,6 iki 7,3 atvejo 100 000 gyventojų. Apskritai buvo užregistruota nedaug tuberkuliozės atvejų, ir dauguma sergančiųjų – kilę iš kitų šalių. Atsparumo vaistams priežiūros duomenis pateikė Šveicarija ir Izraelis – iš visų ištirtų atvejų keliems vaistams atspari tuberkuliozė nustatyta atitinkamai 2,3 % ir 6,7 % sergančiųjų. 2006 m. užregistruotus duomenis apie

²¹ Nėra Monako ir San Marino duomenų.

²² Lichtenšteinas įtrauktas į ataskaitą, bet tik kaip EEE ir (arba) ELPA šalis – jis nepriklauso PSO Europos regionui.

gydymo rezultatus pateikė Izraelis – iš naujų aiškių plaučių tuberkuliozės atvejų gydymas buvo sėkmingas 74 % sergančiųjų.

Balkanų šalys (7 šalys)

2007 m. Balkanų šalyse užregistruoti 26 296 tuberkuliozės atvejai, iš kurių 75 % užregistruoti vien Turkijoje (dar 930 atvejų užregistruota JT administruojamoje Kosovo provincijoje). 2007 m. bendras pranešimų apie tuberkuliozės rodiklis buvo 29 atvejai 100 000 gyventojų, ir Bosnijoje ir Hercegovinoje šis rodiklis (62) buvo didesnis nei Albanijoje, Kroatijoje, Buvusiojoje Jugoslavijos Respublikoje Makedonijoje, Juodkalnijoje, Serbijoje ir Turkijoje (nuo 14 iki 28). Tose šalyse, kurios pateikė šiuos duomenis (Albanijoje, Bosnijoje ir Hercegovinoje, Buvusiojoje Jugoslavijos Respublikoje Makedonijoje, Juodkalnijoje ir Serbijoje), ŽIV paplitimas tarp sergančiųjų tuberkulioze buvo 0,0–0,4 %. Keturiuose šalyse, kurios pateikė dauginio atsparumo vaistams duomenis (Albanijoje, Juodkalnijoje, Buvusiojoje Jugoslavijos Respublikoje Makedonijoje ir Serbijoje), bendras pirminis ir įgytas dauginis atsparumas vaistams užregistruotas 0–0,6 % ir 9,7–34,6 % atvejų. 2006 m. sėkmingai gydytų naujų aiškių plaučių tuberkuliozės atvejų rodiklis penkiose šalyse buvo 80–97 %, o kitose dviejose duomenis pateikusiose šalyse – mažesnis (35–70 %). Mirtingumo nuo tuberkuliozės rodiklis svyravo nuo 0,25 iki 21 atvejo 100 000 gyventojų (penkios šalys, pateikti išsamūs naujausi 2001–2006 m. duomenys).

Rytų šalys (12 ES neprikiriamų Rytų Europos ir Centrinės Azijos šalių)

2007 m. Rytų šalyse užregistruoti 365 233 tuberkuliozės atvejai, iš jų 59 % – Rusijos Federacijoje. 2007 m. didžiausias tuberkuliozės atvejų rodiklis (bendras rodiklis – 131 atvejų 100 000 gyventojų) užregistruotas Kazachstane (258), Moldovos Respublikoje (178), Rusijos Federacijoje (151), Gruzijoje (135) ir Kirgizijoje (125), mažesnis rodiklis – Armėnijoje, Azerbaidžane, Baltarusijoje, Tadžikistane, Turkmėnistane, Ukrainoje ir Uzbekistane (59–119). 2002–2007 m. užregistruotų tuberkuliozės atvejų skaičius per metus vidutiniškai padidėjo tiek pat, kiek 1998–2002 m. (+6 %). 2006–2007 m. naujų atvejų skaičius sumažėjo šešiose šalyse. Per pastaruosius kelerius metus ŽIV paplitimas tarp sergančiųjų tuberkulioze penkiose šalyse buvo ne didesnis kaip 1 %, tačiau Rusijos Federacijoje ir Ukrainoje šis rodiklis buvo didesnis (atitinkamai 7 % ir 6 % naujų 2007 m. užregistruotų atvejų). Kelių šalių pateikti duomenys apie atsparumą vaistams šalių ir regiono lygmeniu rodo didelį dauginio atsparumo vaistams atvejų skaičių. Bendras keliems vaistams atsparios tuberkuliozės rodiklis buvo nuo 14 % iki 57 %, nors įvairių šalių pateikti duomenys buvo nevienodai išsamūs. Šalyse, kurios pateikė 2006 m. duomenis apie atlikus tepinėlio tyrimą nustatytų naujų plaučių tuberkuliozės atvejų gydymo rezultatus, vidutinis sėkmingai išgydytų atvejų rodiklis buvo 64 % (nuo 58 iki 86 %). Nedidelį sėkmingai gydytos tuberkuliozės atvejų rodiklį, siejamą su dideliu nesėkmingo gydymo atvejų skaičiumi (vidutiniškai 12 %, nuo 3 iki 16 %), daugiausia lėmė pirminis dauginis atsparumas vaistams ir pacientų atkritimas per tolesnio stebėjimo laikotarpį (vidutiniškai 13 %, nuo 4 iki 35 %). Mirtingumo nuo tuberkuliozės rodiklis svyravo nuo 3,0 iki 22,3 atvejo 100 000 gyventojų (visos šalys, išskyrus Turkmėnistaną; pateikti išsamūs naujausi 2003–2006 m. laikotarpio metiniai duomenys).

Išvados

ES nepriklausančios Rytų Europos valstybės ir Centrinės Azijos šalys tebėra prioritetinis regionas vykdant su tuberkuliozės kontrole susijusią veiklą. Dažnai padėtį šiose šalyse komplikuoja nepakankamai tiksli arba prastos kokybės informacija, nuolatinė išteklių, kurių reikia tam, kad būtų galima parengti labiausiai tinkamas atsakomąsias priemones, stoka ir (arba) netinkamas esamų išteklių naudojimas. Toliau į vakarus esančiose šalyse tuberkuliozės plitimo ypatumai taip pat skiriasi. Pramoninės šalyse, kuriose siekiama likviduoti tuberkuliozės, vis dažniau sergančiųjų tuberkulioze nustatoma tam tikrose pažeidžiamose gyventojų grupėse. Šalyse, kuriose užregistruojamas vidutinis tuberkuliozės atvejų skaičius, kaip antai Baltijos šalyse, keliems vaistams atsparių tuberkuliozės atvejų skaičius tebėra labai didelis. Išanalizavus duomenis galima pateikti kelias su tuberkuliozės epidemiologine priežiūra susijusias rekomendacijas, kaip būtų galima sustiprinti tuberkuliozės kontrolę:

- reikėtų standartizuoti visame regione vartojamą atvejų apibrėžtį ir duomenų valdymo priemones;
- įtraukti tuberkuliozės į bendrą užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą;
- atkreipti dėmesį į gydymo rezultatų stebėsenos kohortinės analizės naudą;
- išsamiau ištirti dvejopos tuberkuliozės ir ŽIV atvejų paplitimą;
- atidžiai ištirti keliems vaistams atsparios tuberkuliozės paplitimą ir tendencijas šalies ir regiono lygmenimis.

13. 2009 m. metinė Europos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ataskaita

(paskelbta 2009 m. spalio mėn.)

Bendra informacija

2007 m. ECDC pasiūlė, kad išsami metinė epidemiologinės priežiūros ataskaita, kurioje būtų išsamiai analizuojamos visos sritys, kuriose ECDC vykdo priežiūros veiklą, būtų skelbiama kas trejus penkerius metus. ECDC Patariamasis forumas pritarė šiam pasiūlymui. Taigi šiame leidime surinkta labai įvairi informacija apie su užkrečiamosiomis ligomis susijusią padėtį Europos Sąjungoje, tačiau išsamiai analizuojama tik viena sritis – ligos, kurių galima išvengti pasiskiepijus. Šiame leidime įprastose lentelėse ir diagramose kartu su trumpomis pastabomis pateikiami ligų paplitimo 2007 m. duomenys ir vertinamos grėsmės sveikatai 2008 m.

Didžiausios infekcinių ligų sukeltos visuomenės sveikatos problemos

Pagrindinės su užkrečiamosiomis ligomis susijusios grėsmės ES iš esmės liko tokios pat, kaip ir nurodytos ankstesniame šios ataskaitos leidime, tarp jų:

- atsparumas antimikrobiniais vaistams;
- su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos;
- ligos, kurių išvengiama pasiskiepijus, ypatingą dėmesį skiriant pneumokokinėms infekcijoms;
- kvėpavimo takų infekcijos, ypač daug dėmesio skiriant gripui (galimai pandemijai ir metinei sezoninio gripo epidemijai) ir tuberkuliozei;
- ŽIV infekcija.

Užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros veiklos 2007 m. santrauka

3 skyriuje surinkti ir pateikiami visi užkrečiamųjų ligų atvejai, apie kuriuos 2007 m. pranešta 27 ES valstybėse narėse ir trijose EEE ir (arba) ELPA šalyse: Islandijoje, Lichtenšteine ir Norvegijoje. Kaip nurodyta daugelyje iš pavienėms ligoms skirtų to skyriaus dalių, skirtingų šalių duomenis apie ligų paplitimą reikėtų lyginti atsargiai. Šalyse skiriasi epidemiologinės priežiūros sistemos, taip pat skiriasi šalyse užregistruotas ir faktinis sergamumas daugeliu ligų. Dažniausiai geriau lyginti tam tikro laikotarpio tendencijas, kadangi tai yra pastovesnis epidemiologinės priežiūros sistemos požymis.

Turint tai omenyje, toliau pateikiami apibendrinti kai kurie pagrindiniai visoje ES vykdomos infekcinių ligų epidemiologinės priežiūros rezultatai pagal pagrindines ligų grupes ir (arba) nerimą keliančias būkles.

Atsparumas antimikrobiniais vaistams ir su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos

2007 m. metilicilinui atsparios *Staphylococcus aureus* (MRSA) bakterijos išliko aktualia problema visoje Europoje. Nepaisant to, atrodo, kad kai kuriose didelio endemiškumo šalyse MRSA dalis pradeda po truputį nusistovėti, o keliose šalyse netgi užfiksuotos MRSA mažėjimo tendencijos.

Streptococcus pneumoniae neimlumo penicilinui padėtis Europoje labai skiriasi – daugumoje Šiaurės Europos šalių užregistruotas nedidelis jo lygis, o Pietų Europos ir Viduržemio jūros regiono šalyse užregistruotas neimlumo lygis yra palyginti didelis. Tačiau apskritai daugumoje šalių neimlumo penicilinui ir atsparumo eritromicinui lygis išliko pastovus.

Išplitus klonų kompleksui CC-17, dar daugiau ligoninių įvairiose šalyse patyrė vankomicinui atsparių *Enterococcus faecium* protrūkį.

Beveik visose ataskaitas teikiančiose šalyse per pastaruosius kelerius metus gerokai padidėjo *Escherichia coli* atsparumas fluorochinolonams, aminopenicilinui, aminoglikozidui ir trečiosios kartos cefalosporinams. Tai yra svarbus pastebėjimas, rodantis, kad gramneigiamos bakterijos darosi atsparios vis daugiau vaistų ir kad gali atsirasti visiškai atsparių jų padermių.

2007 m. patvirtinta infekcijų po klubo sąnario protezavimo operacijos atvejų mažėjimo tendencija, kuri rodo epidemiologinės priežiūros, atsižvelgiant įskaitant ir su rizika susijusį palyginimą tarp ligoninių, svarbą su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijai ir kontrolei.

Ligos, kurių išvengiama pasiskiepijus

2007 m. Europoje užregistruotų invazinių *Haemophilus influenzae* sukeliamų infekcijų atvejų rodiklis nesikeitė ir buvo gerokai mažesnis nei vienas atvejis 100 000 gyventojų. Hib vakcina ir toliau turėjo daug įtakos sergamumui visose šalyse, kuriose ši vakcina buvo pradėta naudoti.

Bendras užregistruotų invazinės meningokokinės infekcijos atvejų rodiklis 2007 m., kaip ir 2006 m., buvo vienas atvejis 100 000 gyventojų, o B (77 %) ir C (16 %) serogrupių meningokokai ir toliau buvo pagrindiniai invazinės meningokokinės infekcijos sukėlėjai Europoje. Paprastai naudojama tik vakcina nuo serogrupės C bakterijų sukeliamų infekcijų.

Palyginti su ankstesniais metais, 2007 m. tikriausiai dėl neseniai atliktų epidemiologinės priežiūros sistemos pakeitimų Austrijoje ir Slovėnijoje gerokai padaugėjo patvirtintų invazinės pneumokokinės infekcijos atvejų šiose šalyse. Apskritai dėl didelių invazinės pneumokokinės infekcijos epidemiologinės priežiūros sistemų skirtumų ES šalyse sunku palyginti skirtingose valstybėse narėse užregistruotus sergamumo rodiklius. Nors septynavalentės pneumokokinės konjuguotos vakcinos prekybos leidimas ES išduotas 2001 m., šios vakcinos naudojimas įvairiose šalyse skiriasi.

2007 m. ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse tymų atvejų užregistruota mažiau negu 2006 m., tačiau tymai išliko prioritetine visuomenės sveikatos sritimi. 2007 m. buvo patvirtinti 2 795 tymų atvejai, įskaitant vieną mirties ir du encefalito atvejus. Tik keturiose šalyse per praėjusius trejus metus neužregistruota nė vieno tymų atvejo.

2007 m. užregistruotų epideminio parotito atvejų rodiklis ir toliau buvo vienas aukščiausių Europoje, palyginti su kitomis ligomis, kurių išvengiama pasiskiepijus, tačiau apskritai 2007 m. išliko užregistruotų epideminio parotito atvejų rodiklio mažėjimo tendencija ir tais metais šios ligos atvejų buvo užregistruota mažiausiai nuo 1995 m.

Panašiai kaip ir 2006 m., 2007 m. užregistruota nedaug patvirtintų raudonukės atvejų.

Kvėpavimo takų infekcijos

2007–2008 m. gripo sezono metu registruotas vidutinis gripo aktyvumas, pirmiausiai stebėtas gripo A(H1N1) viruso cirkuliacija, vėliau sekė gripo B viruso cirkuliacija. Išskirtos tik kelios A(H3N2) padermės.

Užregistruotas svarbus naujas reiškinys – pirmos antivirusiniam vaistui oseltamivirui atsparios sezoninio gripo padermės A(H1N1-H247Y) atsiradimas. Šios padermės virusai visiškai laisvai plito nuo žmogaus žmogui, tačiau jos išplitimas regione buvo labai nevienodas – nuo daugiau kaip pusės visų išskirtų gripo viruso padermių kai kuriose šalyse iki vos kelių procentų kitose. Šio atsparaus viruso atsiradimo ir išplitimo negalima paaiškinti ankstesniu antivirusinių vaistų vartojimu.

Kaip ir 2006 m., Europoje užregistruoti keli labai patogeniško paukščių gripo protrūkiai tarp paukščių, daugiausia naminių, tačiau su žmonėmis susijusių atvejų užregistruota nebuvo. Vienas mažai patogeniško gyvūnų paukščių gripo A(H7N2) protrūkis kilo Jungtinėje Karalystėje 2007 m. gegužės mėn., kurio metu užregistruoti keli susiję į gripą panašios ligos ir (arba) konjunktyvito atvejai tarp žmonių.

Užregistruotų legioneliozės atvejų rodiklis ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse 2007 m. liko toks pat – 1,1 atvejo 100 000 gyventojų. Palyginti su 2006 m., užregistruotų su kelionėmis susijusių legioneliozės atvejų skaičius padidėjo, ir tai tikriausiai būtų galima paaiškinti tuo, kad geriau vykdoma epidemiologinė priežiūra ir informacijos teikimas; tuo tarpu su kelionėmis susijusių legioneliozės grupinių atvejų skaičius sumažėjo, ir tai galėjo lemti Europos legioneliozės darbo grupės (angl. *European Working Group for Legionella Infections*, EWGLINET) parengtos legioneliozės kontrolės gairės.

Kalbant apie tuberkuliozę, 25 šalyse nuo 2003 m. stebimos užregistruotų šios ligos atvejų nuolatinio mažėjimo tendencijos. Kaip ir 2006 m., 20 % visų tuberkuliozės atvejų buvo nustatyta iš kitų šalių, dažniausiai Azijos arba Afrikos, kilusiems asmenims. Dauginis atsparumas vaistams Baltijos šalyse ir toliau buvo registruojamas dažniau nei kitose šalyse; ir apskritai, dažniausiai jis buvo nustatomas iš kitų šalių kilusiems asmenims. Turimi duomenys rodo, kad su tuberkulioze susijusi padėtis nevienoda: yra šalių, kuriose užregistruojama mažai tuberkuliozės atvejų ir kuriose ji vis dažniau diagnozuojama iš kitų šalių kilusiems asmenims; kitose šalyse užregistruojama vidutinis tuberkuliozės atvejų skaičius, tačiau keliems vaistams atspari tuberkuliozė dar neišplitusi, ir yra šalių, kuriose užregistruojama palyginti daug tuberkuliozės atvejų, kurių didelę dalį sudaro keliems vaistams atsparios tuberkuliozės atvejai. Apskritai 2007 m. ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse užregistruoti 41 205 patvirtinti tuberkuliozės atvejai (rodiklis 8,2 atvejo 100 000 gyventojų).

ŽIV, lytiškai plintančios infekcijos ir hepatitai B ir C

2007 m. ŽIV ir toliau buvo vienas svarbiausių visuomenės sveikatos klausimų Europoje, ir nebuvo jokių naujai diagnozuojamų atvejų skaičiaus mažėjimo požymių. Tačiau toliau mažėjo diagnozuojamų AIDS atvejų, išskyrus kai kurias Rytų ir Vidurio Europos šalis. Įvairiose šalyse ir geografiniuose regionuose ŽIV plinta nevienodai, ir tai rodo labai didelius ŽIV epidemiologijos skirtumus Europoje.

Chlamydia trachomatis sukelta infekcija ir 2007 m. buvo dažniausiai registruojama LPI (ir apskritai dažniausiai registruojama liga Europoje). 22 ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse užregistruota daugiau kaip ketvirtadalis milijono patvirtintų *C. trachomatis* infekcijos atvejų, o tai yra 122,6 atvejo 100 000 gyventojų. Ir vėl chlamidijomis daugiausia buvo užsikrėtę jauni 15–24 metų asmenys. Tikėtina, kad faktinis sergamumas *C. trachomatis* sukelta infekcija buvo didesnis, o užregistruotų atvejų rodikliai atspindėjo skryningo mastą ir atliktų tyrimų kiekį, o ne faktinį sergamumą.

Pažymėtina, kad Švedijoje užregistruota 45 % daugiau atvejų nei 2006 m., tikriausiai taip įvyko dėl to, kad šalyje buvo taikomi nauji tyrimo metodai naujai *C. trachomatis* atmainai, apie kurią Švedijoje pirmą kartą pranešta 2006 m. lapkričio mėn., aptikti. Visoje ES atliktas tyrimas atskleidė, kad ši atmaina buvo paplitusi tik Švedijoje arba tik tarp švedų lytinių partnerių kitose šalyse.

Daugumoje Europos šalių veikia hepatitų B ir C epidemiologinės priežiūros sistemos, tačiau dėl egzistuojančių skirtumų, ypač skirtingų sistemų struktūrų, duomenų teikimo praktikos, duomenų rinkimo metodų ir vartojamų atvejų apibrėžčių, įvairių šalių epidemiologinės priežiūros duomenis sunku palyginti.

Per maistą ir vandenį plintančios ligos ir zoonozės

Ir 2007 m. kampilobakteriozė buvo dažniausiai registruojama virškinimo trakto liga ES ir EEE ir (arba) ELPA, o palyginti su 2006 m., užregistruotų atvejų padaugėjo daugiau kaip 15 %. Dėl labai skirtingų duomenų pateikimo sistemų šalyse ir didelės neužregistruojamų atvejų dalies kai kuriose šalyse labai sunku tiesiogiai palyginti šių šalių duomenis.

2007 m. ES ir EEE ir (arba) ELPA vėl buvo užregistruota daug salmoneliozės atvejų, tačiau ir toliau stebima užregistruotų atvejų skaičiaus mažėjimo nuo 2004 m. tendencija.

2007 m. 29 ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse užregistruoti 13 952 patvirtinti hepatito A atvejai, o hepatito A epidemiologinė padėtis regione buvo labai nevienoda. 2007 m. lapkričio mėn. Latvijoje prasidėjo hepatito A protrūkis.

Su aplinka susijusios ir pernešėjų platinamos ligos

2007 m. rugpjūčio mėn. Italijoje užregistruotas čikungunijos karštinės protrūkis, kurio metu nustatyta 217 laboratoriskai patvirtintų atvejų. Vietos mastu čikungunijos virusas išplito jį čia atvežus sveičiui iš Indijos; šis atvejis parodė, kad virusą ES geografinėse platumose sėkmingai gali platinti *Aedes albopictus* uodai.

2007 m. 22 ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse užregistruoti 637 patvirtinti Ku karštinės atvejai, panašiai kaip ir 2006 m. (583 atvejai). Nyderlanduose ir Slovėnijoje užregistruoti Ku karštinės protrūkliai, kuriuose susirgo atitinkamai 168 ir 86 žmonės.

Septyniose valstybėse narėse užregistruota 40 patvirtintų virusinės hemoraginės karštinės, daugiausia hantavirusinės infekcijos, atvejų.

2007 m. iškilusių grėsmių santrauka

Nuo epidemiologinės žvalgybos veiklos pradžios 2005 m. liepos mėn. iki 2008 m. pabaigos ECDC stebėjo 696 grėsmes. 2008 m. ECDC stebėjo 250 grėsmių, iš kurių 227 (91 %) pradėta stebėti 2008 m., 14 (6 %) buvo pradėta stebėti dar 2007 m., o dar devynios (4 %) buvo pasikartojančios grėsmės. Pasikartojančios grėsmės buvo susijusios su paukščių gripo atvejais visame pasaulyje ir Europos regione, čikungunijos karštinės, poliomieliito, dengės karštilgės, choleros ir tymų padėtimi pasaulyje bei nauja Creutzfeldt-Jakobo ligos atmaina ir ypač vaistams atsparia tuberkulioze.

Įdėmiau buvo stebimos šios grėsmės:

- oseltamivirui atsparūs gripo A(H1N1) virusai 21 valstybėje narėje, kurių dalis svyravo nuo mažiau negu 1 % Italijoje iki 68 % Norvegijoje;
- 2008 m. buvo stebimi penki tarptautinės reikšmės hepatito A protrūkliai, ir tai yra gerokai daugiau palyginus su ankstesniais metais;

- *Shigella sonnei*, kuria savo darbovietės valgykloje užsikrėtė daugiau kaip 140 darbuotojų, protrūkis Švedijoje;
- 2008 m. užregistruoti 85 grupiniai legioneliozės atvejai;
- 2008 m. ES ir EEE ir (arba) ELPA užregistruota vienuolika tymų protrūkių, dėl kurių kitose valstybėse narėse užregistruoti antriniai atvejai, nepaisant tymų paplitimo sumažėjo Europoje nuo 2006 m. 2008 m. užregistruota daugiau šios ligos protrūkių, palyginus su 2007 m. (septyni protrūkiai) ir 2006 m. (du protrūkiai),;
- 2008 m. buvo vertinamos vienuolika su tuberkulioze susijusios grėsmių. Visi šie atvejai buvo susiję su tuberkulioze sergančių pacientų judėjimu: septyni keliavo oro transportu, o trys – jūru;
- mirtinas Marburgo viruso sukeltos infekcijos, kuria 2008 m. liepos mėn. užsikrėtė iš Ugandos į Nyderlandus grįžtantis turistai, atvejais;
- 2008 m. liepos mėn. Graikijoje pirmasis patvirtintas Krymo Kongo hemoraginės karštinės atvejis.

Išvados

Atsižvelgdami į svarbiausių skaičių ir tendencijų suvestinę, galime padaryti išvadą, kad užkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės ES ir EEE ir (arba) ELPA prioritetai nuo ankstesnio metinės epidemiologijos ataskaitos leidimo iš esmės nepasikeitė, tačiau reikėtų atkreipti dėmesį į kelis aspektus.

2007 m. duomenys rodo, kad atsparumas antimikrobiniam vaistams Europoje tampa vis svarbesne visuomenės sveikatos problema. Tarptautinės kelionės ir prekyba sudaro sąlygas atsparumui antimikrobiniam vaistams plisti. Siekiant išspręsti šią problemą būtina bendradarbiauti tarptautiniu lygmeniu ir koordinuoti pastangas nacionaliniu lygmeniu, kad būtų galima suvaldyti atsparumo antimikrobiniam vaistams atsiradimą ir plitimą.

Su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų srityje reikia atlikti visos ES taškinio paplitimo tyrimą siekiant įvertinti įvairių infekcijų sukeltą naštą ES sveikatos priežiūros įstaigose. ECDC darbo programoje šiuo metu numatyta parengti šio paplitimo tyrimo Europos standartizuotą protokolą; tai suteiks galimybę pakoreguoti įvairius nacionalinius su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų paplitimo protokolus, kad būtų galima palyginti skirtingų šalių duomenims.

Ligų, kurių išvengiama pasiskiepijus, srityje nerimą tebekelia tai, kad pradėjus vartoti vakciną pneumokokinės konjuguotos vakcinos veikiamus serotipus gali pakeisti šios vakcinos neveikiami serotipai, kaip jau nutiko Jungtinėse Valstijose. Šiuo tikslu ES gali prirėkti sustiprinti epidemiologinę priežiūrą, įtraukiant laboratorinę priežiūrą.

Kaip ir manyta, beveik 90 % ES ir EEE ir (arba) ELPA užregistruotų susirgusiųjų tymais nebuvo paskiepyti; tai yra ženklas, kad tymai tebėra problema tose gyventojų grupėse, kuriose yra žemos vakcinacijos apimtys. Be to, visi mirtini arba sunkios formos ligos atvejai nustatyti neskiepytiems žmonėms. Todėl vakcinacijos apimčių didinimas Europoje tebėra visuomenės sveikatos prioritetas, nors 2010 m. visiškai išnaikinti ligos nepavyks.

Kartais pasitaiko atvejų, kai dviem vakcinos nuo tymų, parotito ir raudonukės dozėmis paskiepyti žmonės suserga parotitu, ir tai reikėtų išsamiau iširti.

Valstybės narės dėjo daugiau pastangų siekdamas patvirtinti visus raudonukės atvejus, apie kuriuos jos pranešė (išskyrus kelias išimtis). Vienas svarbiausių PSO 2010 m. raudonukės likvidavimo plano tikslų – didinti raudonukės priežiūros tikslumą ir specifiškumą.

Neįprastas 2007–2008 m. gripo sezono reiškinys buvo oseltamivirui atsparaus gripo A(H1N1) viruso atsiradimas. Tai buvo pirmas nustatytas neuraminidazės inhibitoriui atsparaus žmogaus sezoninio gripo viruso, kuris galėjo laisvai plisti iš žmogaus žmogui, atvejis. Vykdamas sezoninio gripo virusų atsparumo antibakteriniams vaistams priežiūrą reikėtų toliau stebėti galimą naujų atsparių padermių atsiradimą.

Tuberkuliozės kontrolės srityje, kur epidemiologinė padėtis ES ir EEE ir (arba) ELPA šalyse labai skiriasi, šalių, kuriose užregistruojamas didelis arba vidutinis sergamumas tuberkulioze, skaičius tebėra toks pat, ir, nepaisant jų pažangos siekiant pažaboti epidemiją, itin daug dėmesio būtina skirti kontrolei, įskaitant epidemiologinės priežiūros optimizavimą. Iš kai kurių šalių, kuriose užregistruojamas nedidelis atvejų skaičius, duomenų matyti, kad ligos atvejų tarp šalies piliečių mažėjo ir kad epidemija akivaizdžiai persikėlė į labiau pažeidžiamas gyventojų grupes, pvz., migrantų populiacijas. Informacija apie dvejopos tuberkuliozės ir ŽIV infekcijos atvejus buvo neišsami; būtina plėsti jautrumo vaistams tyrimus, tobulinti informacijos teikimą ir analizuoti atsparumą antros kartos vaistams.

Sukurti ir įdiegti sustiprintos hepatitų B ir C epidemiologinės priežiūros sistemą yra ECDC prioritetai. Geresnės kokybės epidemiologinės priežiūros duomenys itin svarbūs siekiant pateikti būtiną informaciją įvairioms tendencijoms stebėti, suprasti epidemiologijos skirtumus ir įvertinti ES vykdomas prevencijos programas. Tačiau

dėl lėtinio šių abiejų ligų pobūdžio sunku atskirti sergamumą šiomis ligomis nuo paplitimo (kaip ir ŽIV infekcijos atveju) ir nėra lengvų šios problemos sprendimo būdų.

Galiausiai per maistą ir vandenį plintančių ligų srityje būsimose ataskaitose bus siekiama aiškiau atskirti duomenis apie serogrupės O157 ir ne O157 serogrupių vero/šiga toksinus gaminančias *Escherichia coli* (VTEC), nes prioritetai šių serogrupių atžvilgiu šalių epidemiologinės priežiūros sistemose labai skiriasi, kaip ir jų apimtys, – akivaizdžiai daugiau dėmesio skiriama serogrupei O157.

A lentelė. Užkrečiamųjų ligų, užregistruotų ES ir EEE ir (arba) ELPA 2007 m., bendroji apžvalga: bendros tendencijos, ES užregistruotų atvejų rodikliai ir pagrindinės paveiktos amžiaus grupės. Ataskaitas pateikusių šalių skaičius (n=30)

Liga	Bendra 10 metų tendencija	ES užregistruotų atvejų rodiklis 100 000 gyventojų (2007)	Pagrindinės paveiktos amžiaus grupės (2007)
Kvėpavimo takų infekcijos			
Gripas	↔	Nėra duomenų	Nepakanka duomenų
Paukščių gripas	↑	0	Ligos atvejų neužregistruota
Legionierių liga (legioneliozė)	↑	1,1	65+
Tuberkuliozė	↓	8,2	25–44
ŽIV, lytiškai plintančios infekcijos ir virusinės krauju plintančios infekcijos			
Chlamidinė infekcija	↑	122,6	15–24
Gonorėja	↔	9,5	15–24
Hepatitis B	↓	1,5	25–44
Hepatitis C	↑	6,9	25–44
ŽIV	↑	6,0	25–44
AIDS	↓	1,2	25–44
Sifilis	↑	4,4	25–44
Per maistą ir vandenį plintančios ligos ir zoonozės			
Juodligė	↔	<0,01	Nepakanka duomenų
Botulizmas	↔	<0,1	25–44
Bruceliozė	↓	0,1	25–64
Kampilobakteriozė	↑	46,7	0–4
Cholera	↓	<0,01	25–44
Kriptosporidiazė	↓	2,4	0–4
Echinokokoziė	↓	0,2	45–64
Verocitotoksiną gaminančios <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Lambliazė	Nepakanka duomenų	61,7	0–4
Hepatitis A	↓	2,8	5–14
Leptospirozė	↔	0,2	45–64, 25–44
Listeriozė	↑	0,4	65+
Salmoneliozė	↓	34,3	0–4
Šigeliozė	↓	2,1	0–4
Toksoplazmozė	↓	0,8	5–14
Trichineliozė	↔	0,2	25–44
Tuliaremija	↔	0,3	45–64
Vidurių šiltinė / paratifas	↓	0,2	0–4
Creutzfeld-Jakobo ligos atmaina	Nepakanka duomenų	<0,01	15–24
Jersiniozė	↑	2,9	0–14

Liga	Bendra 10 metų tendencija	ES užregistruotų atvejų rodiklis 100 000 gyventojų (2007)	Pagrindinės paveiktos amžiaus grupės (2007)
Atsirandančios naujos ir pernešėjų platinamos ligos			
Maliarija	↔	1	25–44
Maras	Nepakanka duomenų	0	Ligos atvejų neužregistruota
Ku karštinė	↓	0,2	15–24, 45–64
Sunkus ūmus respiracinis sindromas (SŪRS)	Nepakanka duomenų	0	Ligos atvejų neužregistruota
Raupai	Nepakanka duomenų	0	Ligos atvejų neužregistruota
Virusinės hemoraginės karštinės (VHK)	Nepakanka duomenų	Nepakanka duomenų	Nepakanka duomenų
Čikungunija	Nepakanka duomenų	<0,01	Nepakanka duomenų
Vakarų Nilo karštinė	Nepakanka duomenų	<0,01	> 15
Geltonoji karštinė	Nepakanka duomenų	0	Ligos atvejų neužregistruota
Ligos, kurių išvengiama pasiskiepijus			
Difterija	↓	<0,01	45–64, 5–14
Invazinė <i>Haemophilus influenzae</i> sukeliama infekcija	↔	0,5	65+, 0–4
Invazinė meningokokinė liga	↓	1,0	0–4
Invazinė pneumokokinė infekcija	↔	6,3	65+, 0–4
Tymai	↓	0,6	0–4
Epideminis parotitas	↓	4,3	5–14
Kokliušas	↓	4,4	5–14
Poliomielitas	Nepakanka duomenų	0	Ligos atvejų neužregistruota
Pasiutligė	Nepakanka duomenų	<0,01	Nepakanka duomenų
Raudonukė	↓	1,2	0–4
Stabligė	↓	<0,1	65+
Atsparumas antimikrobiniams vaistams ir su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos			
Atsparumas antimikrobiniams vaistams	↑	Netaikytina	Nėra duomenų
Hospitalinės infekcijos	↑	Netaikytina	Nėra duomenų

14. ŽIV/AIDS epidemiologinė priežiūra Europoje 2008 m.

(paskelbta 2009 m. gruodžio mėn.)

Svarbiausi faktai

ŽIV infekcija, kuri, remiantis įrodymais, keliose Europos šalyse vis labiau plinta, tebėra vienas svarbiausių Europos visuomenės sveikatos srities klausimų. Nors pateiktos ataskaitos neišsamios, 2008 m. užregistruotų diagnozuotų naujų ŽIV atvejų padaugėjo, o PSO Europos regione diagnozuotų AIDS atvejų toliau mažėjo, išskyrus rytinę dalį, kur AIDS atvejų skaičius padidėjo.

- 2008 m. 48 iš 53 PSO Europos regiono šalių ir Lichtenšteine (nėra Austrijos, Danijos, Lichtenšteino, Monako, Rusijos ir Turkijos duomenų) diagnozuota ir užregistruota 51 600 ŽIV atvejų. Didžiausi rodikliai užregistruoti Estijoje, Latvijoje, Kazachstane, Moldovoje, Portugalijoje, Ukrainoje ir Jungtinėje Karalystėje.
- 47 šalyse užregistruoti 7 565 AIDS atvejai (nėra Danijos, Švedijos, Kazachstano, Lichtenšteino, Monako, Rusijos ir Turkijos duomenų).
- 2008 m. Europos Sąjungos (ES) ir Europos ekonominės erdvės (EEE) šalys (nėra Austrijos, Danijos ir Lichtenšteino duomenų) pranešė apie diagnozuotus 25 656 naujus ŽIV atvejus. Iš ES ir EEE šalių didžiausi sergamumo rodikliai užregistruoti Estijoje, Latvijoje, Portugalijoje ir Jungtinėje Karalystėje.
- ES ir EEE šalyse pagrindinis ŽIV infekcijos plitimo būdas yra vyrų lytiniai santykiai su vyrais, šiek tiek rečiau infekcija plinta per heteroseksualius lytinius santykius. Maždaug 40 % žmonių, ŽIV užsikrėtusių per heteroseksualius lytinius santykius, kilę iš generalizuotos ŽIV/AIDS epidemijos šalių.
- Trijose geografinėse/epidemiologinėse teritorijose dominuojantis infekcijos plitimo būdas skiriasi pagal vietovę, ir tai rodo, kad ŽIV epidemiologija Europoje yra labai nevienoda. Rytuose pagrindinis infekcijos plitimo būdas tebėra švirkščiamųjų narkotikų vartojimas, o Vidurio Europoje – vyrų lytiniai santykiai su vyrais, ir šiek tiek retesnis infekcijos plitimo būdas – heteroseksualūs lytiniai santykiai. Vakaruose pagrindinis ŽIV plitimo būdas yra vyrų lytiniai santykiai su vyrais, ir šiek tiek retesnis – heteroseksualūs lytiniai santykiai, neįskaitant sergančiųjų iš generalizuotos ŽIV epidemijos šalių.
- 43 šalių, kurios nuolat teikė ŽIV epidemiologinės priežiūros duomenų ataskaitas, duomenimis, nuo 2000 m. užregistruotų naujų ŽIV atvejų skaičius vienam milijonui gyventojų padidėjo daugiau kaip du kartus – nuo 44 atvejų vienam milijonui gyventojų 2000 m. iki 89 atvejų milijonui gyventojų 2008 m.
- 46 šalyse, kurios 2000–2008 m. nuolat teikė AIDS duomenų ataskaitas, užregistruotų AIDS atvejų sumažėjo nuo 12 072 (19 atvejai milijonui gyventojų) iki 7 564 (12 atvejų milijonui gyventojų).
- Pateikti duomenys turi trūkumų dėl to, kad pateiktos neišsamios ataskaitos, trūksta duomenų iš kelių šalių, duomenys pateikiami pernelyg vėlai. Todėl išvados, kurias galima padaryti apie ŽIV ir AIDS epidemijos mastą ir apimtį Europoje, yra negalutinės. Jeigu šie trūkumai būtų pašalinti, bendras ŽIV atvejų skaičius 2008 m. tikriausiai padvigubėtų. Manoma, jog dėl to, kad kelios šalys ataskaitas pateikė vėliau, 2008 m. duomenys per ateinančius kelerius metus bus atnaujinti.

Rekomendacijos dėl ŽIV/AIDS epidemiologinės priežiūros

ŽIV/AIDS epidemiologinės priežiūros duomenys yra itin svarbūs stebint ŽIV epidemijos tendencijas ir vertinant su visuomenės sveikata susijusias atsakomąsias priemones. Todėl visos Europos šalys turėtų:

- įdiegti individualių duomenų apie ŽIV ir AIDS atvejus registravimo sistemas ir užtikrinti duomenų išsamumą ir savalaikiškumą,
- gerinti pateikiamų duomenų, ypač susijusių su galimais ligos plitimo būdais, kokybę.

Visuomenės sveikatos rekomendacijos

Epidemijos kontrolės priemonės turėtų būti pagrįstos įrodymais ir pritaikytos kiekvienai šaliai bei geografiniai teritorijai. Remiantis turimais epidemiologinės priežiūros duomenimis, tikslinga pateikti šias rekomendacijas:

- Rytų šalys: ŽIV kontrolės priemonės tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų turėtų būti ŽIV prevencijos strategijų kertinis akmuo; taip pat reikėtų stiprinti infekcijos plitimo per heteroseksualius lytinius santykius prevencijos priemones, skirtas visų pirma tiems, kurie turi aukštos rizikos grupei priklausančius partnerius.

- Vidurio Europa: prevenciją reikėtų pritaikyti prie kiekvienos šalies aplinkybių, siekiant išlaikyti dabartinį žemą epidemijos lygį. Tačiau, kadangi epidemijos mastas tarp vyrų, turinčių lytinius santykius su vyrais, didėja, visų pirma reikėtų stiprinti intervencines priemones, kuriomis būtų galima kontroliuoti ŽIV plitimą šioje grupėje.
- Vakarų šalys: intervencinės priemonės, kuriomis būtų kontroliuojamas ŽIV plitimas tarp vyrų, turinčių lytinių santykius su vyrais, įskaitant šiai grupei skirtas pažangias prevencines programas, turėtų būti ŽIV prevencijos strategijų kertinis akmuo. Prevencijos, gydymo ir priežiūros tikslais taikomos intervencinės priemonės turi būti pritaikytos taip, kad aprėptų migrantus.
- Apskritai reikėtų skatinti konsultacinę paramą ir tyrimus dėl ŽIV siekiant užtikrinti ankstyvą diagnozavimą galimybę gydytis ir konsultacinę paramą, kas padėtų užkirsti kelią tolesniam ŽIV plitimui arba jį sumažintų ir pagerintų užsikrėtusio asmens ilgalaikius gydymo rezultatus. Svarbu užtikrinti visų gyventojų grupių, kurioms to reikia, vienodą ŽIV infekcijos gydymo ir priežiūros galimybes, kas padėtų šalims pasiekti bendrą tikslą užtikrinant visuotinį ŽIV/AIDS prevencijos, gydymo ir priežiūros prieinamumą.

Priedas: 2009 m. ECDC leidiniai

Į šį sąrašą įtraukti tik oficialūs 2009 m. ECDC leidiniai. Visus juos galima rasti ECDC tinklalapyje (www.ecdc.europa.eu), taip pat galima gauti daugelio jų spausdintas kopijas. Kai kurie iš šių leidinių per metus buvo atnaujinti arba buvo išleistas antras jų leidimas (nurodytas mėnuo rodo leidinio naujausio leidimo paskelbimo laiką).

Per metus ECDC darbuotojai paskelbė arba bendradarbiavo rengiant daugelį mokslinių straipsnių ir kitų leidinių, įskaitant *Eurosurveillance*, kurie šiame sąrašė nenurodyti. ECDC taip pat parengė daug trumpų informacinių leidinukų, susijusių su gripo pandemija, pvz., rizikos vertinimais ir planavimo prielaidomis. Su jais galima susipažinti internete, bet šiame sąrašė jie nepateikiami.

Techninės ataskaitos

Gegužė

Development of *Aedes albopictus* risk maps

Birželis

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe – ‘The ECDC Menu’

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Liepa

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

Rugsėjis

Mapping of HIV/LPI behavioural surveillance in Europe

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMEA Joint Technical Report)

Lapkritis

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/LPI prevention interventions for VSSV VYR VYR in Europe

ECDC rekomendacijos

Gegužė

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

Birželis

Chlamydia control in Europe

Mitigation and delaying (or ‘containment’) strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

Rugpjūtis

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

Lapkritis

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

Epidemiologinės priežiūros ataskaitos

Kovas

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Birželis

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

Spalis

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

Gruodis

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Susitikimų ataskaitos

Kovas

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

Balandis

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Gegužė

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Birželis

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009)

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

Rugpjūtis

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Spalis

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

Lapkritis

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)

Gruodis

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases (May 2009)

Techniniai dokumentai

Liepa

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

Rugsėjis

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

Lapkritis

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Gruodis

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

Organizacijos leidiniai

Ketvirtiniai leidiniai (kovas, birželis, rugsėjis, gruodis)

ECDC Insight

Executive Science Update

Birželis

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

Rugpjūtis

Annual Report of the Director: Summary – 2008