

SPREMLJANJE ECDC

Letno epidemiološko poročilo 2011 Povzetek

V tem poročilu je predstavljena analiza podatkov o spremljanju, ki jih je za leto 2009 prijavilo 27 držav članic EU in tri države EEA/EFTA, ter analiza nevarnosti, odkritih v letu 2010. Namenjeno je oblikovalcem politike, epidemiologom in širši javnosti, da omogoči pregled ključnih vidikov nalezljivih bolezni v Evropski uniji. Poročilo opisuje območja, na katerih so potrebni bolj usklajeni ukrepi javnega zdravja, da bi tako sedaj kot v prihodnje zmanjšali breme, ki ga za družbo in zdravstvene sisteme predstavljajo nalezljive bolezni. Predstavljeni podatki so del naloge, ki jo ima ECDC, tj. zagotavljanje dokazov, ki služijo kot podlaga za ukrepe na področju javnega zdravja.

Kljub velikemu napredku glede izboljšanja kakovosti in primerljivosti podatkov naj bo bralec še vedno previden pri njihovi neposredni primerjavi med državami. Sistemi spremljanja se močno razlikujejo, razmerje med sporočeno ali prijavljeno in dejansko pojavnostjo pa se za številne bolezni med državami razlikuje.

Okužbe dihalnih poti

Aprila leta 2009 se je v Severni Ameriki pojavil virus pandemične gripe A(H1N1), kmalu zatem pa so v Združenem kraljestvu in drugih državah članicah odkrili primere obolelih. Po začetnem spomladanskem in poletnem valu se je virus večinoma prenašal jeseni in zgodaj pozimi, nato pa so na začetku leta 2010 ravni padle. ECDC je pandemijo spremljal z razširitvijo običajnega evropskega sistema spremljanja, v katerega je vključil kontrolno spremljanje posvetovanj v ambulantah splošne medicine, na gripo pozitivnih vzorcev kontrolnih ambulant in spremljanje hudih akutnih okužb dihal v kontrolnih bolnišnicah.

Skoraj vse primere gripe je povzročil novi virus A(H1N1)2009, le majhen odstotek pa je bil posledica virusa B (Victoria lineage). Prejšnji sezonski virus A(H1N1) je poniknil, prav tako tudi z njim povezana odpornost proti oseltamivirju, ki se na široko uporablja kot profilaksa in zdravljenje med pandemijo. Najvišje stopnje obiskov zdravnika v osnovnem zdravstvenem varstvu so zaznali v skupini, stari 0–14 let, vendar je huda oblika bolezni prevladovala pri odraslih, mlajših od 65 let.

Spremljanje hospitaliziranih hudih akutnih primerov bolezni dihal so vpeljali v 11 državah članicah v različnih oblikah. Od 40. tedna leta 2009 so prijavili 9 469 primerov s 569 povezanimi smrtnimi primeri. Stopnja poročenih primerov se je nižala s starostjo, resni izidi pa so bili povezani z višjo starostjo, moškim spolom in prisotnostjo vsaj ene osnovne bolezni. Nenavadno je, da se je 20 % potrjenih smrti zaradi gripe pojavilo pri predhodno zdravih odraslih in otrocih, pogosto v povezavi s sindromom akutne dihalne stiske.

Avgusta leta 2010 je bilo uradno objavljeno, da je pandemija prešla v postpandemično fazo. Pozimi leta 2010 je veliko število bolnikov, okuženih s pandemičnim sevom, potrebovalo intenzivno nego, kar je povzročilo obremenjenost številnih zdravstvenih sistemov v več državah, kljub na splošno blagi sezoni gripe. Polovica preučenihih sevov gripe v sezoni spremljanja gripe 2010/2011 je iz pandemičnega seva.

Države članice so uporabile monovalentno cepivo, ki ga je priporočila SZO, a so bile ciljne skupine različno opredeljene. Uporabljena cepiva so bila ustrezna za pandemični virus, zato je bila stopnja učinkovitosti visoka, vendar pa je bil njihov vpliv zaradi uporabe po večini prenosa virusov omejen. Avgusta leta 2010 sta Finska in za njo Švedska poročali o povečanju primerov narkolepsije pri mladostnikih, cepljenih z določeno znamko pandemičnega cepiva. Začete so bile številne študije za preučitev morebitne vzročne povezave med tem cepivom in narkolepsijo.

Izkušnje glede spremljanja in odziva, pridobljene iz te pandemične izkušnje, vključujejo potrebo, da evropske države okrepijo posamezno in skupno spremljanje „normalne“ sezonske gripe, saj so podlaga za razvoj sistemov ob pojavu pandemičnih situacij. Pandemija je pokazala tudi potrebo, da države okrepijo svojo sposobnost pravočasnega izvajanja potrebnih uporabnih raziskav epidemiologije pandemičnih sevov med pandemijo in v obdobju takoj po njej.

Pri ptičih je bilo v letu 2009 odkritih več izbruhov aviarne influence, vključno z dvema zelo patogenima sevoma – Nemčija, A(H5N1), in Španija, A(H7N7). Niso poročali o primerih pri ljudeh, povezanih z izbruhom aviarne influence.

Legionarska bolezen (legioneloza) ostaja občasna okužba v državah EU in EEA/EFTA. Leta 2007 se je število primerov legionarske bolezni, povezane s potovanji, močno zmanjšalo. Leta 2009 so poročali o 88 skupinah okužb, povezanih s potovanji. To zmanjšanje je morda posledica boljšega izvajanja smernic za nadzor legionele in upada mednarodnih potovanj med svetovno gospodarsko recesijo. To situacijo je treba dodatno preveriti.

Tuberkuloza še naprej ostaja pogosta okužba in pomembno breme bolezni, s skoraj 80 000 sporočenimi primeri po vsej EU. Število sporočenih primerov tuberkuloze je še naprej upadalo. Skupna stopnja prijavljenih primerov v EU/EGP od leta 2005 se nekoliko, a vztrajno, znižuje za približno 4 % na leto. Večina držav članic je v tem obdobju poročala o znižanju stopnje. Nekatere države z razmeroma nizko stopnjo okužb (npr. nordijske države, Ciper, Malta, Združeno kraljestvo) so poročale o naraščanju stopnje, ki je vsaj delno povezano z večanjem števila primerov prenosa bolezni zunaj države poročanja. Za tuberkulozo pogosteje obolevajo ljudje, ki pripadajo prikrajšanim in marginalnim skupinam, vključno z migranti, brezdomci, revnimi v mestnih središčih, zaporniki, osebami, okuženimi z virusom HIV, in uživalci drog.

Delež primerov tuberkuloze, odporne proti več zdravilom (MDR TB), se je od leta 2008 nekoliko zmanjšal (5,3 %), vendar pa skrbi povzroča delež primerov, opredeljenih kot tuberkuloza, ekstenzivno odporna proti vsem zdravilom (7 %), ki je večinoma povezana z nepopolnimi ali slabo zasnovanimi režimi zdravljenja. Stopnja uspešnosti zdravljenja za kohorto iz leta 2008 je bila 78 %, šest držav je poročalo, da so v kohorti iz leta 2007 dosegle cilj uspeha zdravljenja 85 %.

HIV, spolno prenosljive okužbe ter hepatitis B in C

Okužba z virusom HIV je še vedno ena glavnih nevarnosti za javno zdravje v Evropi. Skupno število letnih potrjenih primerov v državah EU in EEA/EFTA se je stabiliziralo pri približno 28 000 primerih letno. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, predstavljajo največjo skupino primerov (35 %), sledijo jim tisti, ki so se z virusom okužili med heteroseksualnimi stiki v Evropi (24 %), in intravenski uporabniki drog (5 %). Prenos z matere na otroka, bolnišnične okužbe, transfuzije drugih krvnih pripravkov skupaj obsegajo le 1 % primerov.

Še naprej so opazni značilni trendi vzorca prenosa bolezni. Med letoma 2004 in 2009 se je število primerov pri moških, ki so imeli spolne odnose z moškimi, povečalo za 24 %, število prijavljenih primerov okužb s heteroseksualnim prenosom v evropskih državah članicah pa je ostalo razmeroma stabilno, z nekaj znaki povečanja v letu 2009; medtem ko so se primeri heteroseksualnega prenosa v državah z generalizirano epidemijo HIV zmanjšali za skoraj 50 %. Precej se je zmanjšalo tudi število primerov pri intravenskih uporabnikih drog.

Dostopnost in učinkovitost zdravljenja sta povzročili zmanjšanje števila diagnoz aidsa v EU za več kot polovico med letoma 2004 in 2009. Izjema so bile baltske države, v katerih se je število primerov povečalo za med 8 % in 76 %.

Klamidija je najpogosteje prijavljena spolno prenosljiva okužba v EU, s skoraj 350 000 prijavljenimi primeri v letu 2009. Sporočeno število se je v zadnjih 10 letih več kot podvojilo. To povečanje največkrat odseva ukrepe držav članic za izboljšanje diagnoze in poročanja o okužbah, vključno z razvojem presejalnih pregledov in programov spremljanja. Več kot tri četrtine primerov je bilo diagnosticiranih pri mladih odraslih, mlajših od 25 let. Vendar pa je verjetno, da je zaradi asimptomatičnega poteka okužbe število prijavljenih primerov manjše od dejanskega. Zaradi števila okužb in zmanjšanja plodnosti pri nekaterih ženskah je klamidija veliko in naraščajoče breme okužb za posameznike (večinoma mlade odrasle) in zdravstvene službe.

Število sporočenih primerov okužb z gonorejo in sifilisom je veliko manjše, trendi pa kažejo relativno stabilnost, z majhnim skupnim zmanjšanjem (9 %) prijavljenih primerov za obe okužbi v letih 2006–2009. Vendar pa se stopnje prijav med državami močno razlikujejo, poleg tega nekatere države teh okužb sploh ne prijavljajo. V številnih državah članicah se je stopnja gonoreje v letih 2006–2009 močno znižala. O višjih in stabilnih stopnjah so poročali iz Združenega kraljestva, z Nizozemske in iz baltskih držav. Naraščajoča odpornost proti glavnim antibiotikom, ki se uporabljajo za zdravljenje gonoreje, pomeni za EU nastajajočo nevarnost za javno zdravje. Tudi prijavljeno število primerov in trendi glede sifilisa se med državami članicami v letih 2006–2009 močno razlikujejo. Iz številnih držav prihajajo poročila o povečanju števila primerov, navadno v povezavi s povečanjem števila prijavljenih okužb med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi.

Število prijavljenih primerov hepatitisa B je v EU med letoma 2006 in 2009 stalno upadalo, pri čemer so zmanjšanja opazili v večini držav članic. S tem splošnim upadanjem epidemiologija odseva zapleten preplet prenosa s spolnimi odnosi, krvjo in perinatalnega prenosa, ki se v različnih državah članicah razlikujejo. Kaže, da splošni trend prijavljenih primerov hepatitisa C dolgoročno narašča, pri čemer velja hepatitis C za najpogostejšo obliko virusnega hepatitisa v EU. Kljub temu je treba ta opažanja obravnavati s pridržkom, saj številne države članice v svojih sistemih spremljanja ne razlikujejo med akutnimi in kroničnimi okužbami. Razlike v prijavljenih stopnjah med državami članicami za obe okužbi dodatno povečujejo načini diagnosticiranja in sistemi spremljanja, zato je primerljivost informacij za ti bolezni na državni ravni močno otežena.

Koordinacija omrežij spremljanja virusa HIV/aidsa in spolno prenosljivih okužb je bila v ECDC vključena v letih 2008 oziroma 2009, leta 2011 pa je ECDC vpeljala novo omrežje za spremljanje hepatitisa. ECDC si prizadeva s temi omrežji dodatno standardizirati spremljanje teh bolezni in vzpostaviti širšo primerljivost informacij o njihovi epidemiologiji.

Bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo

Okužbe z bakterijama *Salmonella* in *Campylobacter* so še naprej najpogostejši vzrok prijavljenih bolezni prebavil v EU. Prijavljena razširjenost okužb z bakterijo *Salmonella* se od leta 2004 stalno zmanjšuje, kar je vsaj delno povezano z uspešnim programom nadzora okužb pri vzreji perutnine. Stopnja okužb z bakterijo *S. Enteritidis* se je v primerjavi z letom 2008 zmanjšala za 24 %. Največ primerov je v Češki republiki, na Slovaškem, Madžarskem in v Litvi, čeprav se tudi v teh državah v zadnjih letih število močno zmanjšuje. O okužbah z bakterijo *Salmonella* najpogosteje poročajo pri otrocih, mlajših od 5 let. Še naprej ostaja tudi vir številnih izbruhov; države članice so od leta 2009 potrdile 324 izbruhov z 4 500 dokazanimi primeri. Nekaj izbruhov je bilo večnacionalnih, vključno z izbruhom bakterije *S. Goldcoast* (šest držav EU) in *S. Typhimurium* vrste (FDT) 191a (prizadeti so bili Združeno kraljestvo in ZDA).

Bakterija *Campylobacter* je še vedno najpogostejši sporočeni vzrok bolezni prebavil v državah in je prisotna v vseh državah članicah. Prijavljene stopnje so stabilne, primeri večinoma sporadični in izbruhi redki. Kljub temu pomeni pogostnost okužb veliko breme bolezni, pri manjšini okuženih bolnikov se je pojavila znatna prizadetost, vključno z artritidom. Tudi tukaj so prijavljene stopnje okužb najvišje pri zelo majhnih otrocih. Čeprav vir okužb v mnogo primerih ni znan, velja meso perutnine za najpomembnejši vir te okužbe, ki se prenaša s hrano, zato se na to osredotočajo trenutni ukrepi nadzora in se bodo verjetno tudi prihodnji.

Parazitske bolezni, zlasti kriptosporidioza in giardioza, so še naprej pomemben vzrok bolezni prebavil v Evropi, ki so pogosto nediagnosticirane in neprijavljene. Breme teh bolezni je slabo opredeljeno, tako kot zadevne informacije, potrebne za ukrepanje za zmanjšanje njihovega pojavljanja.

V tej skupini je še vedno veliko bolezni prijavljenih le redko ali občasno. Nekatere imajo resen izid za nekatere prizadete posameznike (npr. vranični prisad, botulizem, listerioza, toksoplazmoza). Poročila o teh boleznih prihajajo na splošno iz vse Evrope, število potrjenih primerov pa je razmeroma stabilno in kaže v letih 2006–2009 majhen trend ali nobenega.

V letu 2009 je prišlo do nekaj pomembnih izjem. Primeri vraničnega prisada so bili pogostejši, večinoma zaradi izbruha med intravenskimi uporabniki drog v Veliki Britaniji. Vranični prisad je treba v povezavi s tem načinom prenašanja obravnavati kot porajajočo se bolezen. Primeri hemolitičnega uremičnega sindroma (HUS), potencialno smrtno klinične manifestacije okužbe s STEC/VTEC, so bili v letu 2009 v primerjavi s prejšnjimi leti prijavljeni pogosteje. To je morda povezano z značilnostmi tipov *E. coli*, odgovornimi za dva velika izbruha v Združenem kraljestvu in na Nizozemskem; vendar pa je ta morebitni trend treba preveriti glede resnejše okužbe. Število smrtnih primerov zaradi okužbe z različico Creutzfeld-Jakobove bolezni se še naprej manjša.

Nekateri redke ali občasne okužbe prebavil so pogostejše zlasti v nekaterih podregijah in državah. O primerih bruceloze poročajo večinoma s Portugalske, iz Španije in Grčije ter je večinoma povezana z dejavnostjo kozjereje.

Večina poročil o primerih trihineloze prihaja iz Bolgarije, Romunije in Litve, ter so morda povezani z uživanjem doma rejenih prašičev in divjih prašičev. Večina potrjenih primerov ehinokokoze prihaja iz Bolgarije.

Število prijav primerov jersinioze se na splošno zmanjšuje, vendar se število prijavljenih primerov še naprej povečuje v nordijskih državah, Nemčiji, Češki republiki in na Slovaškem. Okužbe so pogosto povezane z uživanjem svinjine. Potrjenih primerov listerioze je bilo največ na Danskem, njihovo število pa se je zaradi do zdaj neznanega razloga v zadnjih letih povečalo. O primerih hepatitisa A se na splošno poroča redkeje, vendar ostaja število potrjenih primerov razmeroma visoko v Latviji, Češki republiki, na Slovaškem, v Romuniji in Bolgariji.

Trebušni tifus, paratifus in kolera se v državah EU in EEA/EFTA obravnavajo kot redke bolezni, toda občasno se pojavljajo primeri prenosa iz držav zunaj Evropske unije, njihova porazdelitev pa je odraz potovanja državljanov EU v države, kjer so te bolezni endemične.

Porajajoče se in transmisivne bolezni

Število prijavljenih primerov malarije ostaja stabilno in večina primerov se v Evropsko unijo prinese iz drugih držav. Porazdelitev primerov v državah članicah odseva vzorec potovanja državljanov v države, kjer je malarija endemična. V letu 2009 je Grčija prijavila majhno število domačih primerov okužbe s *Plasmodium vivax*. Leta 2010 je Španija prijavila prvi domači primer okužbe s *Plasmodium vivax* od leta 1961.

V letu 2009 so iz Italije, z Madžarske in iz Romunije še naprej prihajale prijave sporadičnih primerov vročice zahodnega Nila (okužba z WNV). Značilnosti primerov v Italiji so nakazovale nadaljevanje izbruha iz leta 2008 v severni Italiji. V letu 2010 so v številnih državah EU opazili povečanje števila primerov bolezni, ki jih prenašajo komarji, vključno z okužbo z WNV. Število primerov okužbe z WNV pri ljudeh v letu 2010 v Evropi je bilo največje v zadnjem desetletju, pri čemer se je večina od 340 potrjenih primerov v EU pojavila v Grčiji. Zunaj Grčije so o primerih WNV poročali še iz Španije, z Madžarske, iz Romunije in Italije ter iz velikega izbruha v južni Rusiji.

Francija je prijavila dva domača primera mrzlice denga in Hrvaška 15. Znano je, da je na obeh območjih razširjen prenašalec tigrasti komar, *Aedes albopictus*. V letu 2009 se je močno povečalo število primerov okužbe z vročico Chikungunya pri potnikih, ki so se vrnil iz predelov, kjer se pojavljajo okužbe. Leta 2010 so poročali o drugi domači okužbi v Evropi (po italijanskem izbruhu leta 2007), z dvema ugotovljenima primeroma v južni Franciji. Za stalen pregled te situacije je potrebno skrbno spremljanje (pojava pri ljudeh, živalih, entomološko).

Stopnja prijave primerov vročice Q je še naprej visoka, večinoma zaradi izbruha na Nizozemskem, ki traja več let. Trenutno je to največji kadar koli prijavljen izbruh vročice Q v bližini. Primere in manjše izbruhe so prijavile tudi številne druge države, vključno z Belgijo, Nemčijo, Irsko in Bolgarijo. Zaradi nespecifičnih kliničnih značilnosti je vročica Q premalo diagnosticirana, poleg tega je nekatere države tudi ne prijavljajo.

Okužbe s hantavirusom so še najprej najpogosteje prijavljene virusne hemoragične vročice, pri čemer je večino primerov prijavila Finska leta 2009. Države članice so prijavile tudi visoko število pojavov vročice denga. Tako kot pri malariji epidemiologija odseva potovanja državljanov v države, kjer je vročica denga endemična. Druge oblike virusne hemoragične vročice so bile leta 2009 prijavljene redko (kot posamični uvoženi primeri) ali sploh ne.

Države članice niso leta 2009 prijavile nobenega primera kuge, črnih koz ali sindroma akutnega oteženega dihanja (SARS), prijavile pa so en primer rumene mrzlice (pri potniku v Gano).

Transmisivne bolezni so še naprej veliko breme za države članice, tako pri okuženih bolnikih iz držav, kjer so te bolezni endemične, kot glede tveganja uveljavitve prenosa teh bolezni v državah EU. Vročica zahodnega Nila je zdaj v Evropi endemična. Glede na prisotnost ustreznih vektorjev in s pojavom izbruhov v drugih regijah sveta obstaja tveganje, da se v prihodnjih letih v evropskih državah uveljavi tudi domač prenos drugih bolezni, kot sta mrzlica denga in vročica Chikungunya.

Bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem

Večina bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem, kaže v letu 2009 padajoč ali stabilen trend prijavljene razširjenosti potrjenih primerov, čeprav se je v letu 2010 spet močno povečala aktivnost ošpic. Med boleznimi, vključenimi v osnovno shemo cepljenja, so bila redka poročila o primerih davice, ki se še naprej zmanjšuje in je omejena na nekaj primerov v petih državah. Nekaj držav članic je prijavilo posamezne primere tetanusa. Izjema je bila Italija z 58 prijavljenimi primeri. Leta 2009 ni bil prijavljen noben primer otroške paralize, toda velik izbruh otroške paralize v letu 2010, ki je večinoma prizadel Tadžikistan in sosednje države, s skoraj 500 potrjenimi primeri bolezni, ki jih je povzročil divji poliovirus serotipa 1 (WPV1), je pomenil velik izziv za evropsko regijo s potrjenim statusom regije brez otroške paralize.

Invazivne okužbe s *Haemophilus influenzae* so bile še naprej občasne, trend pa stabilen, kar kaže koristi uvedbe cepljenja v preteklosti. Pri primerih so prevladovali neinkapsulirani serotipi in serotipi, ki niso tipa b. Tudi invazivna meningokokna bolezen ostaja po uvedbi cepiva skupine C relativno redka, čeprav je smrtnih primerov in primerov s prizadetostjo še vedno precej.

Poročila o invazivni pnevmokokni bolezni so pogostejša, vendar so sistemi spremljanja te bolezni v Evropi raznovrstni in neenotni, zato je učinke uvedbe cepljenja proti tej bolezni težko oceniti.

Epidemiološka slika drugih bolezni je bolj raznolika in skrb vzbujajoča. Kljub osnovnemu cepljenju v vseh državah je oslovski kašelj še naprej razmeroma pogosta in premalo diagnosticirana bolezen, stopnje prijav so stabilne ali naraščajo. Število prijavljenih primerov se povečuje med starejšimi otroki, mladostniki in odraslimi, kar za ranljive manjše otroke predstavlja velik rezervoar in pomemben vir okužbe.

Iz vse Evrope še naprej prihajajo prijave tisočih primerov ošpic, mumpsa in rdečk. Zaveza k izkoreninjenju domačih primerov ošpic in rdečk je bila obnovljena v letu 2010, vendar izkoreninjenje ne bo doseženo do leta 2015, če ne bodo vse države članice z učinkovitimi ukrepi povečale pokritosti s cepljenjem. Prav poseben izziv so skupnosti z omejenim dostopom do rutinskih zdravstvenih storitev. Le tri države (Slovenija, Slovaška in Islandija) od leta 2006 niso prijavile nobenega primera.

Število primerov ošpic v EU se je leta 2009 v primerjavi s prejšnjimi leti, ko je bilo primerov največ (2006, 2008), na splošno zmanjšalo. Izbruhe ali povečanje števila primerov so v letu 2009 prijavili Francija, Nemčija, Italija, Avstrija, Bolgarija, Združeno kraljestvo in Irska. Nato se je razširjenost leta 2010 znova močno povečala, pri čemer se je večina od 30 000 prijavljenih primerov pojavila v Bolgariji, vključno z 21 smrtnimi primeri.

V letu 2009 se je močno povečalo število primerov mumpsa, večinoma zaradi nacionalnega izbruha v Združenem kraljestvu, povezanega z necepljenimi kohortami, ki so dosegle univerzitetno starost. Število potrjenih primerov rdečk se je leta 2009 zmanjšalo, kar delno zrcali konec izbruha v Italiji v letu 2008, delno pa tudi različne sisteme spremljanja in poročanja, vključno z zelo nizkimi stopnjami laboratorijskih potrditev in spremenjenih opredelitev primerov, ki se v nekaterih državah uporabljajo za poročanje.

Protimikrobna odpornost in bolnišnične okužbe

Na podlagi prijavljenih podatkov o protimikrobni odpornosti, ki jih je leta 2009 Evropski mreži za spremljanje protimikrobne odpornosti (EARS-Net) sporočilo 28 držav, in rezultatov analiz trendov, vključno s podatki EARSS iz prejšnjih let, kaže položaj v Evropi velike razlike glede na mikroorganizem, zadevni antibiotik in zemljepisno regijo.

Leta 2009 je največ zaskrbljenosti vzbudila hitro upadajoča dovzetnost bakterije *Escherichia coli*, izolirane iz invazivnih okužb, na vse protimikrobne snovi, vključene v spremljanje mreže EARS-Net, razen karbapeneme, in velika razširjenost odpornosti bakterije *Klebsiella pneumoniae* proti cefalosporinom, fluorokinolonom in aminoglikozidom tretje generacije pri invazivnih okužbah. V polovici držav poročevalk je delež izolatov *K. pneumoniae*, odpornih proti več zdravilom (združena odpornost proti cefalosporinom, fluorokinolonom in aminoglikozidom tretje generacije), več kot 10-odstoten, nekaj držav zdaj poroča tudi o visokih stopnjah odpornosti proti karbapenemom.

Ti antibiotiki so se v številnih državah veliko uporabljali zaradi vse višje stopnje enterobakterij, ki proizvajajo laktamazo beta z razširjenim spektrom delovanja (extended-spectrum beta-lactamase, ESBL), kar posledično vpliva na pojav tvorbe karbapenemov (VIM, KPC in NDM-1), zlasti pri bakteriji *K. pneumoniae*. Tudi odpornost *E. coli* proti cefalosporinom tretje generacije se je v zadnjih štirih letih močno povečala v več kot polovici držav poročevalk.

Čeprav se zdi, da se odstotek proti metilicinu odporne bakterije *Staphylococcus aureus* (MRSA) med izolati *Staphylococcus aureus* stabilizira in v nekaterih državah celo upada, je MRSA še naprej prednostna skrb javnega zdravja, saj je delež MRSA v tretjini držav poročevalk še vedno nad 25 %.

Podatki o uporabi antibiotikov, sporočeni v ESAC, še naprej kažejo skoraj štirikratno razliko med državami pri ambulantni uporabi antibiotikov, izraženi kot določen dnevni odmerek na populacijo. Razlike v relativni uporabi različnih razredov antibiotikov v državah so bile velike. Penicilini so bili še naprej najpogosteje uporabljena skupina antibiotikov, ki so jih pri ambulantnih bolnikih uporabili v razponu od 29 % do 66 % vseh antibiotikov. Drugi razredi antibiotikov (npr. cefalosporini, makrolidi, kinoloni) se pri ambulantnih bolnikih v različnih državah uporabljajo različno pogosto glede na ostale uporabljene antibiotike.

Prvič, odkar je ECDC prevzel spremljanje bolnišničnih okužb v letu 2008, so bili podatki zbrani s pomočjo evropskega sistema spremljanja (TESSy). Sedemnajst držav je predložilo podatke za vsaj eno od komponent spremljanja bolnišničnih okužb.

Število kirurških posegov, vključenih v spremljanje za leto 2009, se je povečalo za 9,6 %, število sodelujočih enot intenzivne nege pa se je v primerjavi z letom 2008 povečalo za 22,7 %.

Pojav okužb mesta kirurškega posega po vsaditvi kolčne proteze se je v letu 2009 še naprej zmanjševalo. Razširjenost mikroorganizmov, povezanih z okužbami, ki so bile pridobljene v enotah intenzivne nege, je pokazala velik delež izolatov bakterije *Enterobacteriaceae*, odporne proti cefalosporinu tretje generacije (zlasti *Klebsiella* spp. in *Enterobacter* spp).

V letu 2009 so pogosteje poročali o odpornosti *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* in *Stenotrophomonas maltophilia* proti kolistinu.

Sklepne ugotovitve

Zaradi pandemije v letih 2009 in 2010, odpravljanja njenih posledic in ocen odzivov so se pojavila številna vprašanja glede pripravljenosti in odzivov na nove seve virusa gripe z bistveno neznanimi značilnostmi. Skupna ugotovitev, ki sledi iz pregleda evropskih izkušenj je, da je treba v številnih državah članicah okrepiti rutinsko spremljanje sezonske gripe v bolnišnicah, še zlasti v enotah intenzivne nege, ter vzpostaviti koordinacijo na evropski ravni. Dobro delujoče sisteme spremljanja je mogoče prilagoditi za pandemične situacije, saj jih v nujnih primerih, ki doletijo javno zdravstvo, ni mogoče pravočasno oblikovati na novo. Čeprav je treba naravo povezave med enim od cepiv proti pandemični gripi in narkolepsijo pri otrocih in mladih odraslih še raziskati, morajo postati učinkovito nadziranje pokritosti cepljenja in varnosti ter hitra raziskava signalov integralni del spremljanja gripe in farmakovigilance, prav tako kot spremljanje druge strani pojava, to jo učinkovitosti cepiv. V Evropi je trenutno poglavitna naloga določiti značilnosti nove sezonske gripe, vključno z ravnmi spremljanja prenosa odpornih virusov.

Veliko evropskih ciljev verjetno ne bo doseženih, razen če bi države članice uspele uvesti učinkovitejše intervencije. Izbruhi in epidemije ošpic so pogostejši in bolj razširjeni kot v preteklosti. Epidemija v Bolgariji leta 2009 je opozorilo, kako razširjena in intenzivna je lahko taka epidemija, ter da bi se bilo številnim primerom okužbe in smrti mogoče izogniti. Epidemiologija ošpic in rdečk se slabša, namesto da bi se izboljševala, številne države članice pa le s težavo dosegajo ustrezne ravni imunizacije. Čeprav splošna stopnja prijavljenih primerov tuberkuloze še naprej počasi upada, je napredek proti cilju, torej doseganju bakteriološke potrditve in uspešnega zdravljenja vseh primerov tuberkuloze, še naprej omejen. Ponovni pojav otroške paralize v obliki izbruha v Tadžikistanu poudarja pomen stalnega spremljanja ohranitve statusa evropskih regij kot regij brez otroške paralize.

Sposobnost prepoznavanja, raziskave in opredelitve verjetnega vzroka izbruha ostaja najpomembnejši dejavnik pri boleznih, ki se prenašajo s hrano in vodo. V to poročilo so vključeni nacionalni in mednarodni izbruhi bolezni, od kriptosporidija in norovirusa do listerioze in VTEC, ki so prizadeli države po vsej Evropski uniji. Multinacionalni izbruhi bakterije *Salmonella* potrjujejo potrebo po boljši koordinaciji preiskav in nadzornih ukrepov v državah članicah na evropski ravni ter med organizacijami in omrežji za varnosti ljudi, živali in hrane. To dodatno ponazarja primer izbruha enterohemoragične *E. coli* s središčem na Saškem, v Nemčiji, leta 2011.

Razvoj odpornosti mikrobov proti antibiotikom, ki se uporabljajo za njihovo zatiranje, je še naprej glavni problem javnega zdravja, ki ga v EU ponazarja primer enterobakterije, ki izvira iz indijske podceline in proizvaja karbapenamazo metalo-beta-laktamazo (NDM-1). Države morajo okrepiti svoje programe za predpisovanje le tistih zdravil, katerih uporaba je podprta z dokazi, in druge ukrepe za zmanjšanje pritiska na pojav odpornih sevov bakterij. V številnih državah je viden napredek pri zmanjšanju pojavnosti okužb z bakterijo, odporno proti meticilinu, *Staphylococcus aureus* (MRSA), kar je spodbudno predvsem v smislu dosežka, ki ga je mogoče doseči s koordiniranimi strategijami.

Porajajoče se bolezni v evropskem kontekstu še naprej pomenijo tveganje za javno zdravje. Virus zahodnega Nila je treba v jugovzhodnih državah EU obravnavati kot endemičen, poleg tega se pojavljajo poročila o domačih primerih bolezni, ki so se prej (v sodobnih časih) obravnavale le kot uvožene – malarija, mrzlica denga in vročica Chikungunya. V vseh državah članicah je potrebno koordinirano in okrepljeno spremljanje pri ljudeh, živalih in v okolju, kjer obstaja tveganje za te bolezni, skupaj z razvojem učinkovitih protiukrepov.

Druge bolezni se zaradi sprememb prizadetih skupin in načina prenosa obravnavajo kot „v porajanju“. Vranični prisad se je med intravenski uporabniki drog pojavil v obliki potencialne epidemične bolezni. Epidemiologija virusa HIV pri različnih skupinah se v različnih državah še naprej pojavlja v različnih oblikah.

Število primerov nekaterih bolezni je zaradi neustreznega diagnosticiranja in poročanja še zlasti nezanesljivo, kar dodatno zapleta prizadevanja razumeti njihovo breme za javno zdravje in razvoj ustreznih ukrepov. Med temi so parazitske bolezni z drisko, kot sta giardiazia in kriptosporidioza, za kateri številne države članice nimajo razvitih rutinskih laboratorijskih diagnostičnih storitev. Nekatere države članice ne spremljajo ali ne poročajo o nekaterih drugih boleznih. To velja za številne bolezni, odgovorne za veliko breme okužb, od kampilobakterioze in oslovskega kašlja do gonoreje in malarije. Za spet druge bolezni in nekatere države članice pa je velik izziv poročati o primerih tako, kot jih opredeljuje EU.

Preglednica A. Pregled splošnega nedavnega trenda, števila prijavljenih primerov v EU in glavnih starostnih skupin, ki so jih prizadele nalezljive bolezni, kot je bilo sporočeno centru ECDC v letu 2009

Bolezen	Splošni trend 2006–2009	Število prijavljenih primerov v EU za leto 2009 (na 100 000 prebivalcev)	Glavne prizadete starostne skupine (2009)
Okužbe dihalnih poti			
gripa	←→	se ne uporablja	0–14
živalska gripa	nezadostni podatki	0,0	nezadostni podatki
legionarska bolezen (legioneloza)	< >	1,0	45+
tuberkuloza	↓	9,1	25+
HIV, spolno prenosljive okužbe in krvno prenosljive virusne okužbe			
okužba s klamidijo	↑	185,1	15–24
okužba z gonorejo	←→	9,7	15–34
hepatitis B	↓	1,2	15–64
hepatitis C	nezadostni podatki	8,2	25–64
HIV	←→	5,7	25+
aids	↓	1,0	40–49
sifilis	←→	4,5	20–44
Bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo, ter zoonoze			
vranični prisad	se ne uporablja	< 0,01	nezadostni podatki
botulizem	←→	0,03	0–4, 25–64
bruceloza	↓	0,08	15+
kampilobakterioza	←→	53,1	0–4
kolera	se ne uporablja	< 0,01	nezadostni podatki
kriptosporidioza	< >	2,7	0–4
ehinokokoza	↓	0,2	25+
<i>Escherichia coli</i> , ki izdelujejo verocitotoksine/toksine Šiga (VTEC/STEC)	< >	0,9	0–4
giardiazia	←→	5,6	0–4
hepatitis A	←→	3,4	0–24
leptospiroza	↓	0,1	15+

listerioza	←→	0,35	65+
salmoneloza	↓	23,6	0–4
šigeloza	< >	1,6	0–44
kongenitalna toksoplazmoza	se ne uporablja	0,01	< 1
trihineloza	←→	0,15	5–64
tularemija	< >	0,18	45+
trebušni tifus/paratifus	←→	0,3	0–44
različica Creutzfeldt–Jakobove bolezni (vCJD)	se ne uporablja	< 0,01	nezadostni podatki
jersinioza	↓	2,0	0–14
Porajajoče se in transmisivne bolezni			
malaria	←→	0,9	25–44
kuga	se ne uporablja	0,0	se ne uporablja
vročica Q	↑	0,6	45–64
sindrom akutnega oteženega dihanja (SARS)	se ne uporablja	0,0	se ne uporablja
črne koze	se ne uporablja	0,0	se ne uporablja
okužba s hantavirusi	nezadostni podatki	0,7	25+
mrzlica denga	nezadostni podatki	0,1	15–64
vročica Chikungunya	povečanje	0,02	25–64
okužba z virusom zahodnega Nila	povečanje	< 0,01	45+
rumena mrzlica	se ne uporablja	< 0,01	se ne uporablja
Bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem			
davica	zmanjšanje	< 0,01	45+
invazivna okužba s <i>Haemophilus influenzae</i>	←→	0,4	0–4, ≥65
invazivna meningokokna okužba	←→	0,9	0–4, 15–24
invazivna pnevmokokna okužba	↓	4,4	0–4, ≥65
ošpice	←→	0,8	0–24
mumps	zmanjšanje	3,2	15–24
oslovski kašelj	←→	4,9	0–24
otročka paraliza	se ne uporablja	0,0	se ne uporablja

steklina	se ne uporablja	< 0,01	nezadostni podatki
rdečke	↔	0,1	0–4, 15–24
tetanus	↓	0,02	65+
Protimikrobna odpornost in bolnišnične okužbe			
protimikrobna odpornost	↑	se ne uporablja	se ne uporablja
bolnišnične okužbe	↔	se ne uporablja	se ne uporablja

Se ne uporablja – velja za zelo redke bolezni, pri katerih je primerov zelo malo ali jih ni.

Nezadostni podatki – velja za redke bolezni, pri katerih trenda ni mogoče natančno opredeliti.