

RAPORT Z NADZORU

Roczny raport epidemiologiczny 2012

Podsumowanie

W tym raporcie przedstawiono analizę danych z nadzoru zgłoszonych w 2010 roku przez 27 państw członkowskich UE i trzy państwa EOG, a także analizę wykrytych w 2011 r. zagrożeń chorobami zaraźliwymi. Jest on przeznaczony głównie dla decydentów, kierowników placówek służby zdrowia, epidemiologów i naukowców, ale także ogółu społeczeństwa. Jego celem jest przedstawienie przeglądu epidemiologii chorób zaraźliwych, stanowiących zagrożenie dla zdrowia publicznego w Unii Europejskiej. W niniejszym raporcie opisano obszary, w których wymagana jest ciągła lub bardziej zdecydowana odpowiedź sektora zdrowia publicznego w celu zmniejszenia obciążenia tymi chorobami.

Pomimo osiągnięcia znacznych postępów pod względem jakości i porównywalności przedstawionych danych na poziomie ogólnoeuropejskim, nadal przestrzega się przed bezpośrednim porównywaniem przedstawionych danych pomiędzy krajami. Stosowane są bardzo odmienne systemy ochrony zdrowia i nadzoru, a w przypadku wielu chorób liczba zgłoszonych przypadków oraz rzeczywista zachorowalność różnią się w zależności od kraju.

Zakażenia dróg oddechowych

Sezon zimowy 2010–2011 był pierwszym sezonem grypowym po pandemii ogłoszonej w 2009 roku. Wirus grypy pandemicznej (A(H1N1)pdm09) nadal występował na dużym obszarze i był dominującym wirusem typu A w Europie, przy rosnącym pod koniec sezonu udziale występujących równolegle wirusów typu B. Podobnie jak w ostatnim okresie międzypandemicznym (od 1970 do 2008 r.), w sezonie 2010–2011 epidemie krajowe postępowały wyraźnie z zachodu na wschód, co ułatwiało tworzenie rocznej oceny ryzyka.

Istnieją doniesienia z 9 krajów dotyczące hospitalizowanych pacjentów z potwierdzoną laboratoryjnie grypą: 91,4% było zarażonych wirusem typu A, natomiast 8,6% — typu B. Zdecydowanie dominującym podtypem wirusów grypy typu A (99,2%) były wirusy A(H1)pdm09. Spośród pacjentów, dla których dostępne były takie dane, u 27,5% hospitalizowanych pacjentów nie stwierdzono współistniejących schorzeń. Podczas sezonu pandemicznego (2009–2010) młode osoby dorosłe i osoby w średnim wieku, u których wykryto szczep pandemiczny, często wymagały intensywnej opieki, co stanowiło obciążenie

dla systemów opieki zdrowotnej w niektórych krajach, mimo że ogólne narażenie na grypę było umiarkowane.

Krążące wirusy wykazywały bardzo niewielki dryf antygenowy w sezonie 2010–2011 i szczepionki na grypę sezonową pozostały dobrze do nich dopasowane, przy umiarkowanej obserwowanej skuteczności szczepienia. W odróżnieniu od okresu sprzed pandemii obserwowano niską oporność krążących wirusów A(H1N1) na oseltamiwir i nie stwierdzono oporności na zanamiwir.

Epidemiologia ptasiej grypy w krajach UE/EOG nie była znacząca w 2010 roku. Stwierdzono trzy ogniska wysoce zjadliwej grypy ptaków (HPAI) i 13 ognisk grypy ptaków o niskiej zjadliwości (LPAI). W Europie nie odnotowano przypadków ptasiej grypy u ludzi.

Wniosek z przeglądów europejskich doświadczeń z grypą pandemiczną pozostaje niezmienny. Jest nim potrzeba wzmożonego rutynowego nadzoru nad grypą sezonową w szpitalach i ich jednostkach koordynacyjnych na poziomie europejskim. Sprawnie działające systemy nadzoru można łatwo zaadaptować do potrzeb pandemii. Nie da się tworzyć takich systemów *de novo* w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia publicznego. Istnieje ciągłe zapotrzebowanie na zwiększanie liczby osób szczepionych na grypę i poprawę nadzoru nad powstawaniem szczepów opornych na leki przeciwwirusowe. Systemy nadzoru nad grypą u zwierząt, w szczególności u drobiu i trzody chlewnej, wymagają dopracowania.

Gruźlica

Gruźlica jest nadal często występującą infekcją i stanowi istotne obciążenie chorobą, gdyż co roku w krajach UE/EOG nadal zgłaszanych jest ponad 70 000 przypadków. Zgłaszana liczba przypadków gruźlicy stale spada o około 4% rocznie. Epidemiologia nadal charakteryzuje się z jednej strony stałym spadkiem zarażeń w krajach o wysokich wskaźnikach zachorowalności i wzrostem zarażeń w krajach o niskich wskaźnikach zachorowalności, stwierdzanych u osób, które urodziły się poza takim krajem. Udział przypadków współistnienia gruźlicy i zakażenia wirusem HIV (6%) stale spada. Wskaźniki potwierdzonych bakteriologicznie przypadków (61%) i przypadków skutecznego wyleczenia (79%) są nadal niższe od europejskich wartości docelowych. Udział przypadków gruźlicy wielolekoopornej (MDR TB) w 2010 roku wynosił 4,6% i był nieznacznie niższy niż w 2009 roku. Jednakże w tej grupie zwiększył się udział przypadków scharakteryzowanych jako gruźlica szeroko lekooporna (13%).

Priorytetem pozostaje rozpoznanie na czas pełnej liczby przypadków, przy czym istnieje szczególne zapotrzebowanie na wczesne wykrywanie i leczenie przypadków gruźlicy wielolekoopornej. Czułość i jakość systemów nadzoru nad gruźlicą należy stale ulepszać, w tym poprawiać współpracę pomiędzy laboratorium diagnostycznym a lekarzem. Gruźlica występuje częściej w mniej uprzywilejowanych, marginalizowanych grupach społecznych, np. u imigrantów, bezdomnych, ubogich mieszkańców miast, więźniów, nosicieli wirusa HIV i uzależnionych od narkotyków. Należy przywiązywać większą wagę do nadzoru, wczesnego wykrywania i skutecznego leczenia gruźlicy w tych grupach.

HIV, zakażenia przenoszone drogą płciową oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B i C

Zakażenia wirusem HIV pozostają jednym z głównych problemów zdrowia publicznego w krajach UE/EOG. Całkowita liczba nowych przypadków zgłaszana rocznie ustabilizowała się na poziomie około 28 000 przypadków, jednakże epidemiologia w danych populacjach wysokiego ryzyka różni się w poszczególnych krajach. Mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami stanowią największą grupę przypadków (38%), następnie są osoby, które

zostały zakażone wirusem przez kontakty heteroseksualne w Europie (24%) oraz osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji (4%). Przenoszenie zakażenia z matki na dziecko, zakażenia szpitalne, zakażenia poprzez transfuzje lub inne produkty krwiopochodne odpowiadają za 1% przypadków.

W latach 2004–2010 liczba przypadków w grupie mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami wzrosła o 39%. Liczba przypadków przenoszenia zakażenia poprzez stosunki heteroseksualne pozostała na stosunkowo stabilnym poziomie, natomiast liczba przypadków w innych grupach ryzyka stale spada. Jednakże zarówno Grecja, jak i Rumunia doniosły o znaczącym wzroście zakażeń wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w 2011 roku. Liczba zdiagnozowanych przypadków AIDS w corocznych raportach spadła o połowę w latach 2004–2010. Liczba osób żyjących z wirusem HIV stale wzrasta, co odzwierciedla poprawę w dostępie do leczenia i opieki.

Zakażenie chlamydią pozostaje najczęściej zgłaszanym zakażeniem przenoszonym drogą płciową w krajach UE/EOG, przy ponad 340 000 przypadków zgłoszonych w 2010 roku. Liczba zgłaszanych przypadków wzrosła ponad dwukrotnie w ciągu minionych 10 lat. W pewnym stopniu ten wzrost odzwierciedla środki podjęte przez państwa członkowskie w celu zwiększenia możliwości rozpoznawania i zgłaszania infekcji, w tym aktywne badania przesiewowe. Do zmniejszenia obciążenia tymi zakażeniami w Europie potrzebne są kompleksowe programy kontrolne, skierowane głównie do nastolatków i młodych osób dorosłych. Liczby zgłaszanych przypadków rzeżączki i kiły pozostają zgodnie z raportami względnie stabilne, lecz zarówno częstość zachorowań, jak i trendy różnią się w zależności od kraju. Nowym problemem w sektorze zdrowia publicznego jest rosnąca oporność na główne antybiotyki stosowane w leczeniu rzeżączki. W kilku krajach zaobserwowano znaczący wzrost częstości zakażenia kiłą wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami.

Nadzór nad wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C w UE podlega rewizji, jako że udoskonalono system nadzoru w państwach europejskich w 2010 roku. Z tej przyczyny trendy i dane epidemiologiczne są tymczasowo niedostępne.

Choroby przenoszone drogą pokarmową i wodną

Zakażenia *Campylobacter* są najczęściej zgłaszanymi chorobami przewodu pokarmowego w krajach UE/EOG. Częstość zgłaszanych przypadków, w większości sporadycznych, wzrasta. Latem pojawiają się sezonowe ogniska choroby, lecz międzynarodowe ogniska epidemiologiczne są niezbyt częste. Najważniejszym źródłem tego zakażenia drogą pokarmową jest mięso drobiowe, stanowiące podłoże około 20–30% przypadków zakażenia *Campylobacter* u ludzi.

Zakażenie bakterią *Salmonella* pozostaje drugą najczęściej rozpoznawaną chorobą żołądkowo-jelitową w krajach UE. Zgłaszana zachorowalność na zakażenia bakteriami *Salmonella* stale spada od 2004 r., co jest częściowo związane z unijnymi programami kontroli farm drobiarskich. *Salmonella* nadal stanowi jednak źródło wielu ognisk choroby, zarówno ograniczonych do jednego kraju, jak i międzynarodowych. W roku 2011 stwierdzono cztery takie międzynarodowe ogniska.

Choroby pasożytnicze, zwłaszcza kryptosporidioza i lamblioza, są stosunkowo częstymi czynnikami odpowiedzialnymi za rozwój zakażeń przewodu pokarmowego w Europie, lecz są rozpoznawane i zgłaszane zbyt rzadko. Często wynikają z niedostatecznego oczyszczenia wody pitnej, co widać na przykładzie znaczącego ogniska zakażeń *Cryptosporidium* w Östersund (Szwecja) w latach 2010–2011.

W 2010 roku zanotowano wzrost o 17% zachorowalności na chorobę legionistów (legionelozę). Istnieje prawdopodobieństwo, że w kilku krajach członkowskich zgłasza się tę chorobę zbyt rzadko. Stwierdzono 800 przypadków związanych z podróżami i sto skupisk przypadków związanych z podróżą. Połowy tych przypadków najpewniej by nie wykryto, gdyby nie prowadzono nadzoru w czasie rzeczywistym na poziomie ogólnoeuropejskim.

Największe ognisko zakażeń shigatoksyczną pałeczką *Escherichia coli* (STEC) stwierdzono w Niemczech w 2011 roku, gdzie pojawił się nowy szczep STEC O104:H4, którego nośnikiem były zakażone kiełki. Pojawienie się tego ogniska pokazuje, jak potrzebne są środki zapewniające bezpieczeństwo mikrobiologiczne surowej żywności i higiena w postępowaniu z żywnością gotową do spożycia. Podkreśla też konieczność szybkiej i skutecznej komunikacji pomiędzy władzami odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia i bezpieczeństwo żywności, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Bardziej typowe szczepy STEC nadal powodują ogniska zakaźne w całej Europie.

Niektóre zakażenia przewodu pokarmowego występują częściej tylko w niektórych krajach i regionach UE. Brucelozę jest zgłaszana przede wszystkim w Portugalii, Hiszpanii i Grecji, co jest przede wszystkim związane z hodowlą kóz. Większość przypadków włośnicy zgłaszano w Bułgarii, Rumunii i na Litwie, co może być związane ze spożywaniem wieprzowiny z hodowli własnych oraz mięsa dzika. Najwięcej potwierdzonych przypadków echinokokozy występowało w Bułgarii. Liczba zgłaszanych przypadków jersiniozy jest ogółem niższa, ale wskaźniki zgłaszanych przypadków pozostają stosunkowo wysokie w krajach skandynawskich, Niemczech, Czechach i na Słowacji. To zakażenie jest często powiązane ze spożywaniem wieprzowiny. Częstość zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu A nadal pozostaje stosunkowo wysoka na Łotwie, Słowacji, w Czechach, Rumunii i Bułgarii. Dur brzuszny, dur rzekomy i cholera są uznawane za rzadkie choroby w krajach UE/EOG, a ich rozkład występowania odzwierciedla szlaki podróżnicze do krajów, w których te choroby są endemiczne.

Nowe choroby i choroby przenoszone przez wektory

Choroby przenoszone przez wektory nadal stanowią istotne obciążenie w państwach członkowskich. Występują głównie u zakażonych osób powracających z krajów, w których te choroby są endemiczne. Dotyczy to zwłaszcza malarii, gorączki denga i gorączki chikungunya. Wskaźniki zachorowalności na malarię pozostają stabilne, natomiast zwiększa się liczba doniesień o przypadkach gorączki denga i chikungunya. Wydaje się również, że w niektórych krajach UE wzrasta ryzyko rodzimego przenoszenia chorób, które wcześniej uważano za przywleczone.

W 2010 roku stwierdzono rodzime przypadki malarii na terenie Hiszpanii, Belgii i Grecji, a w 2011 r. w Grecji pojawiło się ognisko malarii. Dwa rodzime przypadki gorączki denga i dwa gorączki chikungunya stwierdzono we Francji w 2010 roku. Gorączka Zachodniego Nilu (zakażenie WNV) pojawiła się ponownie w Grecji w 2010 roku i stała się częstsza w sąsiednich południowo-wschodnich krajach członkowskich, gdzie należy ją obecnie uważać za endemiczną przy doniesieniach z 2010 roku o 200 potwierdzonych przypadkach w UE. Ten wzrost można częściowo wiązać z poprawionym nadzorem.

Wskaźniki przypadków gorączki Q stale maleją, głównie dzięki zlikwidowaniu (2011 r.) krajowego ogniska chorobowego w Holandii. Gorączka Q pozostaje niedodiagnozowaną chorobą ze względu na nieswoiste cechy kliniczne, a ponadto w niektórych krajach nie jest zgłaszana. Zakażenia hantawirusem nadal są najbardziej powszechnie zgłaszaną wirusową gorączką krwotoczną, przy czym większość przypadków zgłoszono w Finlandii. Inne postacie wirusowej gorączki krwotocznej zgłaszano rzadko (jako sporadyczne przypadki przywleczone)

albo wcale. W latach 2010 i 2011 nie stwierdzono w państwach członkowskich dżumy, ospy prawdziwej, SARS ani żółtej febry.

We wszystkich państwach członkowskich, w których występuje ryzyko tych chorób, wymagany jest wzmożony, skoordynowany nadzór medyczny, weterynaryjny, entomologiczny i środowiskowy oraz opracowanie skutecznych metod przeciwdziałania im.

Choroby, którym zapobiega szczepienie

Epidemiologia odry w UE stale się pogarsza. Większość potwierdzonych przypadków w 2010 roku pochodziła z krajowego ogniska w Bułgarii. W 2011 roku znaczny wzrost liczby przypadków i ognisk zgłoszono w kilku krajach UE. Zobowiązanie do wyeliminowania rodzimej odry i różyczki odnowiono na 2015 rok, lecz cel ten nie zostanie osiągnięty, jeżeli pewne państwa członkowskie nie przeprowadzą skutecznych interwencji zwiększających zasięg szczepień.

W przypadku większości pozostałych chorób, którym zapobiega szczepienie, zaobserwowano opadającą lub stabilną tendencję liczby zgłaszanych potwierdzonych przypadków. W grupie chorób objętych głównym programem szczepień błonica pozostaje rzadką chorobą, ograniczoną do kilku przypadków w czterech krajach. Izolowane przypadki tężca zgłoszono w kilku krajach, przy czym Włochy były wyjątkiem, ponieważ stwierdzono tam 57 przypadków. W 2010 r. nie zgłoszono żadnych przypadków polio.

Inwazyjne zakażenia bakteryjne (*Neisseria meningitidis* i *Haemophilus influenzae*) nie występują powszechnie i ta tendencja jest stabilna, co odzwierciedla korzyści uprzedniego wprowadzenia szczepionki. Liczby śmiertelnych przypadków i wskaźniki niepełnosprawności związane z zakażeniem meningokokami pozostają dość istotne. Nie wydaje się, aby wprowadzenie szczepień spowodowało znaczące zmiany serotypu. Inwazyjna choroba pneumokokowa jest zgłaszana nieco częściej, ale systemy nadzoru nad tą chorobą nie są jednorodne i uniwersalne w całej Europie.

Liczba przypadków świnki wydaje się maleć po szczytowych wartościach odnotowanych w 2010 roku. Wskaźniki potwierdzonych przypadków różyczki ponownie spadły w 2010 roku, lecz obciążenie tą chorobą trudno ocenić z racji różnic w systemach nadzoru i zgłaszania oraz szczególnie niskich wskaźników potwierdzeń laboratoryjnych. Krztusiec jest nadal stosunkowo powszechnym i niedodiagnozowanym zakażeniem. Coraz więcej przypadków obserwuje się u starszych dzieci, młodzieży i dorosłych. Stwarzają one ryzyko infekcji u wrażliwych dzieci w młodszym wieku.

Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną

Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe w Europie stale wzrasta, zwłaszcza jeśli chodzi o patogeny Gram-ujemne. W przypadku patogenów Gram-dodatnich sytuacja wydaje się stabilniejsza. Niedawno obserwowany wzrost oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe u bakterii *Escherichia coli* i *Klebsiella pneumoniae* postępował w 2010 roku. Był on głównie związany z pojawieniem się wielolekoopornych szczepów wytwarzających β -laktamazy o rozszerzonym spektrum działania (ang. extended-spectrum β -lactamase, ESBL). Natomiast wydaje się, że odsetek opornego na metycylinę gronkowca złocistego (ang. *methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, MRSA) ustabilizował się, a nawet spadł w niektórych krajach europejskich. MRSA pozostaje jednak priorytetowym problemem sektora zdrowia publicznego, ponieważ odsetek MRSA jest nadal wysoki w wielu krajach, zwłaszcza na południu Europy.

W ostatnich latach coraz liczniej i powszechniej występują w Europie *Enterobacteriaceae* (w tym *E. coli* i *K. pneumoniae*) odporne na karbapenemy. Istnieje niewiele antybiotyków, którymi można leczyć zakażenia tymi organizmami. Nowe odmiany wytwarzających karbapenemazy *Enterobacteriaceae* (CPE) również stają się częstsze, pojawiając się zarówno w lokalnych ogniskach, jak również ogólnokrajowych epidemiach w instytucjach służby zdrowia w kilku krajach europejskich. Miało też miejsce kilka przypadków przenoszenia zakażeń przez granicę i zakażeń wtórnych w instytucjach służby zdrowia. ECDC wydało kilka raportów oceniających zagrożenie związane z CPE w 2011 roku.

ECDC opracowało protokoły powtarzanych badań częstości występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną (HAI) i stosowania środków przeciwdrobnoustrojowych w szpitalach świadczących opiekę doraźną i w placówkach opieki długoterminowej, umożliwiające ocenę obciążenia HAI i dalszą kontrolę takich przypadków w całej Europie. Protokół szpitalny wdrożono w 2010 roku i stwierdzono częstość HAI na poziomie 7,1% w 66 szpitalach z 23 krajów. W pierwszym badaniu częstości występowania HAI w placówkach opieki długoterminowej, które objęło całą Unię Europejską, oszacowano, że 2,6 miliona przypadków HAI rocznie występuje w placówkach opieki długoterminowej, oprócz oszacowanej wcześniej przez ECDC na 4,1 miliona liczby pacjentów, u których dochodzi do HAI w szpitalach świadczących opiekę doraźną. Utrzymujący się od 2004 roku spadek liczby przypadków zakażeń na oddziałach chirurgicznych po zabiegach wszczepienia protezy stawu biodrowego potwierdził istotność nadzoru jako narzędzia zapobiegającego HAI w szpitalach.

Mediana konsumpcji leków przeciwbakteryjnych („antybiotyków”) ogólnoustrojowych w populacji ogólnej (poza użyciem szpitalnym) wyniosła 18,3 zdefiniowanej dawki dobowej (DDD) na 1000 mieszkańców na dobę. Najniższym wynikiem było 11,1 dawki (Estonia), a najwyższym — 39,4 dawki (Grecja). Konsumpcja leków przeciwbakteryjnych w sektorze szpitalnym wyniosła od 1,1 (Holandia) do 3,0 (Łotwa) DDD na 1000 mieszkańców na dobę.

Problem, jaki dla zdrowia publicznego stanowi oporność na leki przeciwbakteryjne, wymaga współpracy międzynarodowej i wzmocnionych działań na poziomie krajowym. Konieczne są dalsze postępy w rozsądnym stosowaniu antybiotyków w populacji ogólnej i w środowisku szpitalnym oraz wdrożenie poprawionych, zintegrowanych programów zapobiegania HAI i oporności bakterii na antybiotyki, jak również kontroli takich przypadków. Udział szpitali w europejskiej sieci nadzoru może znacząco usprawnić programy nadzoru w poszczególnych szpitalach.

Wyzwania dla programów nadzoru

Wiele chorób nadal jest niedodiagnozowanych i zgłaszanych zbyt rzadko, co utrudnia ocenę obciążenia tymi chorobami i opracowanie odpowiednich działań w sektorze zdrowia publicznego. Obejmuje to choroby pasożytnicze związane z biegunką, takie jak kryptosporydioza i lamblioza, w przypadku których w wielu państwach członkowskich nie są dostępne rutynowe usługi diagnostyki laboratoryjnej. Tymczasem niektóre choroby nadal nie są rutynowo zgłaszane (ani nadzorowane) przez niektóre państwa członkowskie. Obejmuje to kilka chorób stanowiących znaczące obciążenie zakażeniami, w tym kamylobakteriozę, krztusiec, rzeżączkę i malarię. W przypadku innych chorób zgłaszanie przypadków zgodnie z ustalonymi w UE definicjami nadal stanowi dla niektórych krajów członkowskich wyzwanie.

Nadzór na poziomie krajowym i europejskim pozostaje głównym narzędziem szybkiego wykrywania i zwalczania chorób, a także przekazywania informacji o nich w obrębie UE. ECDC dalej rozwija system informacji epidemiologicznej i narzędzia oceny ryzyka, a także powiązane procedury. Sprawne i odpowiednie korzystanie z EWRS oraz dedykowanych sieci informacyjnych przez kraje członkowskie pozostaje podstawą powodzenia tej działalności.