РЕПУБЛИКА СРПСКА

ЈЗУ ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО

REPUBLIC OF SRPSKA

PUBLIC HEALTH INSTITUTE

ЗАРАЗНЕ И ПАРАЗИТАРНЕ БОЛЕСТИ НА ТЕРИТОРИЈИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ У 2015. ГОДИНИ

БАЊА ЛУКА, 2016. године

Приликом кориштења података из ове публикације обавезно навести извор, Република Српска, Институт за јавно здравство

Аутори:

Проф. др Јања Бојанић

Мр сци. др Љубица Јандрић

Др Радован Братић

Мр сци.Др Митар Тешановић

Мр сци. др Нина Родић-Вукмир

Мр сци. др Јела Аћимовић

Техничка припрема:

Натали Берић

Никола Ћулум

Милиновић Бојан, дипл. инж. електротехнике

Директор Института:

Мр сци. др Миодраг Марјановић

Извор података:

Мјесечни извјештаји о кретању заразних болести у Републици Српској

За штампарију:

_____

Штампа:

_____

Тираж:

САДРЖАЈ

1. УВОД 7
2. МОРБИДИТЕТ 10
3. ВОДЕЋЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ 15
4. ВАКЦИНАБИЛНЕ БОЛЕСТИ 17
4.1. Извјештај о извршеној имунизацији у Републици Српској у 2015. години 20
5. УЧЕШЋЕ ПОЈЕДИНИХ ГРУПА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ У УКУПНОМ ОБОЛИЈЕВАЊУ ОД ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ 23
6. РЕСПИРАТОРНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ 26
7. ЦРИЈЕВНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ 48
7.1. Infectiones intestinales 49
8. ОСТАЛЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ 57
9. ПАРАЗИТАРНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ 66
10. АНТРОПОЗООНОЗЕ 68
11. ТРАНСМИСИВНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ 76
12. ПОЛНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ 78
13. КОЖНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ 83
14. ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ 84
15. БОЛНИЧКЕ ИНФЕКЦИЈЕ И ЕПИДЕМИЈЕ БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА 90
16. ЗАКЉУЧАК 93

РЕПУБЛИКА СРПСКА, ЈЗУ ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Служба за епидемиологију

Март, 2016. године

ЗАРАЗНЕ И ПАРАЗИТАРНЕ БОЛЕСТИ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

У 2015. ГОДИНИ

1. УВОД

Човјечанство је од најстаријих времена било изложено заразним болестима, тако да заразне и паразитарне болести сежу у далеку прошлост, међутим оне су и даље један од водећих узрока морбидитета, морталитета и инвалидитета у цијелом свијету, те и даље представљају велики друштвени, медицински, социјални и економски проблем. Најзначајнија достигнућа у спречавању, сузбијању, елиминацији и ерадикацији заразних болести постигнута су у деветнаестом и двадесетом вијеку. Међутим, проблем заразних болести није статичан, због тога што се узрочници заразних болести стално прилагођавају у односу на човјека. Иако су неке заразне болести ерадиковане, друге елиминисане, код трећих су значајно редуковане стопе морбидитета и морталитета, ипак су се у последњим деценијама јавиле неке нове заразне болести, а логично је да у будућности можемо очекивати појаву и неких других нових заразних болести. Истичемо да једно од значајних глобалних питања када се ради о заразним болестима јесте, да ли ће пораст становништва у свијету бити праћен одговарајућим порастом извора хране, прецизније речено да ли ће и како ће храна бити доступна у економски неразвијеним и сиромашним земљама, односно становништву тих земаља. Између ова два битна параметра постоји стални дисбаланс са тенденцијом повећања, који се нарочито заоштрава у кризним ситуацијама и елеметарним непогодама које постају све чешће, а нарочито ратовима, што може довести до тешких проблема малнунтриције, сиромаштва и појаве заразних болести.

Евидентно је да на појаву заразних болести негативно утиче свјетска економска криза, која је посебно изражена и у нашој земљи као и у земљама у окружењу. Напори СЗО прије осамдесетих година прошлог вијека су били углавном усредсређени на спречавање и сузбијање заразних болести, па су довели до великих успјеха у борби против заразних болести, као што је то био случај са ерадикацијом вариоле 1977. године. Послије тих значајних успјеха интерес за заразне болести је ослабио, с једне стране због промјене приоритета, а са друге стране због смањења извора финансирања. Међутим, након извјесног времена финансијска средства и расположиви персонал морали су да се усмјере у борбу против велике епидемије AIDS-а. У ствари, ерозија инфраструктуре за спречавање и сузбијање заразних болести, директно је погодила свјетске могућности борбе против заразних болести, а кад се томе дода недостатан капацитет лабораторија, онда је јасно да је све то утицало на смањење могућности да се препознају старе и нове заразне болести, што се одразило на смањење активног надзора над заразним болестима и инсуфицијентно дјеловање у случају појаве епидемија заразних болести.

Успјеси постигнути у борби против неких заразних болести су имали за посљедицу изградњу једног друштвеног става, понекад подржаваног и у неким стручним круговима да заразне болести више не представљају неки озбиљан проблем. Најкомпетентнији су и тада указивали да заразне болести у огромном броју економски неразвијених земаља, које бројчано чине већину човјечанства, представљају и да ће представљати прворазредан проблем. Такође су указивали да и у високо развијеним земљама долази до појаве нових заразних болести изазваних дијагностичком техником, имуносупресивном терапијом, промјеном понашања и стварањем средина са високим ризиком (јединице за интензивну његу, болнички дневни центри, домови за старе и изнемогле особе). Међутим та указивања су имала мало утицаја на промјену тадашњег друштвеног става о заразним болестима.

Појавом нових заразних болести свјетског значаја (AIDS, Ебола и Ласа грозница, Прионска болест, Нови пандемијски грип), створен је другачији однос према заразним болестима. Појава нових болести је резултирала доношењем резолуције Свјетске здравствене скупштине године 1955. Циљ резолуције је био да се појача контрола заразних болести да би се на тај начин могле открити заразне болести које су у поновној експанзији и да би се идентификовале нове, те да би се отпочело са њиховим спречавањем и сузбијањем. У најважније нове заразне болести и заразне болести за које се некад сматрало да су потиснуте спадају: HIV/AIDS, авијарна инфлуенца, SARS, туберкулоза, вирусни хепатитис Ц, обољења изазвана резистентним узрочницима заразних болести, обољења повезана са међународним путовањима, обољења изазвана групом А β хемолитичког стрептокока и нека друга . Разлози за појаву нових заразних болести и заразних болести за које се некад сматрало да су потиснуте су многобројни: општи пад животног стандарда, велике социјалне трансформације, миграције великог броја становништва наочито из ратом погођених земаља, стрес, неадекватна исхрана, незадовољавајући стамбени услови, неодговарајуће снабдијевање водом за пиће, индустријски начин производње намириница, нове методе лијечења и дијагностике, измјене у понашању људи, пропусти у уклањању отпадних материја, деструкција природе, а нарочито шума чиме настаје ближи контакт људи и фауне, климатске промјене, повећање међународних путовања и на крају биотероризам односно повећане могућности кориштења биолошких агенаса у терористичке сврхе итд. Климатске промјене већ имају мјерљив утицај на временске прилике у Европи у виду повећања просјечних вриједности и промјене количине падавина, те се очекују све чешћи таласи врућина, суша и поплаве. Једна од посљедица климатских промјена је и њихов утицај на појаву, распрострањеност и сезонске варијације заразних болести људи. То у ствари подразумијева појаву и ширење већ постојећих заразних болести на просторима гдје их раније није било, али и појаву нових заразних болести. Највећи утицај климатске промјене имају на векторске заразне болести. Процјењује се да свако повећање температуре ваздуха за 0,1 степен Целзијуса шири станиште комараца и до 150 километара у правцу сјеверне географске ширине земљине кугле. Због повећања случајева оболијевања код људи у

свијету и појаве ових обољења у неким европским земљама гдје их раније није било, ове заразне болести су постале пријетеће у Европи. Пријетеће болести односно болести у настајању (емергиниг) су болести чија је учесталост код људи порасла током посљедње двије деценије или има тенденцију пораста у блиској будућности.

Заразне и паразитарне болести У Републици Српској представљају мого већу здравствену и општедруштвену проблематику него што се то обично мисли. У циљу што ефикаснијег спречавања и сузбијања заразних болести у Српској морали смо и морамо, између осталог, дати одговор у корелацији са глобалним одговором новим изазовима које представљају нове заразне болести које су се појавиле, те такође да рјешавамо нове проблеме у вези резистенције узрочника и вектора већ познатих заразних болести.

2. МОРБИДИТЕТ

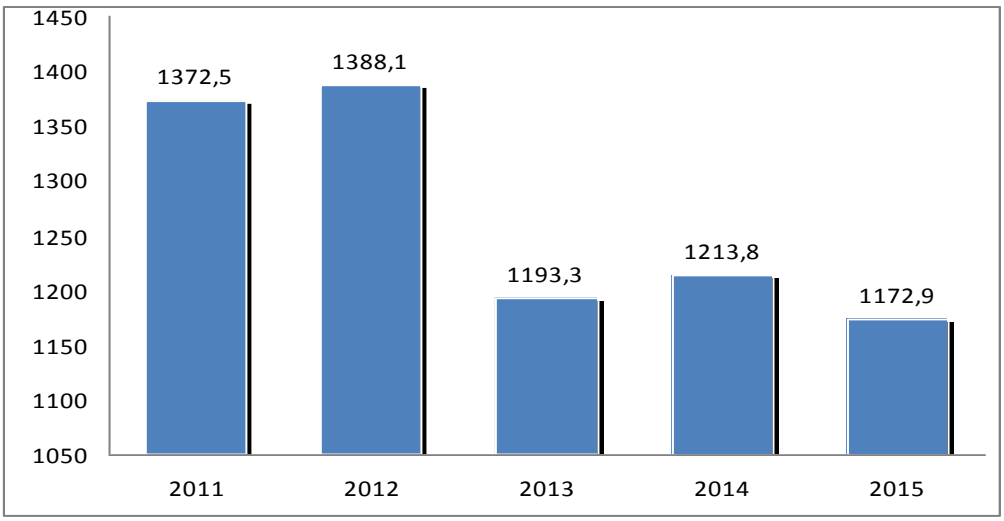
У 2015. години у Републици Српској је укупно регистровано 16.420 особа обољелих од заразних и паразитарних болести са стопом инциденце од 1.172,9$^{o}/_{oooo}$. Током 2015. године 15 болесника је умрло од заразних болести, те је стопа морталитета износила 1,07$^{o}/_{oooo}$. Од 15 умрлих од заразних болести, 7 је умрло од посљедица сепсе, 2 од бактеријске пнеумоније, 2 од менингококног менингитиса, 1 од посљедица акутног вирусног хепатитиса Б, 1 од комликација интестиналне инфекције, 1 од AIDS-а и 1 од Morbus Creutzfeldt-Jakob. Осим грипа, свих осталих заразних болести током 2015. године пријављено је 14.788 са стопом инциденце од 1056,3$^{o}/_{oooo}$, а од грипа је регистровано 1.632 лица са стопом инциденце од 116,6$^{o}/_{oooo}$ на 100.000 становника.

На табели 1 и графикону 1, 2 и 3. приказано је кретање броја обољелих и стопе инциденце заразних болести у петогодишњем периоду од 2011 до 2015. године.

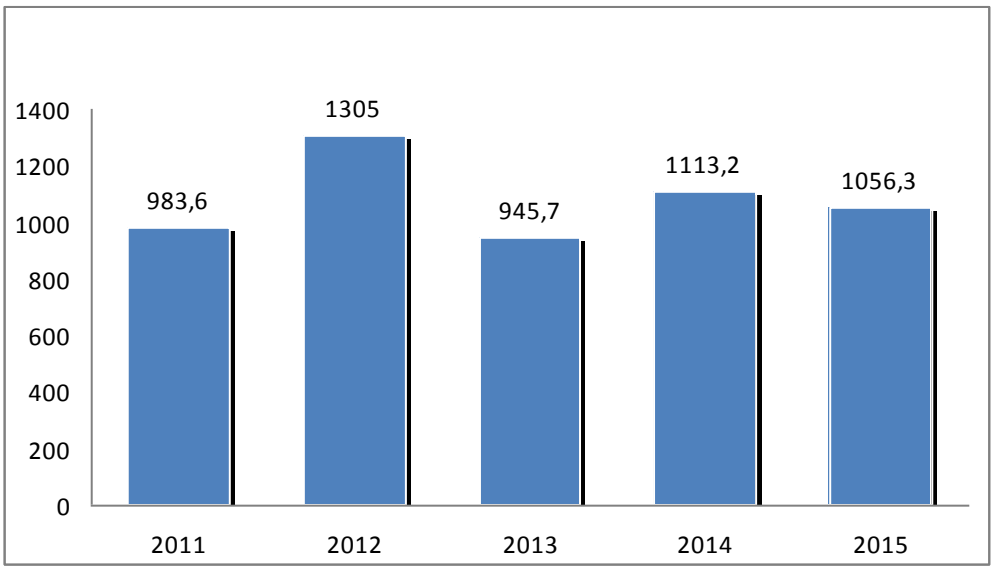
Табела 1. Број обољелих од заразних болести и стопа инциденце у периоду 2011-2015. године

Година	Укупно		Без грипе		Само грип	
	Бр.об.	Ст.инц.	Бр.об.	Ст.инц.	Бр.об.	Ст.инц.
2011.	19.215	1.372,5	13.771	983,6	5.444	388,9
2012.	19.434	1.388,1	18.270	1.305,0	1.164	83,1
2013.	16.707	1.193,3	13.240	945,7	3.467	247,6
2014.	16.994	1.213,8	15.585	1.113,2	1.409	100,6
2015.	16.420	1.172,9	14.788	1.056,3	1.632	116,6

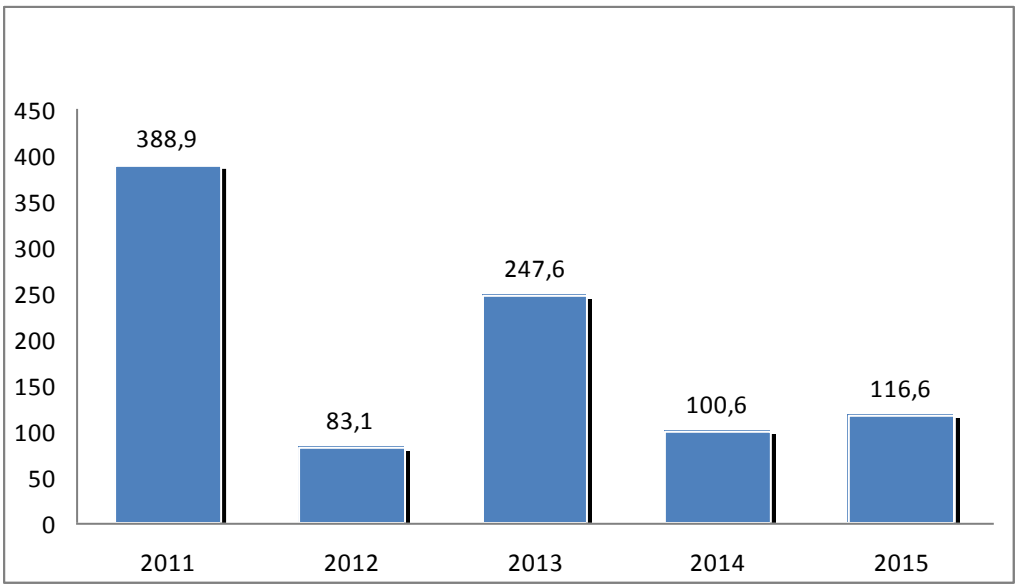
Графикон 1. Стопа инциденце заразних болести у периоду 2011-2015. године



Графикон 2. Стопа инциденце заразних болести (без грипе) у периоду 2011-2015. године



Графикон 3. Стопа инциденце заразних болести (само грип) у периоду 2011-2015. године



У посматраном петогодишњем периоду од 2011-2015. године констатује се осцилаторно кретање стопе инциденце са наизмјеничним порастом и падом, али ипак са тенденцијом извјесног смањења укупног броја обољелих. У ствари, у 2011. години је забиљежена стопа од 1.372,5$^{o}/_{oooo}$ на 100.000 становника, да би у сљедећој 2012. години била евидентирана највиша вриједност од 1.388,1$^{o}/_{oooo}$. У 2013. години долази до извјесног пада у односу на претходне двије године и стопа је износила 1.193,3$^{o}/_{oooo}$. У 2014. години стопа опет расте у односу на претходну годину и биљежи вриједност од 1.213,8$^{o}/_{oooo}$, те на крају у 2015.

години инциденца пада на 1.172,9$^{o}/_{oooo}$ што представља најнижу вриједност у овом посматраном периоду (графикон 1).

Посматрањем кретања стопе инциденце свих заразних болести осим грипе у петогодишњем периоду од 2011. до 2015. године на графикону 2, такође уочавамо наизмјенично повећање и смањење инциденце. У 2011. години је евидентирана вриједност од 983,6$^{o}/_{oooo}$, а највиша стопа од 1.305 $^{o}/_{oooo}$ је регистрована у 2012. години. У сљедећој 2013. години је дошло до пада у односу на претходне двије године, те је забиљежена најнижа вриједност од 945,7$^{o}/_{oooo}$. У 2014. години инциденца расте у односу на 2013. и 2011. годину и биљежи вриједност од 1.113,2$^{o}/_{oooo}$, а у 2015. години инциденца опет пада и зауставља се на вриједности од 1.056,3$^{o}/_{oooo}$, која је ипак већа него у 2011. и 2013. години.

У посматраном петогодишњем периоду од 2011. -2015. године стопа инциденце грипе показује осцилаторно кретање што је видљиво на графикону 3. У 2011. години се региструје највиша вриједност од 388,9$^{o}/_{oooo}$, а у 2012. години се биљежи најмања стопа од 83,1$^{o}/_{oooo}$. У 2013. инциденца се повећава у односу на претходну годину, у 2014. стопа пада у односу на претходну годину и у посљедњој посматраној години инциденца биљежи извјестан раст у односу на 2014. годину и износи 116,6$^{o}/_{oooo}$. Године 2009. је пооштрен надзор и контрола откривања и пријављивања грипа у вези појаве новог пандемијског грипа А H1N1. У вези са тим 17. новембра 2009. године Институт за јавно здравство је успоставио електронско дневно пријављивање обољелих са синдромом грипа. То је допринијело пријављивању релативно већег броја обољелих од грипе у годинама послије тога, али ипак није било стручног основа за проглашење епидемије грипа у Републици Српској ни у овом посматраном петогодишњем периоду од 2011-2015. године.

Табела 2 и графикон 4 приказују дистрибуцију заразних болести и стопу инциденције по регијама Републике Српске у 2015. години.

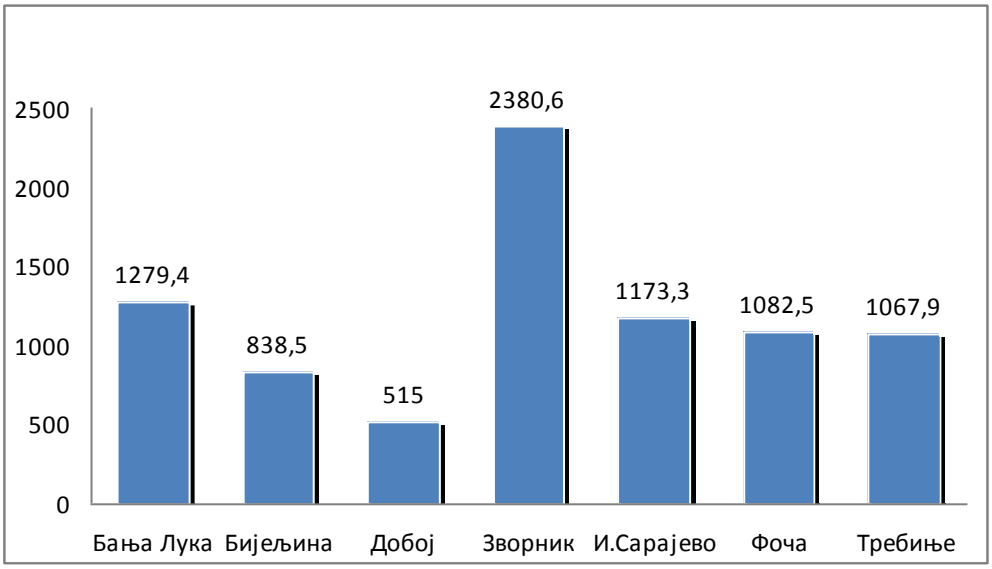
Табела 2. Учесталост заразних болести и стопа инциденце по регијама у 2015. години

Регија	Број обољелих	Стопа инциденце (%ооо)
Бања Лука	8.188	1.279,4
Бијељина	1.132	838,5
Добој	1.339	515,0
Зворник	3.190	2.380,6
Источно Сарајево	1.056	1.173,3
Фоча	682	1.082,5
Требиње	833	1.067,9

На табели 2. констатује се да је највећи број обољелих пријављен на подручју регије Б. Луке, а најмањи на подручју регије Фоча, али након израчунавања стопа инциденце по регијама

долазимо до података да је највиша стопа регистрована на подручју регије Зворник са вриједношћу од 2.380,6$^{o}/_{oooo}$, а најмања на подручју добојске регије гдје је инциденца износила 515,0$^{o}/_{oooo}$.

Графикон 4. Стопа инциденце заразних болести по регијама у 2015. години

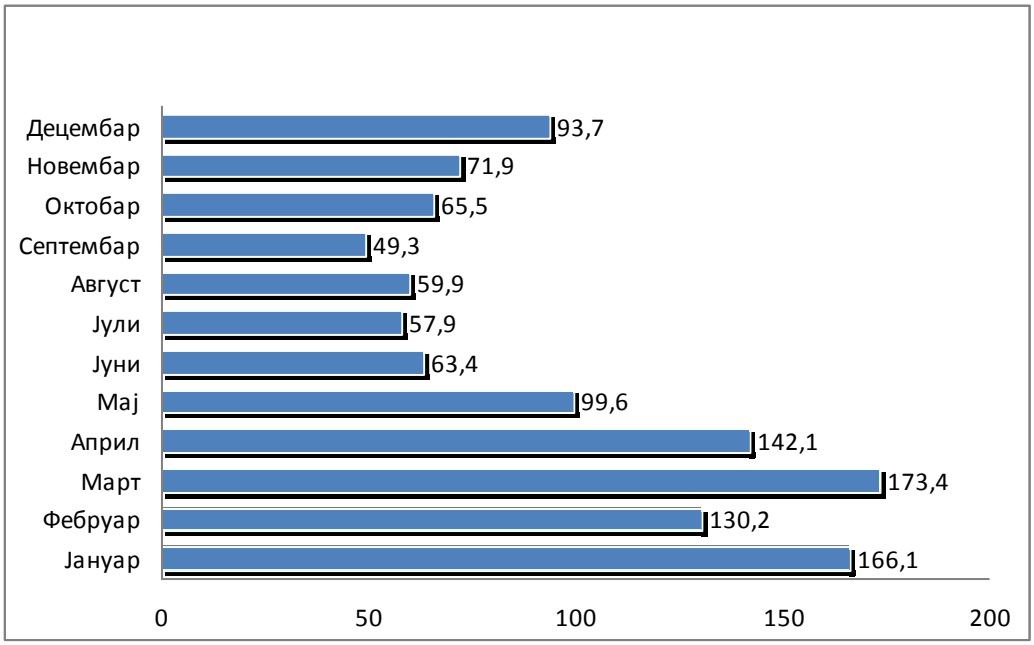


Број обољелих и стопа инциденце заразних болести по мјесецима у 2015. години приказана на табели 3., а на графикону 5. стопа инциденце по мјесецима. Стопа инциденце у јануару је износила 166,1$^{o}/_{oooo}$, у фебруару је дошло до извјесног пада на вриједност од 130,2 на 100.000 становника, а у марту се биљежи највиша вриједност од 173,4 $^{o}/_{oooo}$, да би се у априлу констатовао пад у односу на март и јануар мјесец. Висока стопа инциденце у прва четири мјесеца је првенствено посљедица великог броја обољелих од капљичних инфекција (варичела, инфлуенца, стрептококна упала ждријела и крајника), али и велике епидемије морбила. У мају мјесецу се констатује одређен пад у односу на претходна 4 мјесеца због смањеног броја обољелих од капљичних заразних болести иако је још увијек велики број обољелих од морбила. У јуну и јулу број обољелих показује тренд пада, у августу се стопа незнатно повећава у односу на јули мјесец, а у септембру се евидентира најнижа вриједност од 49,3$^{o}/_{oooo}$. Знатно сезонско смањење броја обољелих у љетним мјесецима углавном је посљедица смањеног броја капљичних инфекција у наведеном периоду. У посљедњем кварталу године односно у октобру, новембру и децембру мјесецу инциденца се постепено повећава у односу на претходна четири мјесеца па је стопа у децембру износила 93,7$^{o}/_{oooo}$. Постепен пораст броја обољелих у ова три мјесеца у односу на љетни период је у првом реду посљедица постепеног пораста броја обољелих од респираторних зараза, али и релативно високог интензитета одржавања интестиналних инфекција.

Табела 3. Учесталост заразних болести и стопа инциденце по мјесецима у 2015. години

Мјесец	Број обољелих	Стопа инциденце ($^{o}/_{oooo}$)
Јануар	2.326	166,1
Фебруар	1.823	130,2
Март	2.427	173,4
Април	1.989	142,1
Мај	1.394	99,6
Јуни	887	63,4
Јули	810	57,9
Август	838	59,9
Септембар	690	49,3
Октобар	917	65,5
Новембар	1.007	71,9
Децембар	1.312	93,7

Графикон 5. Стопа инциденце заразних болести по мјесецима у 2015. години



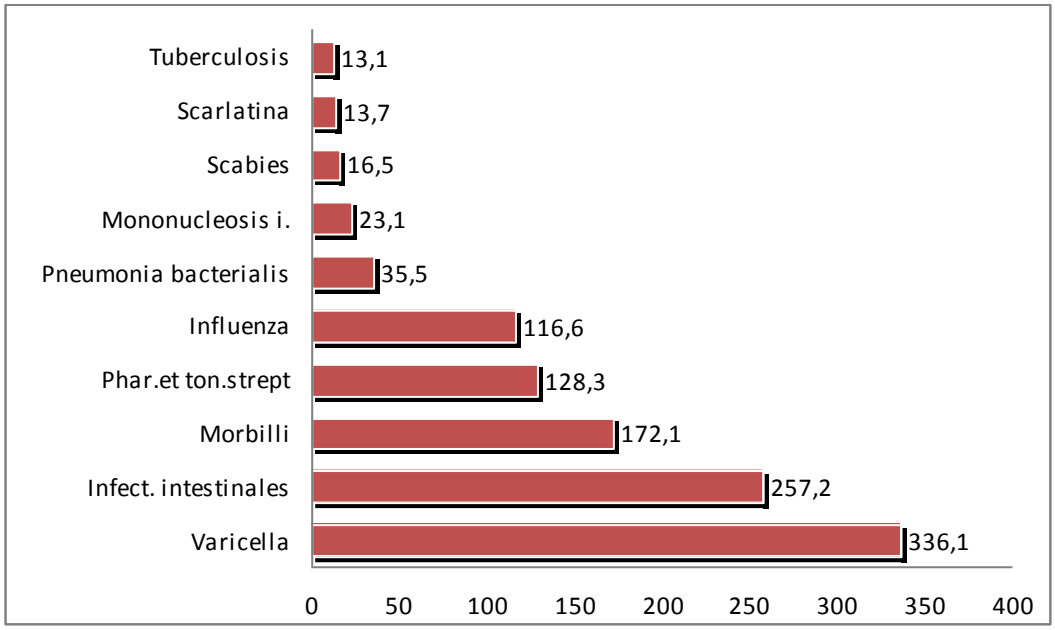
3. ВОДЕЋЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

На табели 4. представљене су рангиране водеће заразне болести у Републици Српској у 2015. години и упоредно у 2014. години, а на графикону 6. приказане стопе инциденце водећих заразних болести у 2015. години.

Табела 4. Водеће заразне болести у 2014 и 2015. години

Заразна болест	2014			2015		
	Ранг	Бр.об.	Ст.инц (°/₀₀₀₀)	Ранг	Бр.об.	Ст.инц. (°/₀₀₀₀)
Varicella	I	5.758	411,3	I	4.705	336,1
Infectiones intestinales	II	2.954	211,0	II	3.601	257,2
Morbilli	IV	1.622	115,9	III	2.410	172,1
Pharyngitis et ton.streptococc.	III	2.188	158,3	IV	1.768	128,3
Influenza	V	1.409	100,6	V	1.632	116,6
Pneumonia bacterialis	VII	443	31,6	VI	497	35,5
Mononucleosis infectiva	VIII	363	25,9	VII	323	23,1
Scabies	VI	456	32,6	VIII	231	16,5
Scarlatina	X	274	19,6	IX	192	13,7
Tuberculosis	IX	277	19,8	X	183	13,1

Графикон 6. Стопа инциденце водећих заразних болести у 2015. години



На првом мјесту међу водећим заразним болестима у 2015. години се налази варичела, због сталне појаве ове болести током цијеле године, а нарочито у хладним мјесецима. На

другом мјесту су слично као и претходних година интестиналне инфекције, а трећу позицију су заузели морбили због велике епидемије ове болести која је почела још половином маја претходне године, захватила је све регије Републике Српске, а у овој години је пријављено чак 2.410 обољелих. На четвртој позицији су стртептококне инфекције ждријела и крајника које сваке године заузимају високу позицију међу водећим заразним болестима, пету позицију је заузела инфлуенца, шесту бактеријска пнеумонија, седму инфективна мононуклеоза. Скабијес се налази на осмом, шарлах на деветом, а туберкулоза је за разлику од претходних година пала на десето мјесто.

4. ВАКЦИНАБИЛНЕ БОЛЕСТИ

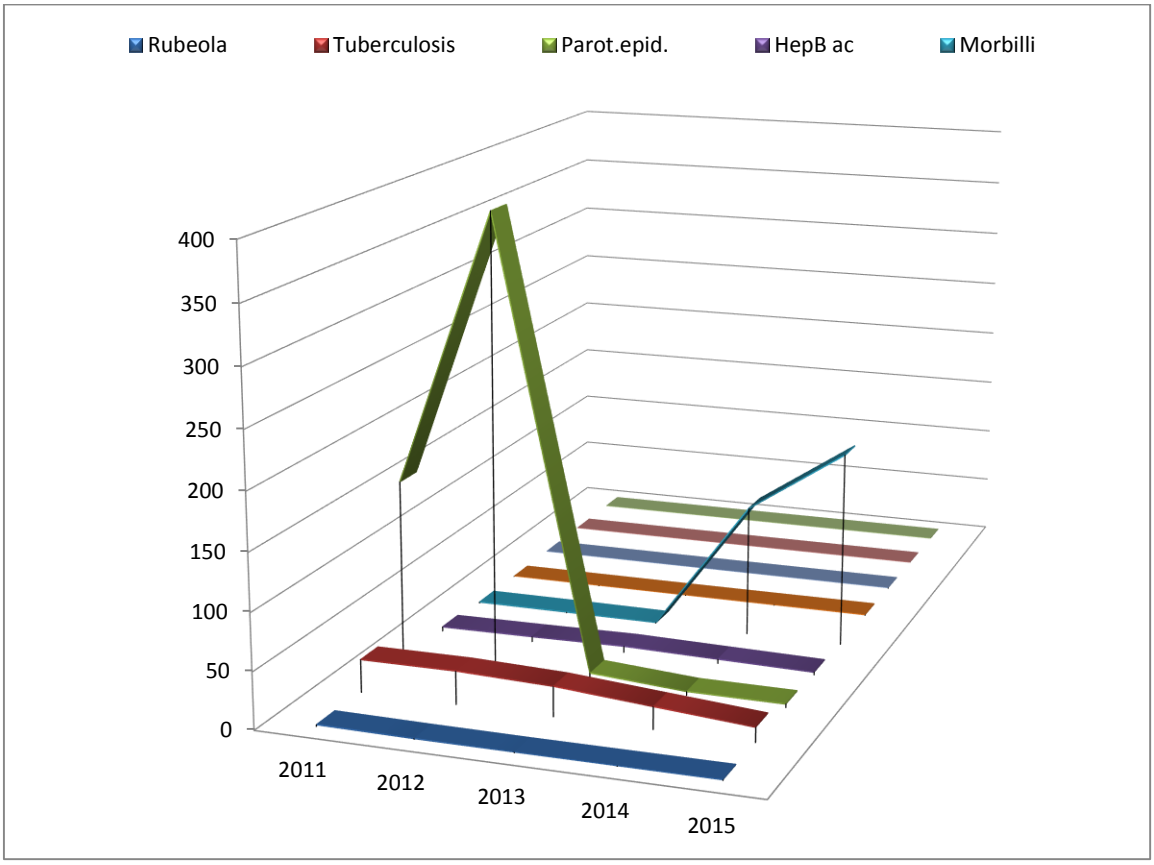
Током 2015. године у Републици Српској је пријављено 2.677 особа обољелих од вакцинабилних заразних болести, а стопа инциденце износила је 191,2‰, (табела 5. и графикони 7 и 8.). У посматраном петогодишњем периоду, осим у 2013. години, биљеже се високе стопе оболијевања од вакцинабилних болести, чему је допринијело епидемијско јављање нарочито паротитиса у 2011 и 2012. години, рубеоле чија је епидемија тих година у силазној путањи, те морбила у 2014. и 2015. години. Епидемијско јављање наведених болести је посљедица невакцинисања дјеце због несташице вакцине у предратном и ратном периоду (1990-1995), као и одређених застоја у снабдијевању овом вакцином у каснијем периоду (2006 и 2008.) усљед чега је дошло до смањења обухвата МРП вакцином. Као посљедица наведеног, повећан је број осјетљиве популације чиме су створени услови за појаву ових болести у епидемијској форми.

У 2015. години највећи број обољелих међу вакцинабилним болестима је од морбила 2.410, са стопом инциденције 172,1 ‰, што је велико повећање у односу на претходне посматране године. Инциденца осталих вакцинабилних заразних болести регистрованих у 2015. години је уобичајена, стим да је евидентиран и један случај тетануса за разлику од претходних година. Осим тога регистрован је постепен пад стопе ициденце туберкулозе, тако да је у 2015. години забиљежена стопа од 13,1‰, што представља најнижу вриједност у посматраном петогодишњем периоду. У 2015. години, као и у свим годинама посматраног периода није евидентиран ни један случај дифтерије и дјечије парализе.

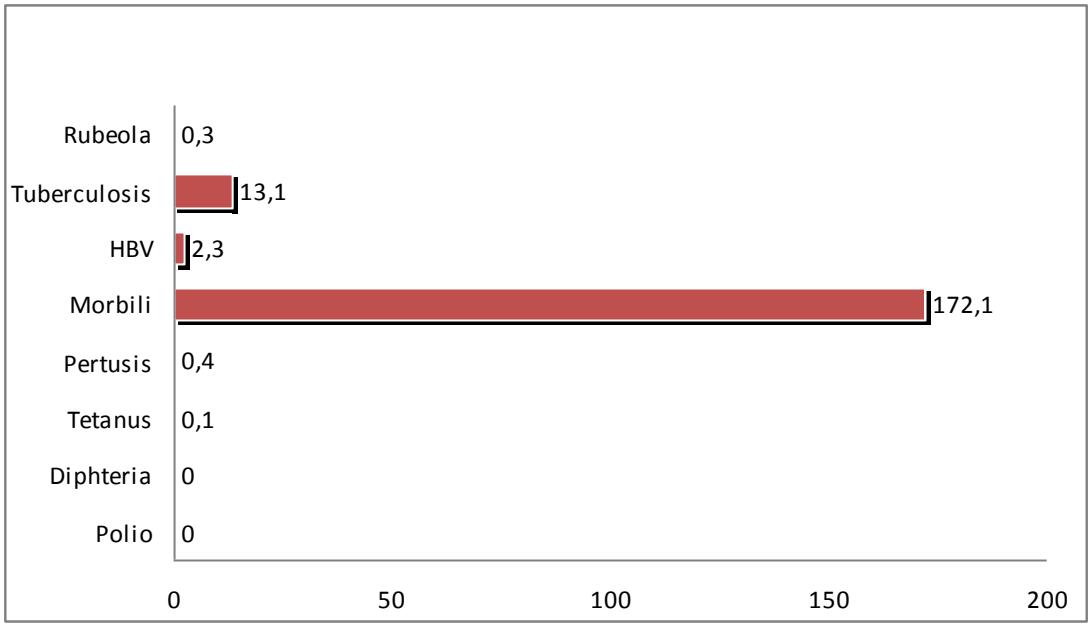
Табела 5. Учесталост вакцинабилних заразних болести у периоду 2011-2015. године

Вакцинабилне болести		2011	2012	2013	2014	2015
Rubeolla	Бр.об.	19	8	3	3	4
	Ст.инц.(‰)	1,4	0,6	0,2	0,2	0,3
Tuberculosis	Бр.об.	409	412	373	277	183
	Ст.инц.(‰)	29,2	29,4	26,6	19,8	13,1
Parotitis epidemica	Бр.об.	2.245	5.568	132	47	42
	Ст.инц(‰)	160,4	397,7	9,4	3,4	3,0
Hepatitis virosa B	Бр.об.	54	63	79	54	32
	Ст.инц.(‰)	3,8	4,5	5,6	3,9	2,3
Morbilli	Бр.об.	5	10	4	1.662	2.410
	Ст.инц.(‰)	0,4	0,7	0,3	115,8	172,1
Pertusis	Бр.об.	2	5	1	3	5
	Ст.инц.(‰)	0,1	0,4	0,1	0,2	0,4
Tetanus	Бр.об.	0	0	0	0	1
	Ст.инц.(‰)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Diphteria	Бр.об.	0	0	0	0	0
	Ст.инц.(‰)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Poliomyelitis	Бр.об.	0	0	0	0	0
	Ст.инц.(‰)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
УКУПНО	Бр.об.	2.734	6.066	592	2.006	2.677
	Ст.инц.(‰)	195,3	433,3	42,2	143,3	191,2

Графикон 7. Стопа инциденце вакцинабилних болести у периоду 2011-2015. године



Графикон 8. Стора инциденце појединих вакцинабилних заразних болести у 2015. години



4.1. Извјештај о извршеној имунизацији у Републици Српској у 2015. години

У току 2015. године, у Републици Српској је програм обавезне имунизације дјеце и омладине спроведен у складу са календаром имунизације дефинисаним у оквиру Инструкције за имунизацију Програма мјера за спречавање и сузбијање, елиминацију и ерадикацију заразних болести за 2015. годину (Службени гласник Републике Српске број 2/15), (табела 6).

Табела 6. Календар обавезне имунизације дјеце и омладине у Републици Српској

Рођ-ење	2. мјесец	3. мјесец	4. мјесец	5. мјесец	Пуних 6 мј.	Пуних 12 мј.	Пуних 18 мј.	6 год.	14 год.	18 год.
BCG		DTP	DTP	DTP			DTP	DT	dT	TT
		OPV	OPV	OPV			OPV	OPV	OPV	
		Hib	Hib	Hib		MRP	Hib	MRP		
HB	HB				HB					

Од вакцина кориштених у обавезном програму имунизације, у току 2015. године била је несташица оралне полио вакцине, у трајању од 5 мјесеци. До несташице је дошло јер се на први расписани тендер није јавио ни један понуђач. На други тендер се јавио само један понуђач, а прва испорука је понуђена тек у новембру 2015, што је довело до потрошње залиха и несташице ОПВ вакцине на нивоу Института за јавно здравство већ у мају 2015. У појединим домовима здравља је због овога дошло до застоја у провођењу имунизације и посљедичног пада обухвата ОПВ вакцином.

Извјештај о извршеној имунизацији у Републици Српској је приказан у табели 7(а,б,в и г). Из приказаних података се може видјети да је обухват вакцинацијом нижи од 90% код вакцинације OPV, MRP, HBV, Hib и DT вакцинама, као и код ревакцинације DTP, OPV, MRP и Hib вакцинама. Обухват за наведене вакцине није довољан за обезбјеђивање задовољавајућег колективног имунитета, тако да постоји могућност појаве наведених заразних болести како у појединачној тако и у епидемијској форми.

У односу на претходну годину, значајнији пад у обухвату се биљежи код OPV (са 79% на 70,1%), блажи пад код MRP (са 88% на 85%) и HBV (са 88 на 86,2%), док се значајнији пораст обухвата биљежи код DTP (са 78% на 90,4%) и Хиб вакцине (са 75% на 87,9%).

Табела 7. Извјештај о извршеној имунизацији са обухватом (%) у 2015. години

а)

Региони	BCG			DTP								
	Вакцинисани			Вакцинисани I дозом			Вакцинисани III дозом			Ревакцинисани		
	План	Урађено	%	План	Урађено	%	План	Урађено	%	План	Урађено	%
Бања Лука	4381	4148	94.7	6099	6017	98.6	6099	5974	97.9	4869	3799	78
Требиње	544	541	99.4	571	533	93.3	571	530	92.8	542	504	93
Фоча	255	247	96.9	304	265	87.2	304	249	81.9	299	252	84.3
Добој	1610	1532	95.1	1878	1572	83.7	1878	1652	88	1659	1466	88.4
И.Сарајево	650	656	100.1	650	602	92.6	650	517	79.5	627	490	78.1
Бијељина	**1313**	1127	85.8	1312	1216	92.7	1284	792	61.7	1301	867	66.6
Зворник	196	189	96.4	725	697	96.1	742	703	94.7	568	513	90.3
Укупно	**8949**	**8440**	**94.3**	**11539**	**10902**	**94.5**	**11528**	**10417**	**90.4**	**9865**	**7891**	**80**

б)

Региони	OPV						MRP					
	Вакцинисани III дозом			Ревакцинисани			Вакцинисани			Ревакцинисани		
Бања Лука	6113	4838	79.1	13829	9734	70.4	4878	4107	84.2	5251	4548	86.6
Требиње	573	524	91.4	2069	2000	96.7	552	517	93.6	719	693	96.4
Фоча	304	235	77.3	1085	698	64.3	294	263	89.5	348	314	90.2
Добој	1865	1263	67.7	5093	4207	82.6	1856	1507	81.2	2111	1940	91.9
И.Сарајево	650	531	81.7	1294	1035	80	627	462	73.7	667	646	96.8
Бијељина	3793	1889	49.8	1312	1202	91.6	1215	1083	89.1	1192	780	65.4
Зворник	743	569	76.6	2458	2120	86.2	692	661	95.5	1105	1066	96.5
Укупно	**14041**	**9849**	**70.1**	**27140**	**20996**	**77.4**	**10114**	**8600**	**85**	**11393**	**9987**	**87.6**

BCG - вакцина против туберкулозе

DTP - вакцина против дифтерије , тетануса и пертусиса

OPV - орална полио вакцина

MRP - вакцина против морбила, рубеоле и паротитиса

в)

Региони	HBV			Hib					
	Вакцинисани III дозом			Вакцинисани III дозом			Ревакцинисани		
	План	Урађено	%	План	Урађено	%	План	Урађено	%
Бања Лука	5419	4613	85.1	6099	5661	92.8	4855	3719	76.6
Требиње	572	535	93.5	571	526	92.1	565	527	93.3
Фоча	309	266	86.1	304	245	80.6	299	251	83.9
Добој	1855	1642	88.5	1845	1611	87.3	1677	1350	80.5
И.Сарајево	650	606	93.2	650	567	87.2	627	481	76.7
Бијељина	1207	876	72.6	1284	779	60.7	995	995	100
Зворник	777	763	98.2	747	715	95.7	605	556	91.9
Укупно	**10789**	**9301**	**86.2**	**11500**	**10104**	**87.9**	**9623**	**7879**	**81.9**

г)

Региони	DT			dT			TT		
	План	Урађено	%	План	Урађено	%	План	Урађено	%
Бања Лука	5232	4209	80.4	5393	4824	89.4	6126	5270	86
Требиње	664	648	97.6	840	828	98.6	884	856	96.8
Фоча	348	345	99.1	354	340	96	414	358	86.5
Добој	2016	1709	84.8	1948	1737	89.2	1542	1995	129.4
И.Сарајево	245	179	73.1	850	828	97.4	696	412	59.2
Бијељина	1393	948	68.1	1021	906	88.7	1021	906	88.7
Зворник	938	862	91.9	1137	1012	89	1271	1128	88.7
Укупно	**10836**	**8900**	**82.1**	**11543**	**10475**	**90.7**	**11954**	**10925**	**91.4**

HBV – вакцина против хепатитиса Б

Hib - вакцина против Hemofilus influencae

DT – вакцина против дифтерије и тетануса

dT – вакцина против дифтерије и тетануса за одрасле

TT – тетанус токсоид

5. УЧЕШЋЕ ПОЈЕДИНИХ ГРУПА ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ У УКУПНОМ ОБОЛИЈЕВАЊУ ОД ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

У 2015. години највеће процентуално учешће у оболијевању од заразних болести је имала група респираторних заразних болести са 71,74% учешћа, на другом мјесту су цријевне заразне болести са 23,49%, а трећу позицију заузима група осталих заразних болести са 1,74%. Паразитарне заразне болести се налазе на четвртој позицији са 1,40%, на петом, односно шестом и седмом мјесту су полне, антропозоонозе и трансмисивне заразне болести са по 0,51% учешћа и на осмом мјесту се налазе кожне заразне болести са учешћем од 0,10%.

Број обољелих и процентуално учешће појединих група заразних болести у укупном оболијевању од заразних болести у периоду 2011. до 2015. године приказани су на табели 8. Број обољелих и стопу инциденце за поједине групе заразних болести у 2015. години представљамо на табели 9. Учешће појединих група заразних болести у укупном оболијевању од заразних болести у 2015. години приказано је на графикону 9**,** а стопа инциденце појединих група заразних болести у 2015. години је представљена на графикону 10.

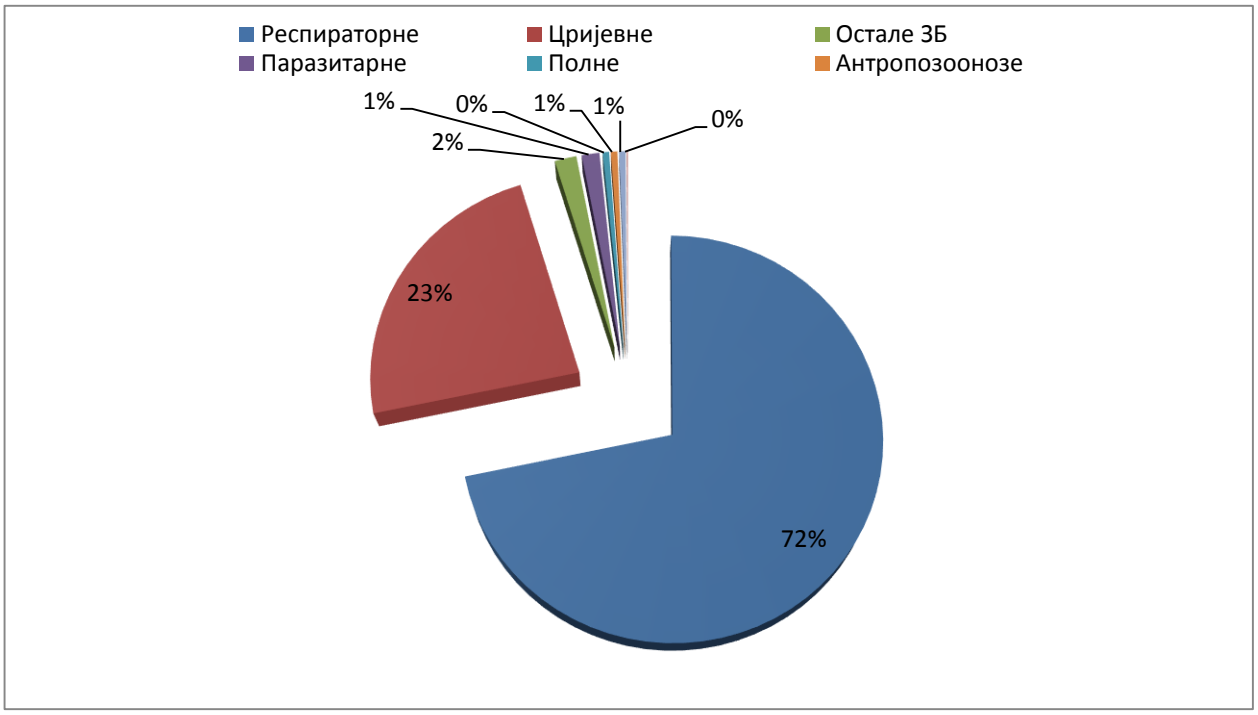
Табела 8. Учешће појединих група заразних болести у укупном оболијевању од заразних болести у периоду 2011-2015. године

Групе заразних болести		2011	2012	2013	2014	2015
Респираторне	Бр.об.	14.640	14.785	12.148	12.402	11.780
	% учешћа	76,19	76,08	72,71	72,98	71,74
Цријевне	Бр.об.	3.837	3.945	3.618	3.350	3.857
	% учешћа	19,97	20,30	21,66	19,71	23,49
Остале заразне болести	Бр.об.	298	312	316	310	286
	%учешћа	1,55	1,60	1,89	1,82	1,74
Паразитарне	Бр.об.	170	161	274	457	231
	% учешћа	0,89	0,83	1,64	2,68	1,40
Полне	Бр.об.	83	60	107	147	84
	% учешћа	0,43	0,31	0,64	0,86	0,51
Антропозоонозе	Бр.об.	54	31	80	153	83
	% учешћа	0,28	0,16	0,48	0,90	0,51
Трансмисивне	Бр.об.	97	117	142	151	83
	% учешћа	0,50	0,60	0,85	0,89	0,51
Кожне	Бр.об.	36	23	22	24	16
	% учешћа	0,19	0,12	0,13	0,14	0,10

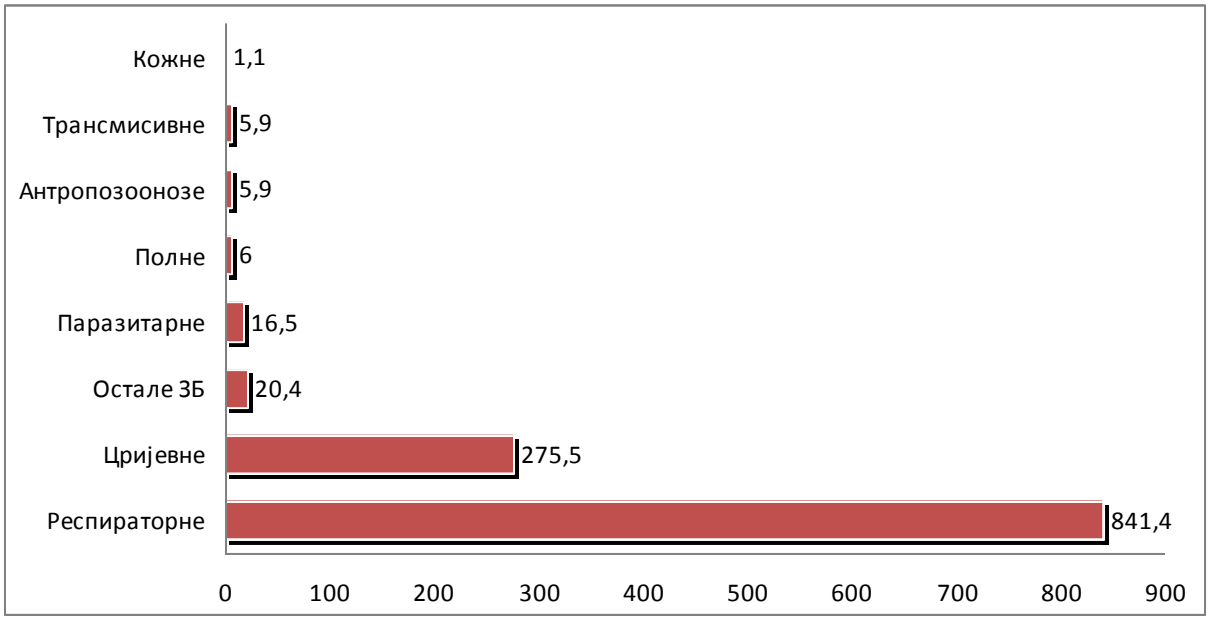
Табела 9. Број обољелих и стопа инциденце за поједине групе заразних болести у 2015. години

Групе заразних болести	Број обољелих	Стопа инциденце($^{o}/_{oooo}$)
Респираторне	11.780	841,4
Цријевне	3.857	275,5
Остале заразне болести	286	20,4
Паразитарне	231	16,5
Полне	84	6,0
Антропозоонозе	83	5,9
Трансмисивне	83	5,9
Кожне	16	1,1

Графикон 9. Учешће појединих група заразних болести у укупном оболијевању од заразних болести у 2015 години



Графикон 10. Стопа инциденце појединих група заразних болести у 2015. години



6. РЕСПИРАТОРНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Респираторне инфекције чине велику групу инфективних болести различите етиологије, које се клинички манифестују општим знацима инфекције различитог интезитета и углавном добром прогнозом. То су заразне болести које имају велики јавноздравствени значај због своје учесталости и масовне појаве. Према свјетским подацима, на ове инфекције отпада годишње више од 20% свих обољења установљених код првих прегледа у амбулантама опште/породичне медицине. У појави апстентизма респираторне инфекције имају најзначајнију улогу: учествују са 30–50% у изостанцима с посла и са 60–80% у изостанцима из школе. Неке од њих, као што је грипа, због масовности јављања могу потпуно парализовати живот заједнице и проузроковати значајне економске штете. У овој су групи двије трећине болести горњег респираторног тракта (прехлада, ангине), а једна трећина доњег респираторног тракта (пнеумоније).

Постоји велики је број микроорганизама који могу проузроковати ове врсте инфекција. Више од двије трећине ових болести је узроковано вирусима, а остале узрокују бактерије, микоплазме и хламидије, саме или удружене са вирусима.Иако инфекција сваког дијела респираторног тракта може довести до смрти, најчешће такав исход има упала плућа код млађих од пет година као и код особа старијих од 65 година. Процјењује се да мала дјеца годишње имају од четири до осам епизода акутних респираторних инфекција, док одрасли до три пута у години дана и углавном су вирусне етиологије. Упала плућа је врло значајан проблем и у оквиру болничких инфекција.

Најзначајније превентивне мјере у циљу спречавања оболијевања од респираторних инфекција јесу у домену одржавања мјера личне хигијене. Наиме, узрочници ових инфекција преносе се било директним контактом (кашљање, кихање, руковање са обољелом особом, пољубац), или индиректним контактом (преко предмета заједничке употребе који су претходно контаминирани од стране обољеле особе). Превенција респираторних инфекција подразумијева у првом реду редовно прање руку, покривање уста марамицом при кихању и кашљању, хигијенски начин одлагања излучевина из носа и сл. Треба избјегавати одласке у посете код лица обољелих од респираторних инфекција, а такође је битно да се обољела лица што мање крећу међу здравим особама, односно савјетује се да остану у кући до оздрављења.

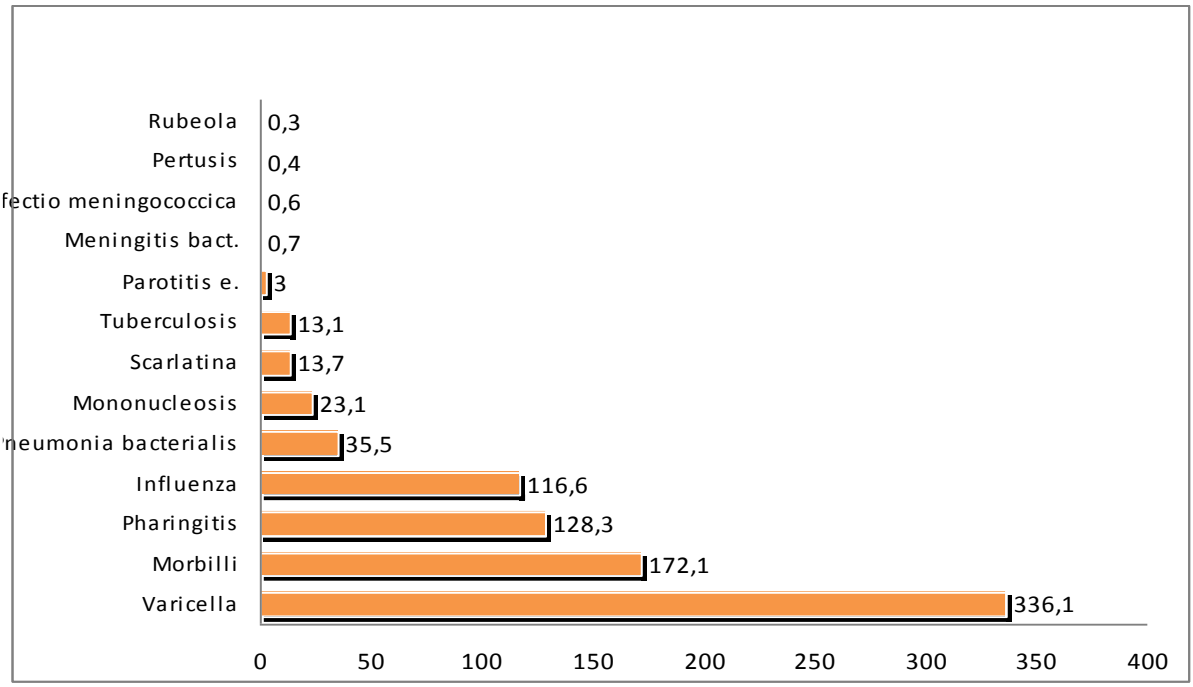
Током 2015. године укупно су регистрована 11.780 лица која су обољела од респираторних заразних болести са стопом инциденце од 841,4$^{o}/_{oooo}$. Међу групама заразних болести по учесталости јављања респираторне заразне болести се налазе на првом мјесту са 71,74% учешћа. На табели 10 и графиконима 11 и 12 приказан је број обољелих, стопа инциденце и учешће појединих респираторних заразних болести у укупном оболијевању од респираторних заразних болести у 2015. години.

Анализирајући проценат учешћа појединих респираторних заразних болести у укупном оболијевању од респираторних заразних болести у 2015. години уочавамо да се на првом мјесту налазе водене оспице са 39,94%%, на другом мјесту су морбили са 20,45 %, на трећем стрептококна упала ждријела и крајника са 15%,на четвртом мјесту грипа са 13,85%, петом бактеријска упала плућа 4,21%, шестом инфективна мононуклеоза са 2,74%, седмом шарлах са 1,62%, на осмом туберкулоза са 1,55%, а затим испод 1% су паротитис 0,35%, бактеријски менингитис 0,08%, менингококна инфекција са 0,07%, пертусис 0,04% и на посљедњем мјесту је рубеола са 0,03% учешћа.

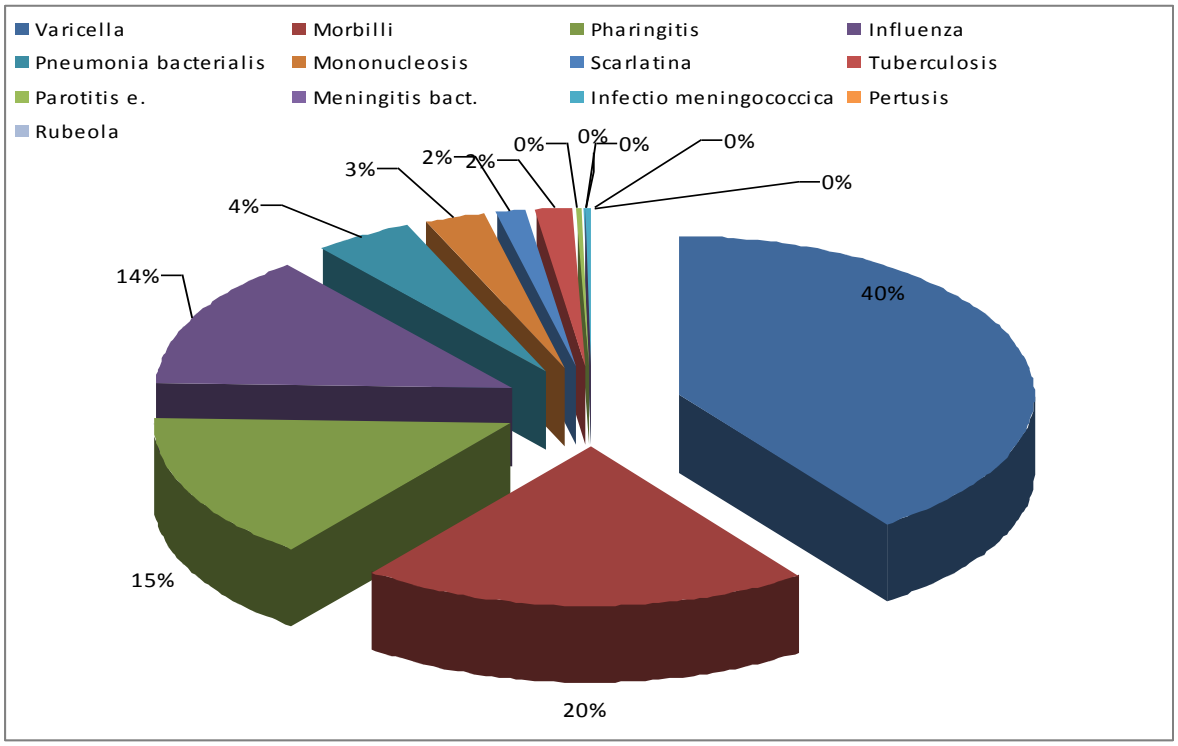
Табела 10. Број обољелих, стопа инциденце и учешће појединих респираторних заразних болести у укупном оболијевању од респираторних заразних болести у 2015. години.

Врста болести	Број обољелих	Ст. инциденце (‰)	Учешће(%)
Varicella	4.705	336,1	39,94
Morbilli	2.410	172,1	20,45
Pharingitis et tonsillitis streptococcica	1.768	128,3	15,0
Influenza	1.632	116,6	13,85
Pneumonia bacterialis	497	35,5	4,21
Mononucleosis infectiva	323	23,1	2,74
Scarlatina	192	13,7	1,62
Tuberculosis	183	13,1	1,55
Parotitis epidemica	42	3,0	0,35
Meningitis bacterialis	10	0,7	0,08
Infectio meningococcica	9	0,6	0.07
Pertusis	5	0,4	0.04
Rubeola	4	0,3	0.03
УКУПНО	**11.780**	**885.9**	**100**

Графикон 11. Стопа инциденце респираторних заразних болести у 2015 години



Графикон 12. Проценат учешћа појединих респираторних заразних болести у укупном оболијевању од респираторних заразних болести у 2015. години



Овчије богиње (Varicella) – Варичела је врло заразна, обично блага осипна болест најчешће дјеце до 7. године живота, а узрокована је вирусом варичеле-зостера. Постоје докази да је ова болест пратила човјечанство још хиљадама година уназад и да је као болест погађала становништво у древном Вавилону прије више од 2000 година. Ђовани Филипо (1510-1580) из Палерма је први описао ово обољење. Међутим, клиничким опсервацијама vonBokay је 1888. године утврдио да водене оспице и херпес зостер инфекције узрокује исти вирус.

Извор заразе је искључиво човјек-болесник, чак и особа са манифестним херпес зостер обољењем код одраслих. Најчешће се јавља у епидемијама, посебно у дјечијим установама (јаслице, вртићи, школе, дјечији одјели болница). Болесник је заразан пар дана прије појаве осипа и заразан је за вријеме избијања осипа. Као касна компликација варичела након више година од преболијевања водених оспица, може настати ријетка компликација субакутни склерозантни паненцефалитис (ССПЕ). Данас се у економски развијеним земљама примјењује активна имунопрофилакса живом атенуисаном вакцином као дио редовног календара вакцинације дјеце одређеног узраста. Ефикасност вакцине је врло висока, а нуспојаве су изузетно ријетке.

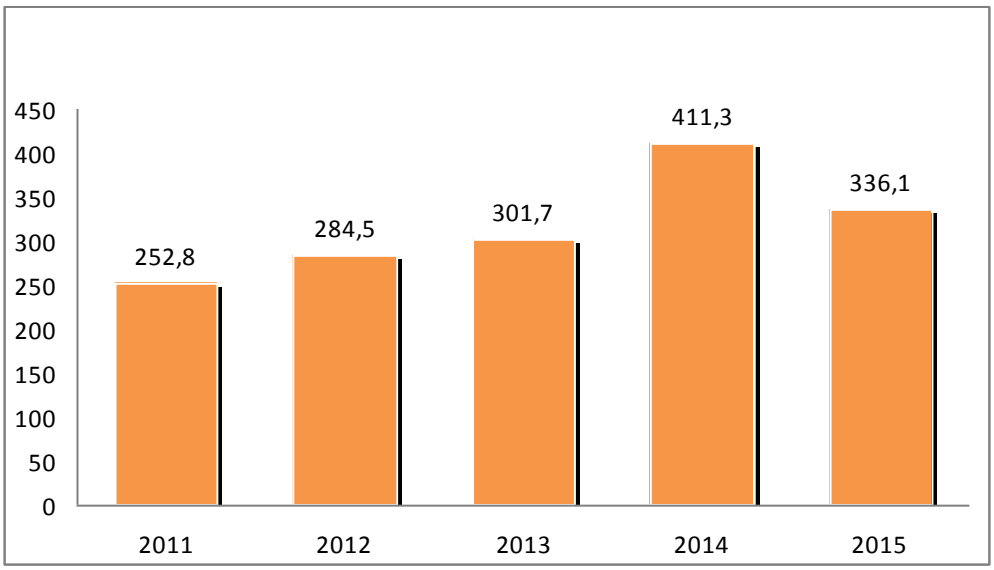
2015. године у Републици Српској је пријављено 4.705 лица обољелих од варичеле са стопом инциденце од 336,1 $^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа од 39,94% у укупном оболијевању од респираторних заразних болести. Овим бројем водене оспице заузимају прво мјесто међу респираторним заразним болестима, али представљају и водећу заразну болест у Републици Српској у 2015. години.

У 2015. години пријављено је 13 епидемија варичеле, са највећим бројем обољелих у епидемији на подручју општине Мркоњић Град (710) и Шипово (196).

На графикону 13. представљено је кретање стопе инциденце варичеле у периоду 2011–2015. године. На овом графикону је видљив прогресивни пораст стопе кретања варичеле све до 2014 године када се биљежи стопа инциденце од 411,3$^{o}/_{oooo}$., да би у 2015. години био регистрован пад инциденце која износи 336,1 $^{o}/_{oooo}$.

Код већине обољелих су били дијагностиковани лакши клинички облици болести, а највише обољелих је евидентирано међу школском и предшколском дјецом. Болест се јављала током цијеле године, највећи број обољелих забиљежен је у хладним, а најмањи у љетним мјесецима.

Графикон 13. Стопа инциденце варичела у периоду од 2011-2015. године



Мале богиње (Morbilli) – У 9. вијеку перзијски љекар је први званично описао ову болест и препознао је као обољење. Шкотски љекар Френсис Хоум је 1757. године доказао да ову болест узрокује вирус који се налази у крви обољелих. У 1912. години морбили постају обољење које се обавезно почиње пријављивати у САД.

Морбили су акутно, врло контагиозно вирусно обољење праћено наглом фебрилношћу, коњуктивитисом, коризом (кијавица), кашљем и Копликовим мрљама. Од трећег до седмог дана долази до појаве карактеристичног мрљастог осипа који се најприје јавља на лицу, а даље се генерализује, траје од четири до седам дана и често се завршава перутањем коже. Обољење је много теже код новорођенчета и одраслих него код мале дјеце.

Вирус се преноси путем капљица или у директном контакту са назалним секретом или секретом ждријела. Морбили су једна од најконтагиознијих болести (уласком једног случаја морбила у неимунизовану популацију долази до инфицирања око 17-20 особа). Особе обољеле од морбила најзаразније су два до четири дана прије избијања осипа и до четири дана након његовог избијања. Човјек је једини природни резервоар вируса.

Инкубациони период траје просјечно је 10-12 дана. Осјетљиви су сви који их нису пребољели или нису успјешно имунизовани. Стечени имунитет је доживотан. Дјеца мајки које су пребољеле морбиле или су комплетно вакцинисане, имуна су током првих шест до девет мјесеци, што зависи од нивоа мајчиних антитијела у вријеме трудноће и брзине нестанка антитијела.

Морбили су један од водећих узрока смртности дјеце у свијету. Процјењује се да је прије увођења вакцине годишње оболијевало око 130 милиона особа. Компликације се јављају у око 30% пријављених случајева, а чине их инфекције средњег уха, диареја, пнеумонија, сљепило и постинфективни енцефалитис (1 на 1.000 случајева), као и субакутни

склерозирајући паненцафалитис (1 на 100.000 случајева). Препознајући потенцијал имунизације у сузбијању морбила и смањењу смртности међу дјецом, обухват МРП вакцином се може сматрати маркером квалитета дјечије здравствене заштите. Зато је покривеност рутинском вакцинацијом против морбила СЗО изабрала као индикатор напретка у том пољу.

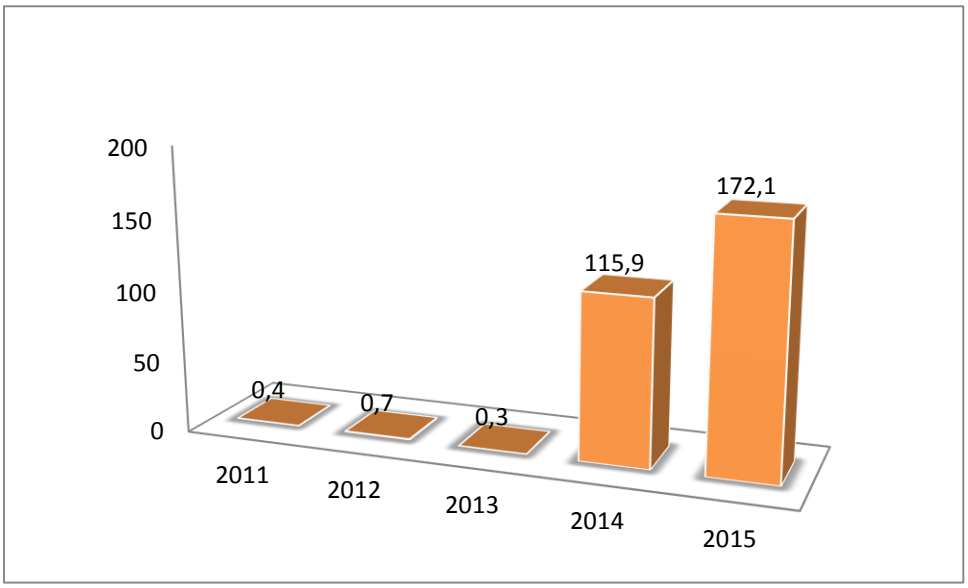
Током 2015. године укупно су пријављена 2.410 случајева морбила са стопом морбидитета од 172,1$^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа од 20,45% у укупном оболијевању од респираторних заразних болести. Обољели су регистровани у 25 општина из свих регија, а највећи број је регистрован у општинама Бијељина (1.101), Бања Лука (965) и Билећа (470). Највише обољелих је у узрасној групи 20–29 година, затим 15-19 година и 6-14 година, а мањи али ипак значајан број је у узрасту од 30 до 39 година.

Епидемије су пријављене у сљедећим општинама: Гацко, Вишеград, Дервента, Пелагићево, Доњи Жабар, Братунац, Сребреница, Фоча, Требиње, Кнежево, Лакташи, Модрича, Градишка, Пале, Челинац, Бијељина, Зворник, Угљевик, Билећа, Источна Илиџа, Источно Сарајево, Бања Лука, Добој, Петрово, Лопаре, Котор Варош. Анализом података према мјесту оболијевања, највећи број обољелих је из градских подручја. Највећи број пријављених су невакцинисане особе, затим особе које немају податке о вакциналном статусу или непотпуно вакцинисане. Епидемије су пријављене на основу клиничке слике, епидемиолошких података, лабораторијских налаза и микробиолошке дијагностике. Хоспитализовани су обољели са средње тешком клиничком сликом углавном одрасле особе и одређен број дјеце са лакшом клиничком сликом. Смртних случајева није било.

Након епидемиолошке анализе података о обољелима, највећи број обољелих се односи на лица која су рођена у предратном и ратном периоду (1990-1995 год.), те нису вакцинисана према обавезном календару. Осим наведеног узраста у епидемији су оболијевали и млађи и старији који су непотпуно вакцинисани или се нису вакцинисали из више разлога.

Хигијенско-епидемиолошке службе домова здравља гдје су регистровани обољели/епидемије у сарадњи са инфективним клиникама/болницама и Институтом за јавно здравство Републике Српске су предузели потребне мјере за спречавање појаве и сузбијање ширења епидемије ове болести а то су: пријава обољења, лијечење и изолација обољелих, епидемиолошко испитивање и анкетирање обољелих, надзор над контактима, провјера вакциналног статуса дјеце и омладине и вакцинација невакцинисаних, непотпуно вакцинисаних и лица без документације о вакциналном статусу, здравствено просвјећивање и информисање путем медија.

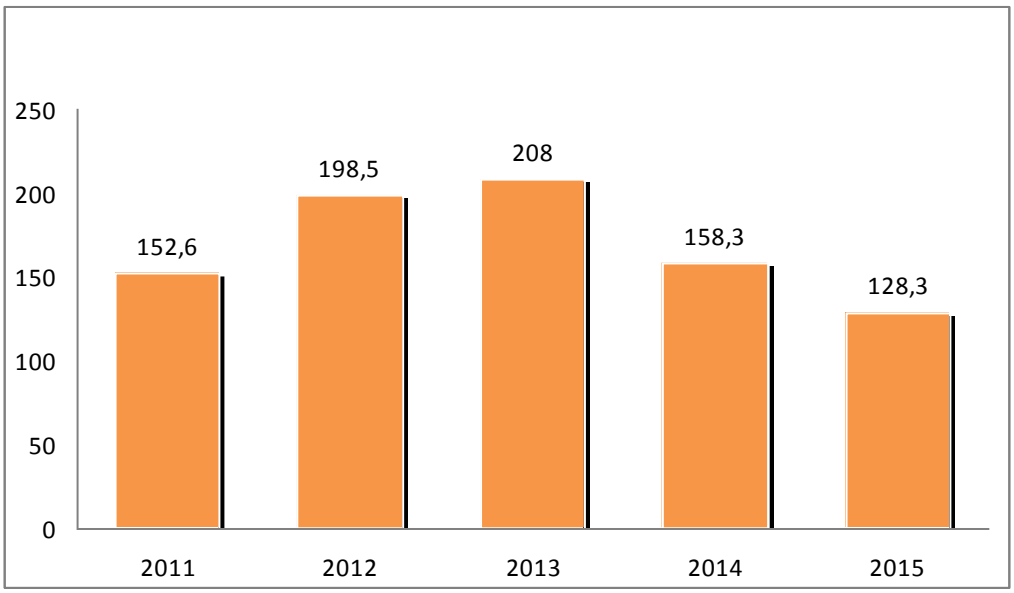
Графикон 14. Стопа инциденце морбила у периоду од 2011–2015. године



Стрептококна упала ждријела и крајника (Pharyngitis et tonsillitis streptococcica) –То је инфекција коју најчешће узрокује бета-хемолитички стрептокок групе А (Streptococcus pyogenes), иако је могућа и инфекција групом Ц и Г. Ове инфекције се јављају током цијеле године, али чешће у хладнијим мјесецима (зима, рано прољеће). Болест се појављује спорадично, али и у мањим епидемијама. Дјеца оболијевају много чешће од одраслих и то најчешће школска дјеца.Стрептокок се од болесника или клицоноше преноси капљичним путем, директним или индиректним преносом. Одрасли болест неријетко добијају од дјеце, углавном кроз породичне контакте. Узимање бриса грла је главни начин за откривање стрептококне упале грла, који је тачан у 90–95% свих случајева. Постоји још један тест под називом брзи тес тза доказивање стрептокока односно тест за брзо откривање антигена RADT (engl. *rapid antigen detection test*) који је бржи начин његовог утврђивања али је тачан у само 70 посто случајева.

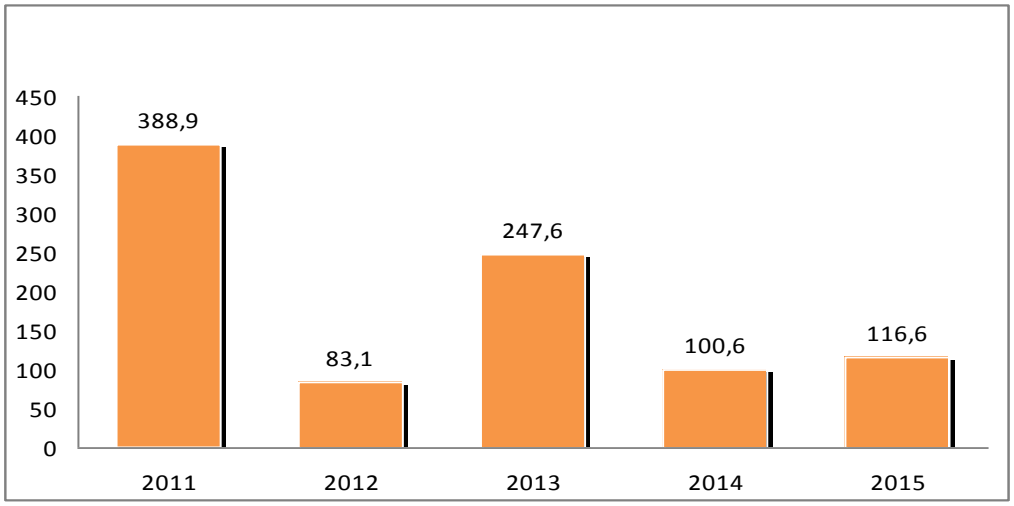
У 2015. години евидентирано је 1.768 случајева стрептококне упале грла, стопа инциденце износила 128,3 $^{o}/_{oooo}$, проценат учешћа међу респираторним заразним болестима је 15%, а на трећем је мјесту по учесталости међу респираторним болестима. На графикону 15 на којем је представљено кретање морбидитета ове болести уочавамо да је 2013. године регистрована стопа од 208,0 $^{o}/_{oooo}$, па се констатује опадајући тренд кретања који се наставио и у 2015. години.

Графикон 15. Стопа инциденце стрептококне упале грла у периоду од 2011–2015. године



Грипа (Инфлуенза)– У 2015. години евидентирано је 1.632 случаја грипа путем тзв. малих пријава, тако да је стопа инциденце износила 116,6‰ а проценат учешћа међу респираторним заразним болестима 13,85‰. Анализирајући посматрани период, уочава се да је у 2015. години дошло до благог повећања стопе инциденце у односу на 2014. годину (графикон 16). Код пријављених случајева сезонског грипа углавном су били лакши до средње тешки клинички облици болести, међутим евидентиран је и мањи проценат обољелих са компликацијама, а у питању су биле упале плућа, синуса и средњег уха.

Графикон 16. Стопа инциденце инфлуенце у периоду од 2011-2015. године

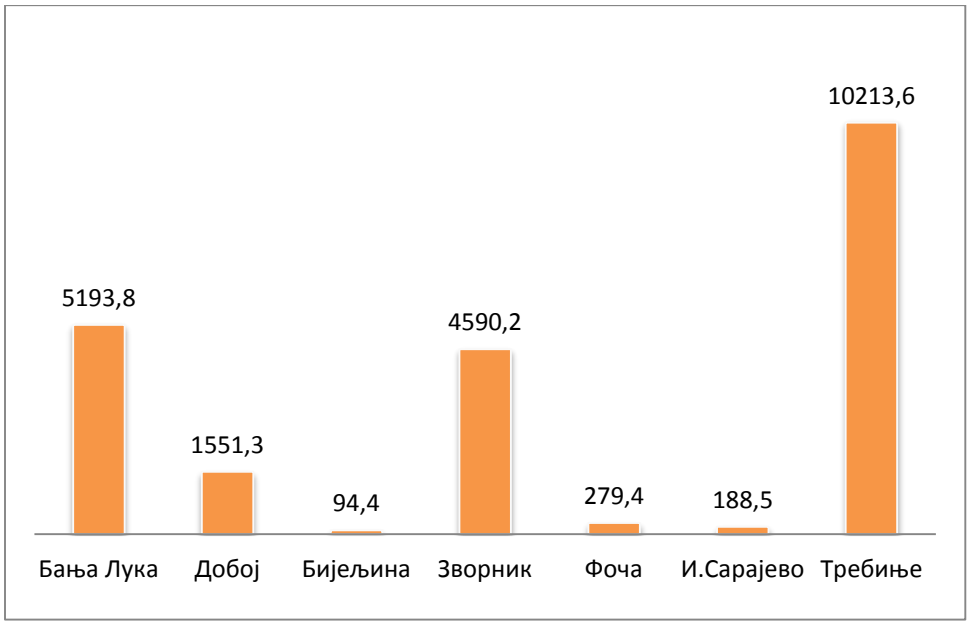


У току сезоне надзор над инфлуенцом почиње од 40. недјеље текуће године до 20. недјеље сљедеће године, а пријављују се сви случајеви обољења сличних грипи (ILI), акутних респираторних инфекција (ARI) и тешких респираторних инфекција (SARI), а у складу са Правилником о начину пријављивања, садржају евиденције и пријаве о заразним болести Службени гласник 77/14 и дефиницијама случаја СЗО које су и наведене у Правилнику. Подаци се прикупљају преко збирних пријава према полу и узрасним категоријама из свих домова здравља и болница Републике Српске, а ИЗЈЗ РС достављају ове податке понедјељком, након чега се креира седмични извјештај о кретању инфлуенце у РС.

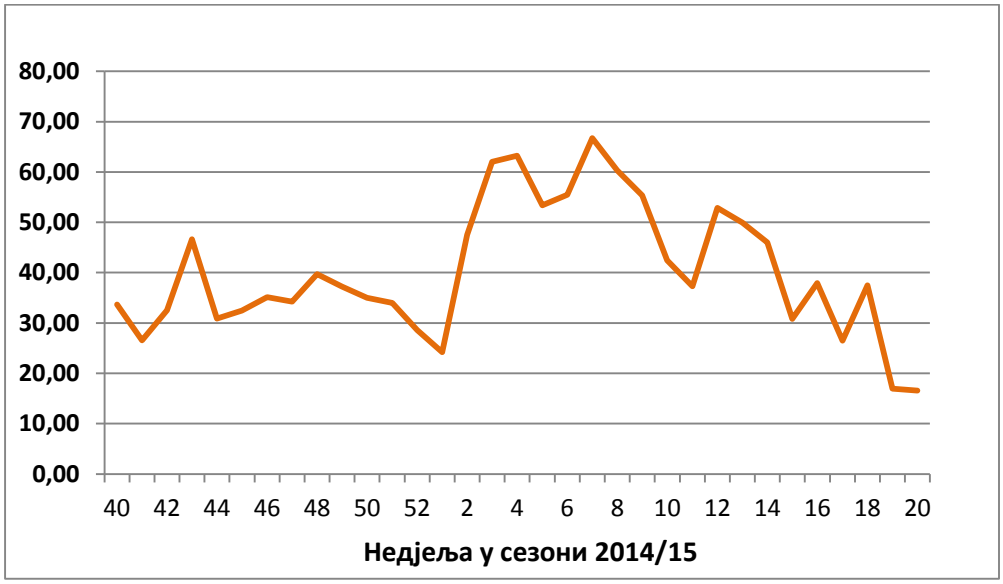
У сезони 2014/15, домови здравља су пријавили укупно 54.689 ARI инфекција и 18.611 ILI обољења, док су болнице регистровале 67 SARI случајева, што представља пораст у односу на претходну сезону. Ово се може приписати и мјеродавнијем и тачнијем пријављивању с обзиром да је у Републици Српској оваква врста надзора још увијек у фази унапређивања. Највећи број SARI случајева пријавили су УКЦ Републике Српске и ОБ Градишка (60) док болнице у Приједору и Бијељини нису пријавиле ниједан случај што представља нереалну епидемиолошку ситуацију кретања тешких акутних респираторних инфекција.

У сезони 2014/15 укупно је тестирано 97 узорака, од којих је 63 било негативно на вирусе инфлуенце, 13 узорака је било позитивно на вирус инфлуенце А (Н3),12 узорака на инфлуенцу А (Н1N1)pdm09 и 9 узорака је било позитивно на вирус инфлунеце Б. На графиконима (17, 18,19 и 20)који слиједе, приказани су горе наведени подаци.

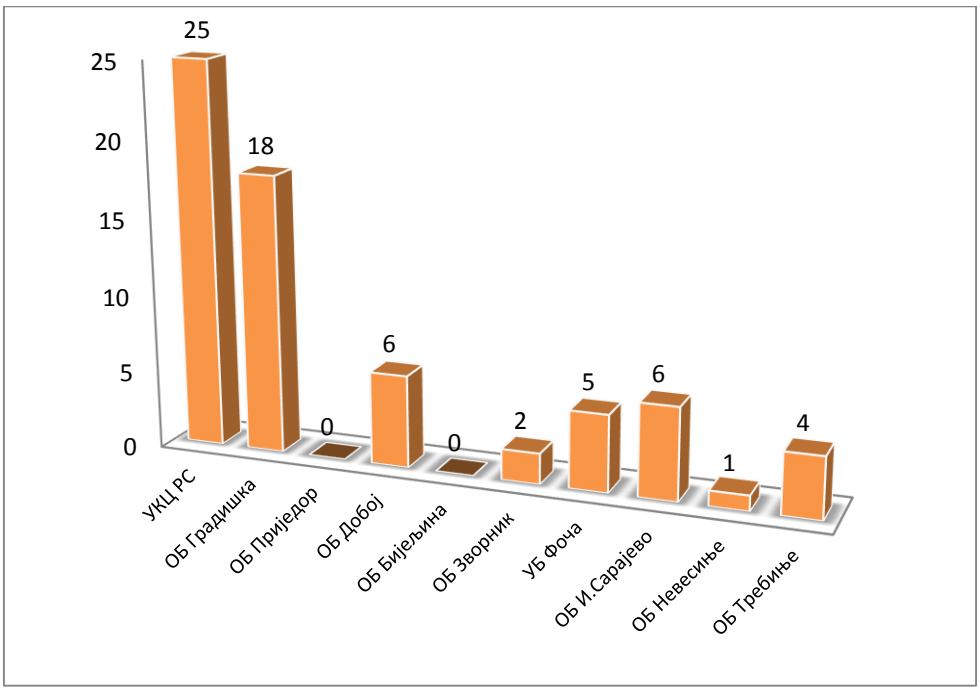
Графикон 17. Инциденца ARI по регијама РС у сезони 2014/2015. година



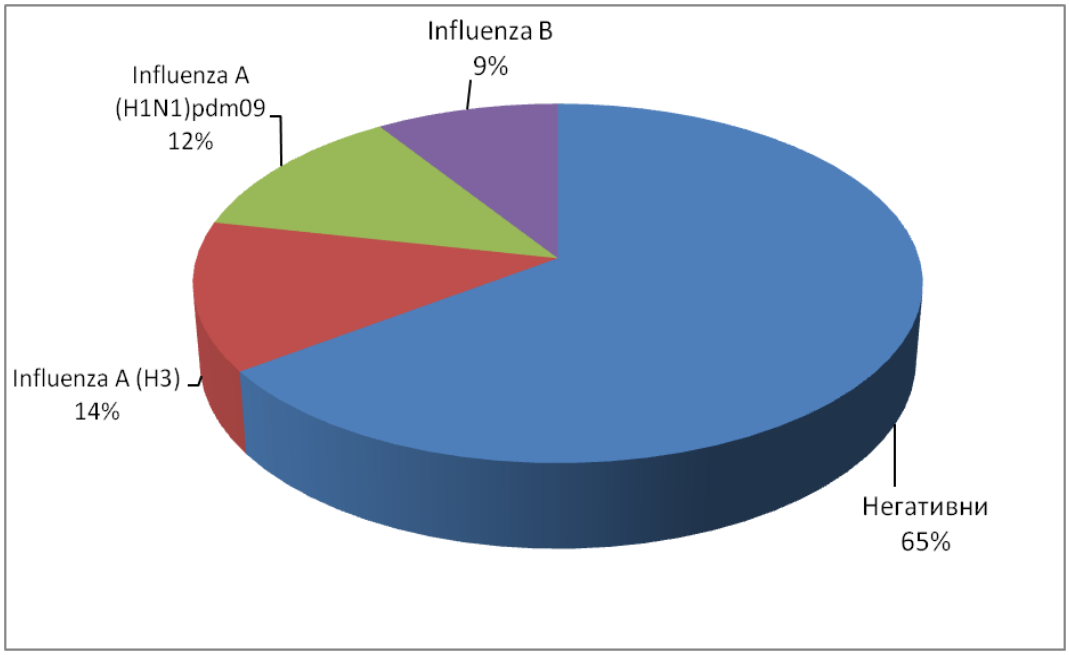
Графикон 18. Инциденца ILI по недјељама у сезони 2014/2015. година



Графикон 19. Број пријављених САРИ случајева у болницама РС усезони 2014/2015. години



Графикон 20. Резултати тестирања узорака у сезони 2014/15 години



Од сезоне 2014/15 уведена је посебна врста надзора - "сентинел" надзор над грипом, који се као такав први пут уводи у наш систем. Он подразумијева систематично, редовно узимање узорака од обољелих према одређеном распореду у репрезентативном узорку популације. Користи се за праћење оптерећења популације грипом, појаву нових сојева вируса, заступљености респираторних болести у односу на све друге разлоге јављања љекару или хоспитализација. У ову врсту надзора за почетак су укључени УБ КЦ Бања Лука и ДЗ Бања Лука. На овај начин, сваке седмице ће се узимати по један узорак од обољелих ILI односно SARI случајева, уколико их наведене установе буду пријавиле. Такође, ове сезоне тестираће се и сваки хоспитализован случај инфлуенце како би се по први пут утврдило да ли вирус инфлуенце и у којој мјеру изрокује тешке респираторне инфекције које захтијевају хоспитализацију.

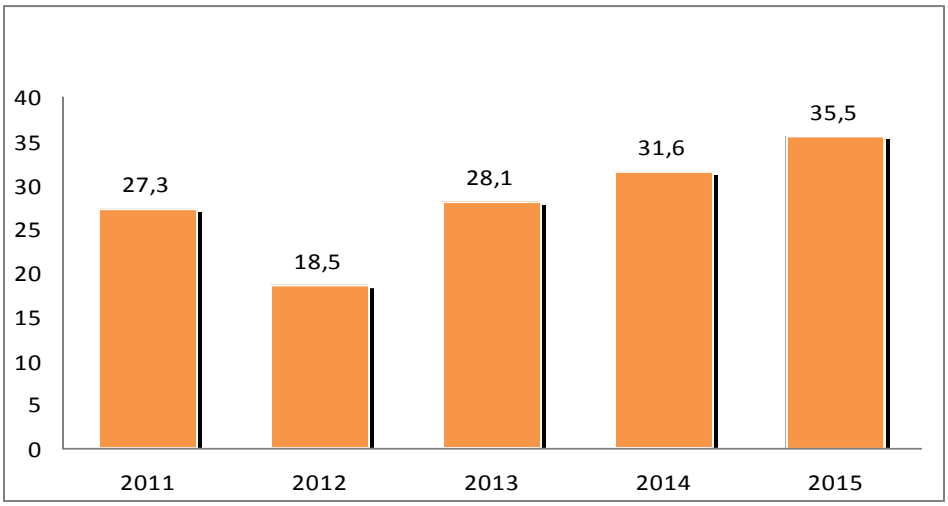
Због већег боравка у затвореном простору и мјестима гдје бораве веће групе људи (учионице, чекаонице, средства јавног превоза, биоскоп итд) неопходно је примјењивати мјере личне, а посебно респираторне хигијене као и хигијене простора у којем живимо и радимо. Поред редовног прања руку топлом водом и сапуном, покривања уста марамицом приликом кихања и кашљања, јако је важно често провјетравати просторије. Дио опште здравствене културе је не само брига о сопственом здрављу, већ и брига о особама у окружењу. Посебну пажњу треба обратити приликом посјете пацијентима у болницама, као и особама смјештеним у установама за трајни боравак (старачки домови, њега лица са посебним потребама и сл). Трајање посјете треба свести на минимум, у посјету ићи само

ако смо сигурни да немамо неку респираторну инфекцију и избјегавати близак контакт са обољелим.

Бактеријска пнеумонија (Pneumonia bacterialis) – Иако су бактеријске пнеумоније најдуже познате и најбоље проучене упале плућног паренхима, и даље представљају најтежи облик респираторног обољења. Без обзира на примјену моћних антибиотика у лијечењу пнеумонија, стопа морбидитета и морталитета код пнеумонија се деценијама не мијења. Свјетски подаци показују да је преко 98% смртних случајева због респираторих инфекција узроковано инфекцијама доњег дијела респираторног стабла и то већином у неразвијеним земљама где се, парадоксално, антибиотици ординирају код сваке инфекције горњег дијела респираторног тракта. Ова чињеница указује на појаву и развој резистенције микробних агенаса што представља посебан проблем.Најчешћи узрочници бактеријских пнеумонија зависно од узраста су: Streptococcus pneumoniae (70-90%), Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Klebsiella pneumoniae, Proteus sp, Pseudomonas aeruginosa.

У 2015. години ове врста пнеумоније се налази на шестом мјесту међу водећим заразним болестима, а пета је међу респираторним. Укупно је у 2015. години пријављено 497 случајева бактеријске пнеумоније са стопом инциденце од 35,5 $^{o}/_{oooo}$ и 4,21% учешћа у укупном оболијевању од респираторних заразних болести. На графикону 21. констатује се да је 2011. евидентирана стопа од 27,3$^{o}/_{oooo}$, након чега она опада и 2013. поново се уочава пораст тренда јављања који се наставља у 2014. и 2015 години. Један од разлога пораста пнеумонија у посљедње двије године је што је забиљежен и пораст броја обољелих од инфлуенце, а бактеријске пнеумоније су управо најчешћа компликација која се јавља код обољелих од ове болести.

Графикон 21. Стопа инциденце бактеријске пнеумоније у периоду од 2011-2015. године

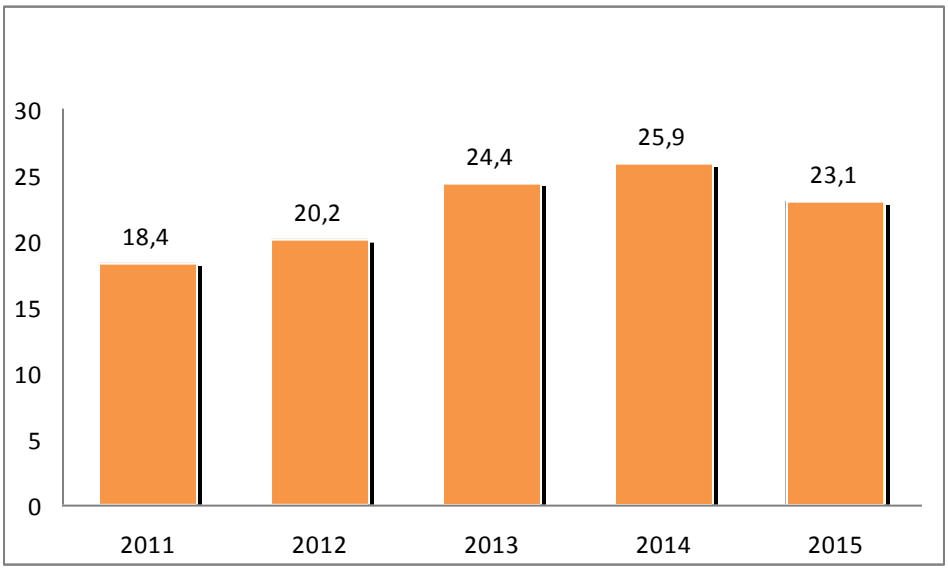


Инфективна мононуклеоза (Mononucleosis infectiva) – Инфективна мононуклеоза је акутно вирусно обољење, чији је изазивач Epstein-Barr вирус из групе Herpes вируса, са полиморфизмом клиничке слике, и углавном фарингеалним обликом обољења. Зато треба сумњати на ово обољење код свих случајева са псеудомембранозним ангинама. Овим вирусом се инфицира око 50% дјеце до 5 година. Домаћин му је човјек и након примоинфекције, ЕБВ доживотно остаје у домаћину, углавном у Б лимфоцитима, и повремено се асимптоматски налази у орофаринксу. Само 5% болесника зарази се од особе с акутном инфекцијом, док имунокомпромитоване особе чешће излучују веће количине вируса.

У 2015. години су пријављена 323 случаја инфективне мононуклеозе, те је стопа морбидитета износила 23,1$^{o}/_{oooo}$, а проценат учешћа међу респираторним заразним болестима 2,74%. Болест се јављала као и претходних година током цијеле године. Није пријављена ни једна епидемија ове болести, односно били су у питању спорадични случајеви болести. Код значајне већине обољелих су биле дијагностиковане лакше клиничке форме болести, без компликација.

Посматрајући кретање инфективне мононуклеозе у овом петогодишњем периоду запажамо да је инциденца у 2011. износила 18,4$^{o}/_{oooo}$, након чега слиједи прогресиван тренд раста овог обољења све до 2015. године, када се биљежи мали пад у односу на претходне двије године.

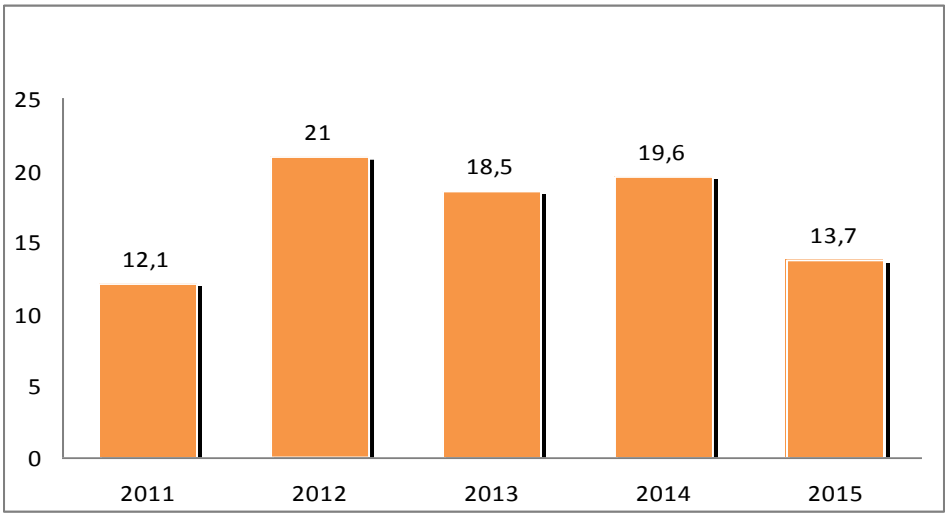
Графикон 22. Стопа инциденце инфективне мононуклеозе у периоду од 2011-2015. године



Шарлах (Scarlatina) – Шарлах је у 19. и почетком 20. вијека био веома тешко обољење, са смртношћу до 20%. Током тридесетих година 20. вијека стрептокок је почео да губи патогеност, а смртност је опала на испод 5%, да би са антибиотском ером и примјеном пеницилина постао лако дјечје обољење. Резервоар инфекције је човјек, односно његов назофарингеални секрет са стрептококном инфекцијом, било да је он болесник, реконвалесцент или клицоноша. Могућ је продор инфекције и преко слузокоже гениталног тракта, преко повреда или опекотина. Болест показује сезонски карактер са доминацијом у хладним мјесецима. Најчешће се јавља у затвореним колективима као што су школе или вртићи. Најчешће од шарлаха оболијевају дјеца предшколског или раног школског узраста. Одавно је познато да клицоноше код шарлаха служе као значајан и дуготрајан извор инфекције. Такође се зна да особа која је прележала шарлах може обољети од ангине или неке друге стрептококне инфекције изазване разним еритрогеним стрептококима, али се неће јавити знаци еритрогеног токсина односно оспа, јер ће он бити неутралисан већ на почетку обољења. Уз адекватно лијечење обољелих, спровођење превентивних и противепидемијских мјера је од великог значаја, а то су прање руку, посебно након кихања, кашљања или брисања носа и дезинфекција свих предмета с којима су обољеле особе долазиле у контакт. Важно је нагласити и то да се обољела дјеца не смију вратити у колектив најмање 24 сата након почетка антибиотске терапије.

Током 2015. године регистровано је 192 случаја шарлаха, па је стопа инциденце износила 13,7$^{o}/_{oooo}$, а проценат учешћа међу капљичним заразним болестима 1,62%, те се шарлах налази на седмом мјесту међу респираторним заразним болестима, а на деветом у укупном оболијевању од заразних болести. На графикону 23, уочава се да је у 2011. години морбидитет износио 12,1$^{o}/_{oooo}$, након чега слиједи пораст тренда и осцилације вриједности до 2015. године.

Графикон 23. Стопа инциденце шарлаха у периоду од 2011- 2015. године



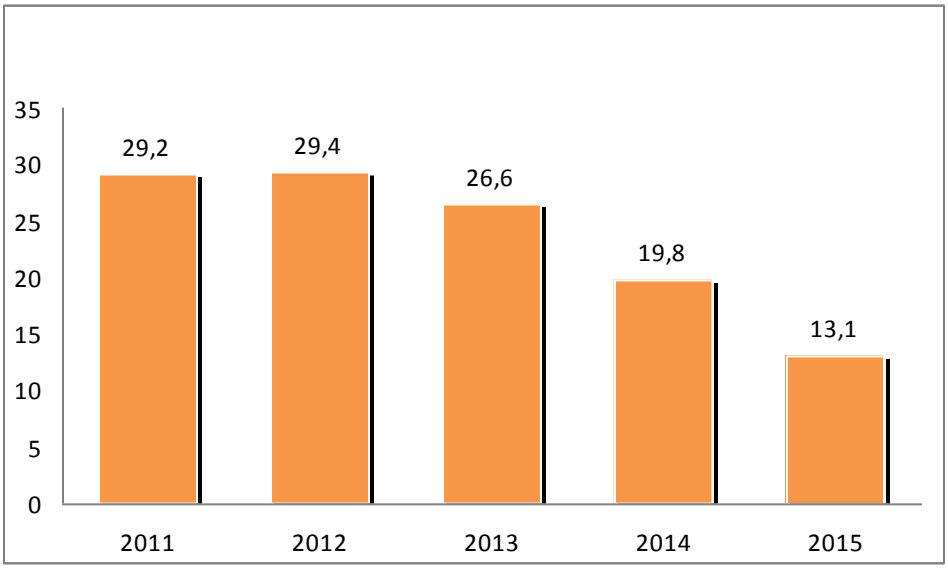
Туберкулоза (Tuberculosis) – Туберкулоза је и данас велики здравствени проблем. Сваке године се у свијету региструје 9 милиона нових случајева обољелих од туберкулозе. Око 2 милиона људи годишње умре од посљедица туберкулозе, од чега су око 1,3 милиона ХИВ негативне особе док је око 0,4 милиона смртних исхода међу ХИВ позитивним обољелим. СЗО је прогласила туберкулозу за глобалну здравствену пријетњу још 1993.г одине.

Узрочника туберкулозе открио је славни нобеловац Роберт Кох 1882. године. Било је то револуционарно откриће у борби против најопасније болести 19 вијека. Иако је од открића бацила туберкулозе прошло више од 120 година и поред моћних антутуберкулотика који су се појавили средином 20. вијека, до очекиваног сузбијања туберкулозе није дошло. На почетку 21. века, туберкулоза је и даље веома актуелан проблем. Годишња инциденција нових случајева опада за само мање од 1% сваке године. Мултирезистентна туберкулоза (MDR) и широко резистентна (XDR) су највеће пријетње контроли туберкулозе у свијету. Лијечење под надзором се односи на пружање помоћи и подршке пацијентима при редовном узимању лијекова за лијечење туберкулозе и правовременом окончању лијечења. Сваки обољели се сврстава и потврђује на основу дефиниције случаја. Користећи лијекове прве линије, око 90% обољелих осјетљивих на ове лијекове се може излијечити кратким курсом лијечења од 6 мјесеци примјеном 4 лијека: изониазид, рифампицин, пиразинамид и етамбутол, а лијечење туберкулозе у РС је бесплатно за све.

Током 2015. године у Српској је евидентирано 183 новорегистрованих случајева туберкулозе са стопом инциденце од 13,1$^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа од 1,55% у укупном оболијевању међу капљичним заразним болестима, те се туберкулоза налази на осмом мјесту међу респираторним заразним болестима. Тиме се наставља тренд опадања инциденције ове болести.

На графикону 24, уочава се да је у 2011. години инциденца туберкулозе износила 29,2$^{o}/_{oooo}$, да би у сљедећој години био забиљежен пораст када је у 2012. години констатована вриједност од 29,4$^{o}/_{oooo}$. Након тога, од 2013. године тренд туберкулозе је кренуо у правцу опадања који се наставио и у 2015 години.

Графикон 24. Стопа инциденце туберкулозе у периоду од 2011-2015. године



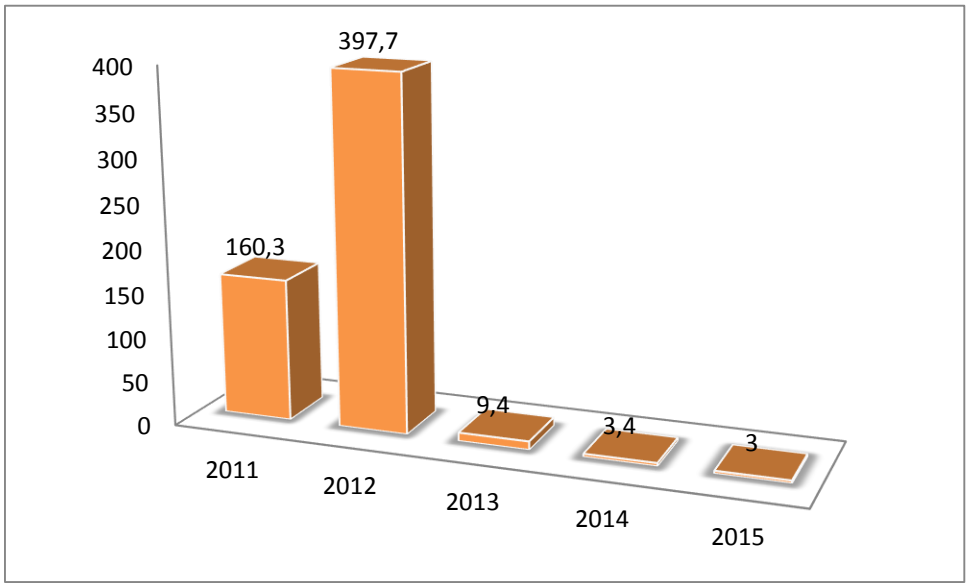
Заушњаци (Parotitis epidemica) - Заушњаци су акутна заразна болест узрокована вирусом паротитиса који спада у Paramixoviridae, који је неотпоран у спољашњој средини и осјетљив је на дезинфекциона средства. Инкубација се креће од 14 до 20 дана. Болесник је заразан задња три дана инкубације и сљедећих 6 дана. Прије увођења и развоја вакцинације заушњаци су представљали уобичајено обољење у дјетињству. Сада се углавном јављају у виду спорадичних епидемија које су проширене у цијелом свијету и то у колективима дјеце предшколског и школског узраста и међу адолесцентима. Најчешће се јављају зими и у прољеће. Једном прележана болест оставља солидан трајан имунитет.

Вакцина против заушњака је у редовном календару вакцинације у Републици Српској, у склопу МРП вакције заједно са морбилима и рубеолом. Вакцинација се започиње давањем прве дозе вакцине са навршеном првом годином живота, а ревакцинација слиједи прије поласка у школу тј. са 6 година. Међутим, вакцинацији или ревакцинацији до навршене 19-те године живота подлијежу и дјеца и омладина која претходно нису вакцинисана или ревакцинисана.

У 2015. години регистровано је 42 случаја паротитиса са стопом инциденце од 3,0$^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа међу респираторним заразним болестима од 0,35%, тако да ова болест заузима девето мјесто међу респираторним болестима у 2015. години.

На графикону 25 на којем је представљено кретање морбидитета заушњака, у 2011. години запажа се висока учесталост оболијевања од 160,3$^{o}/_{oooo}$ са епидемијским јављањем које се наставило и у 2012. години. Након тога, од 2013. године се биљежи изразит пад инциденције паротитиса који је настављен и у 2015. години.

Графикон 25. Стопа инциденце паротитиса у периоду од 2011-2015. године

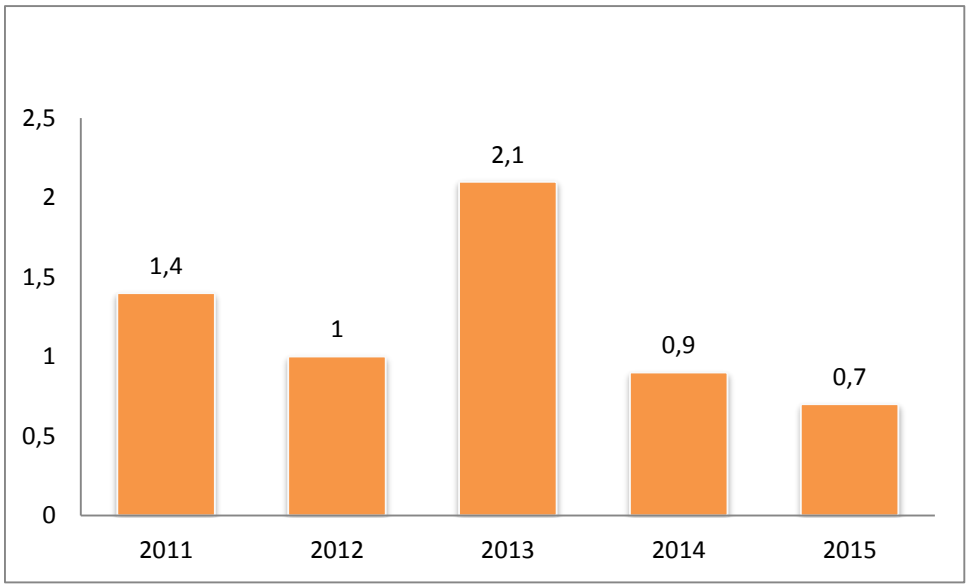


Бактеријски менингитис (Meningitis bacterialis)–Најчешћи узрочници ове врсте менингитиса су Neisseria meningitidis, Hemophilus influenzae и Streptococcus pneumoniae, док су то рјеђе E. coli,Proteus, Klebsiella, бактерије из рода Salmonella, Streptococcus групе Б, Pseudomonas aeruginosa, Listeria monocitogenes. Менингокок се налази у назофаринксу приближно код 5% људи и шири се капљично из респираторних путева и блиским контактом. Само мали дио клицоноша оболи од менингитиса. Етиологија бактеријских менингитиса показује релативну правилност везану за узраст. Менингитис недоношчади најчешће изазивају Staphylococcus piogenes или epidermidis. Све ове бактерије су становници порођајних путева те се дијете може инфицирати током порода. Менингитис новорођенчета по правилу узрокује E. coli или стрептокок групе Б у преко 70% случајева. Менингококни менингитис је најчешћи у првој години живота. Такође ова врста менингитиса показује склоност ка епидемијском јављању међу затвореном популацијом (нпр. у касарнама, студентским домовима и интернатима). Пнеумокок је најчешћи узрочник менингитиса код одраслих. Под повећаним ризиком од оболијевања су алкохоличари, затим особе с хроничним отитисом, синуситисом, мастоидитисом, рецидивирајућим менингитисом, пнеумококном пнеумонијом, болесници са дрепаноцитозом или аспленијом.

Током 2015. године евидентирано је 10 случајева бактеријског менингитиса са стопом инциденце од 0,7$^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа од 0,08% у укупном морбидитету капљичних заразних болести.

На графикону 26, уочава се да стопа инциденце показује осцилаторно кретање са наизмјеничним повећањима и смањењима са изузетком 2015. године, с тим да је највећа у 2013. а најмања у 2015. години.

Графикон 26. Стопа инциденце бактеријског менингитиса у периоду од 2011-2015. Године



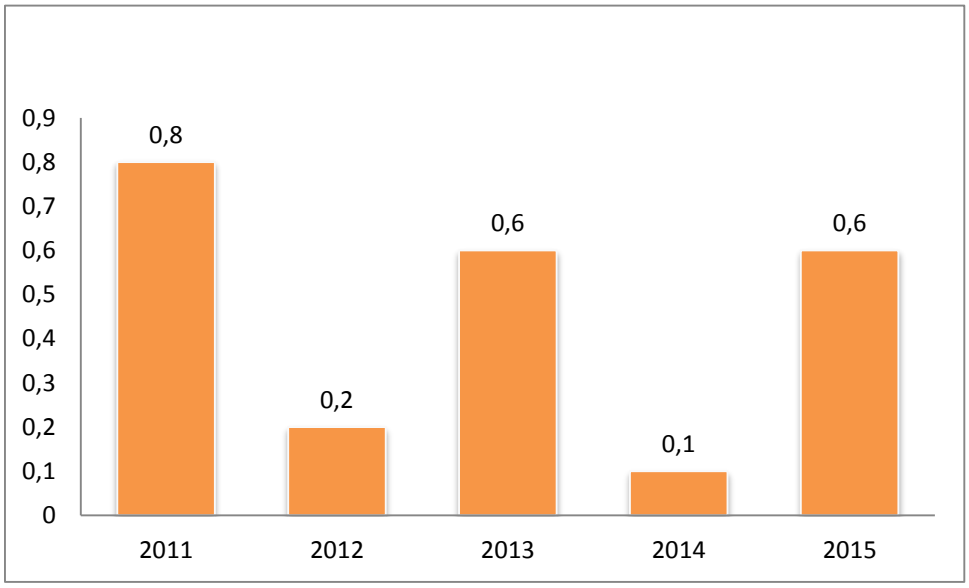
Менингококна инфекција (Infectio meningococcica) – Бактерија Neissseria meningitidis, познатија као менингокок, широко је распрострањена, сезонског је карактера са врхунцем појаве у прољеће. Најзначајнији клинички облици менингококне инфекције су менингококни менингитис и акутна менингококна сепса и то због високог леталитета, односно велике учесталости смртног исхода, који се код менингитиса креће од 5 до 10%, а код акутне сепсе досеже и 40%. Инфекције плућа, дисајних путева, зглобова, генитоуринарних органа, ока, ендокарда и перикарда су врло ријетке. Инциденција ове ендемске болести у свијету износи од 0,5 до 5/100.000, с већом учесталошћу зими и у прољеће у подручјима умјерене климе. Менингокок најчешће насељава назофарингеални регион горњих дисајних путева. Његовом колонизовању у тој регији погодују влажност и концентрација CO2 (већа него у орофаринксу) и посебно већи број рецептора на ћелијама назофаринкса, који олакшавају припајање. Активацијом одређеног окидача (пад имунитета, претходна вирусна упала горњег респираторног система и сл.) може доћи до преласка Neisserie meningitides са слузнице ждријела у крвоток, чиме долази до покретања имунолошког механизма организма.

Група А менигокока се најчешће среће као изазивач масовних, епидемијских облика болести, док се групе Б и Ц (које такође могу бити изазивачи масовнијих оболијевања) чешће срећу као проузроковачи болести између епидемијских периода, односно у оквиру ендемско-спорадичних облика оболијевања.

У 2015. години пријављено је 9 случајева менингококне болести, те стопа инциденце износи 0,6$^{o}/_{oooo}$, а проценат учешћа у укупном морбидитету међу капљичним заразним болестима 0,07%. Регистровани случајеви менингококног менингитиса су спорадични.

Анализа морбидитета менингококног менингитиса показује да се инциденца у посматраном петогодишњем периоду кретала осцилаторно са стопом инциденце у 2011. години од 0,8$^{o}/_{oooo}$, до најниже у 2014 од 0,1 $^{o}/_{oooo}$, а онда је у 2015. опет порасла на 0,6$^{o}/_{oooo}$ (графикон 27).

Графикон 27. Стопа инциденце менингококне инфекције у периоду од 2011-2015. Године



Велики кашаљ (Pertusis)– Представља обољење које је клинички и јавноздравствено важна високо контагиозна акутна инфекција респираторног система. Узрочник је бактерија Bordetella pertussis, непокретна, аеробна, инкапсулирана и грам негативна штапићаста бактерија. Она ствара низ протеина, од којих су и токсини који узрокују карактеристичне симптоме ове болести. Преноси се капљичним путем са акутно болесне особе на здраву осјетљиву особу, а могућност преноса међу блиским контактима креће се од 25-50% у школским колективима до чак 70-100% унутар породице. Извор болести је искључиво болесник који је заразан 2 до 4 недеље од почетка болести. Заразност је највећа при крају периода инкубације и временом се смањује. Оболијевају најчешће предшколска дјеца, школска дјеца, али и дојенчад. Као асимптоматска инфекција протиче у 40% случајева, а 40% се испољава као акутни бронхитис.

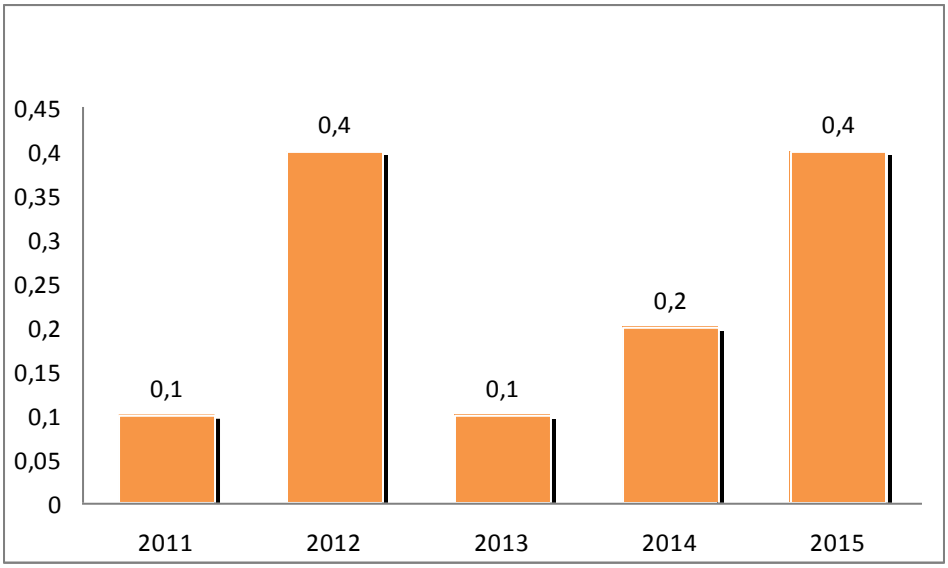
У превакциналном раздобљу, пертусис је била болест предшколске дјеце, а преболована болест остављала је дуготрајну, али не и доживотну заштиту од поновог оболијевања. Почетком активне имунизације 1947. године, прати се у свим земљама импресиван пад

морбидитета и морталитета великог кашља. Иако се са ацелуларном вакцином (аР) већином ријешио проблем реактогености, током задње двије деценије све се више наглашава новонастали глобални проблем који се епидемиолошки испољава у помаку оболијевања од пертусиса у старије узрасне групе, те неимунизовану новорођенчад и малу дојенчад. Такође, пертусис се и даље периодички јавља сваких 2-5 година, што сугерише да имунизација није постигла контролу над циркулацијом узрочника.Нови тренд регистровања све веће инциденције пертусиса у групи адолесцената и младих одраслих, посљедично већи број хоспитализација, морталитет који код младе неимунизоване дојенчади достиже и 0,2%, опажа се у готово свим развијеним земљама с високим вакциналним обухватом. Као могући узроци глобалног пораста броја случајева пертусиса током задње двије деценије наводе се краткотрајна поствакцинална заштита дјеце (6 година након последње дозе аП), адаптација узрочника и унапријеђена дијагностика болести.

У 2015. години је евидентирано 5 случајева пертусиса, те је стопа инциденце износила 0,4$^{o}/_{oooo}$, а проценат учешћа у укупном морбидитету међу респираторним заразним болестима 0,04%.

Посматрајући кретање морбидитета пертусиса у периоду 2011-2015 године, уочава се да се инциденца кретала осцилаторно од 0,1$^{o}/_{oooo}$ у 2011. након чега слиједи пораст у 2012, да би поново наступио пад тренда до вриједности од 0,1$^{o}/_{oooo}$ у 2013. години и коначно опет лагани пораст до 2015.(графикон 28). Сви случајеви су пријављени на основу клиничке слике, тј. није било лабораторијске потврде.

Графикон 28. Стопа инциденце пертусиса у периоду од 2011-2015. године



Црвенка (Rubeola) – Рубеола је акутна вирусна, еруптивна и екстремно заразна болест, сезонског карактера и најчешће се јавља зими или на почетку пролећа. Од ње углавном оболијевају предшколска и школска дјеца, мада се може јавити и у другом узрасту.

Најранији опис рубеоле највјероватније датира од средине 18. вијека. У то вријеме сматрало се да је рубеола „дериват“ богиња, а због јаког њемачког утицаја, болест постаје позната под називом „њемачке оспице“. Fritsch је 1786. године добро уочио разлику између морбила и рубеоле. Али схватање да је рубеола посебна болест споро се пробијало и тек 1881. године на интернационалном конгресу љекара у Лондону дефинитивно је то схватање прихваћено. Рубеола је била омаловажавана све до 1941. године када је добила на свом значају, након открића аустралијског истраживача и офталмолога Нормана Мекалистера Грега, који је описао разне аномалије плода изаване интраутерином инфекцијом вирусом рубеоле током болести мајке у трудноћи. Он је код 78 случајева урођене катаракте код дојенчади открио да су 68 деце родиле мајке које су боловале од рубеоле у раној трудноћи. Касније је најчешћу удружену аномалију изазвану рубеолом у трудноћи (катаракта, срчане мане и глувоћа) он описао под називом „класични синдром урођене рубеоле“ или конгенитални рубеола синдрим (KRS).

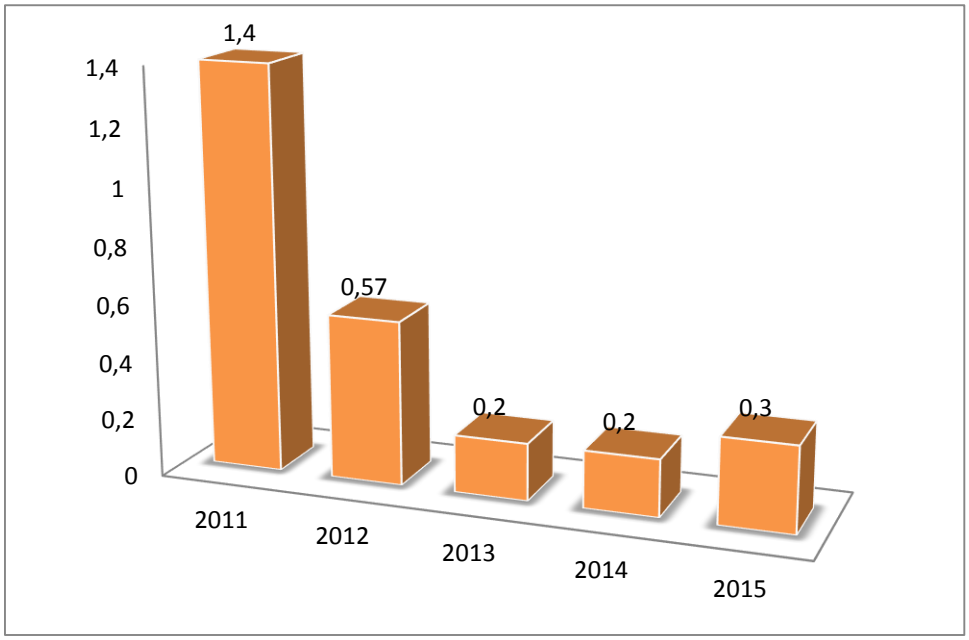
Године 1969. регистрована је и лиценцирана жива ослабљена вакцина против вируса рубеоле.

У 2015. годинису пријављена 4 случаја ове болести, па је инциденца износила 0,3$^{o}/_{oooo}$, и проценат учешћа међу респираторним заразним болестима износио је 0,03%. То је ставља на последње мјесто листе респираторних заразних болести по учесталости појаве у 2015. у Републици Српској. Током 2015. године није регистрована ниједна епидемија рубеоле у Републици Српској, захваљујући предузетој мјери ванредне имунизације МРП вакцином у претходним годинама.

У 2015. години серолошком дијагностиком тестирано је 152 узорка на рубеолу, од чега је само један био позитиван, а један спада у тзв. сиву зону, што значи да је од 4 пријављена случаја, само један лабораторијски и потврђен. Разлог зашто су пријављена 4 случаја, а тестирана 152 је тај што према препорукама СЗО у фази циркулације вируса морбила у којој се налазимо, сваки случај морбила се тестира и на црвенку.

На графикону 29. Констатује се да је у 2011. години забиљежена највиша вриједност инциденце од 1,4$^{o}/_{oooo}$, која након тога опада, с тим да је у 2015. години дошло до извјесног повећања у односу на претходне двије године.

Графикон 29. Стопа инциденце рубеоле у периоду од 2011-2015. године



7. ЦРИЈЕВНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

У 2015. години пријављено је 3.857 особа обољелих од цријевних заразних болести са стопом инциденце 275,5 % односно процентуално 23,49% у укупном оболијевању од заразних болести. Као што видимо на табели 10. и ове године као и претходних, цријевне заразне болести се по учесталости налазе одмах иза респираторних. У посматраном петогодишњем периоду инциденца је биљежила тренд раста од 2011 - 2012. године у којој је регистрована највиша вриједност од 281,8$^{o}/_{oooo}$. Након тога у 2013. години дошло је до извјесног пада у односу на претходне двије године, у 2014. години се биљежи најнижа вриједност од 239,3$^{o}/_{oooo}$, да би у 2015. години инциденца забиљежила горе наведену вриједност од 275,5$^{o}/_{oooo}$. Слично као и претходних година етиолошки агенс се често не утврди, што утиче на стварање објективне слике који узрочници у нашем поднебљу најчешће доводе до цријевних инфекција.

На табели 10. и графикону 30. на којима је приказана инциденца појединих цријевних заразних болести у 2015. години се види да далеко највећу инциденцу имају ентероколитиси, негдје на средини се налази вирусни менингитис, а најмању има ботулизам. Процентуално учешће појединих цријевних заразних болести у укупном морбидитету од цријевних заразних болести у 2015. години је приказано на графикону 31.

Слично као и претходних година код одређених интестиналних инфекција – А02, А04, АО8 и А09 најчешће су били идентификовани сљедећи патогени: Salmonella enteritidis, E. Coli. Staphylococcus aureus и enterobacter.

Код доказаних случајева клицоноштва предузимане су одговарајуће мјере према клицоношама у циљу спречавања и сузбијања заразних болести. У доказаним случајевима клицоноштва цријевних заразних болести у 2015. години најчешће је био изолован Staphylococcus aureus, а врло ријетко Salmonella enteritidis и Lamblia intestinalis.

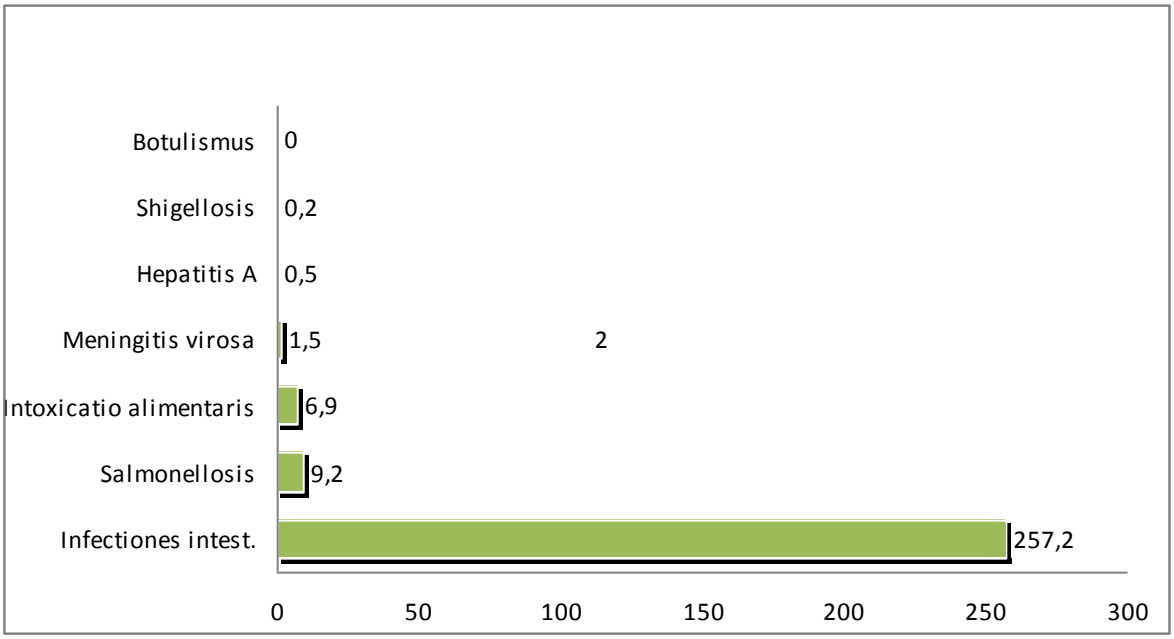
Током 2015. године, званично су пријављене три епидемије цријевних заразних болести гдје је пут трансмисије био контаминирана храна односно вода. Када су упитању најчешће намиринице и храна преко којих је дошло до преношења узрочника заразних болести, то су били: пилеће месо, свињско месо и риба. Свака појава алиментарних епидемија у суштини указује на пропусте у надзору, производњи, промету, дистрибуцији, складиштењу и чувању животних намирница и хране. Такви и слични пропусти се морају што хитније отклањати, како би храна била безбједна у читавом ланцу „од производње до стола.“

У закључку констатујемо да је морбидитет цријевних заразних болести и у 2015. години средње висок, на шта се може значајно утицати одговарајућим мјерама друштвене заједнице и здравствене службе.

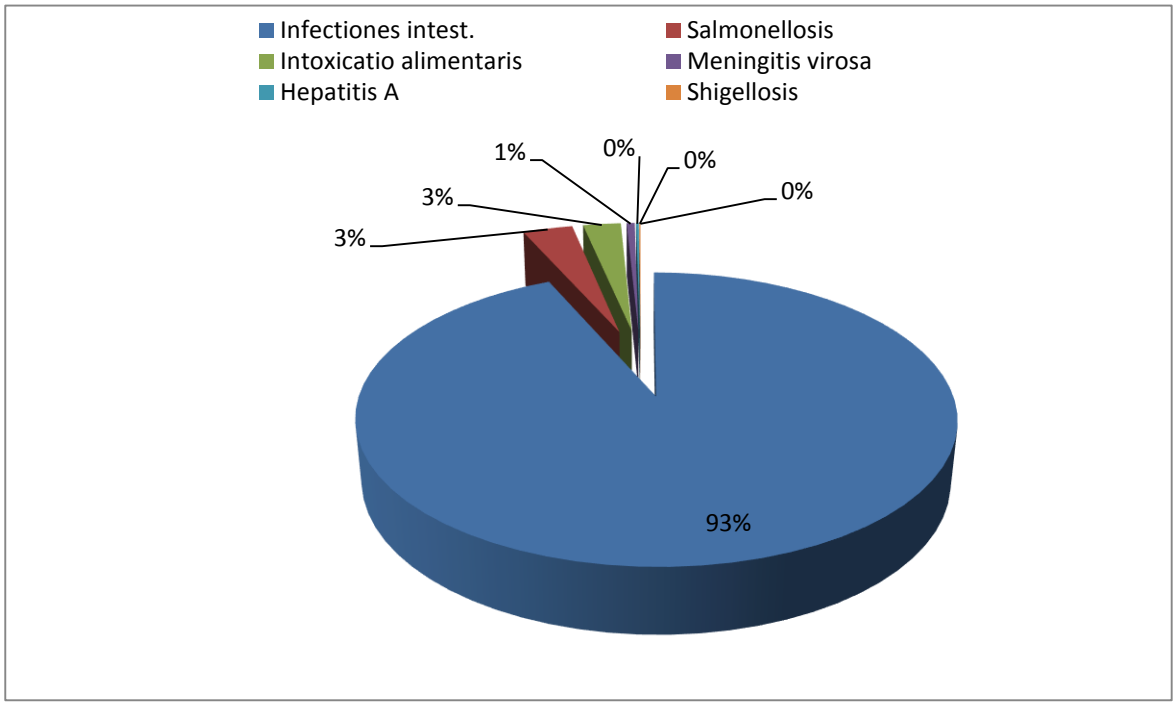
Табела 10. Учесталост цријевних заразних болести у 2015. години

Врста болести	Број обољелих	Стопа инциденце (‰)	Учешће(%)
Infectiones intestinales	3.601	257,2	93,36
Salmonelloses aliae	128	9,2	3,32
Intoxicatio alimentaris	97	6,9	2,52
Meningiits virosa	21	1,5	0,54
Hepatitis virosa acuta A	7	0,5	0,18
Shigellosis	3	0,2	0,08
Botulismus	0	0,0	0,00
УКУПНО	**3.857**	**275,5**	**100,00**

Графикон 30. Стопа инциденце цријевних заразних болести у 2015. години



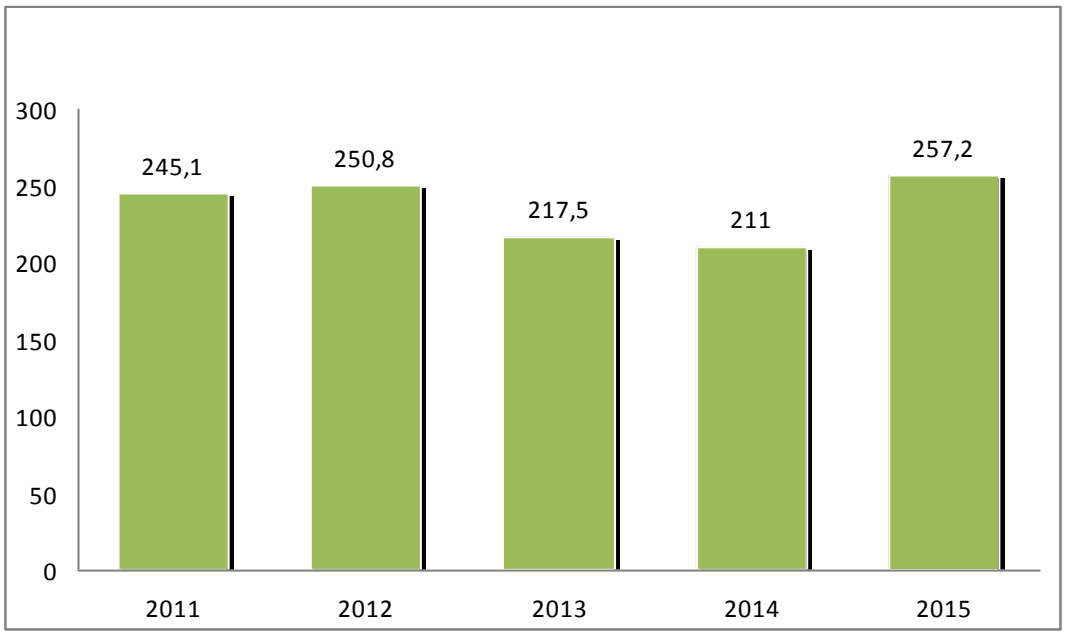
Графикон 31 Учешће цријевних заразних болести у укупном оболијевању од заразних болести у 2015. Години



Цријевне инфекције – ентероколитиси (Infectiones intestinales) – У 2015. години пријављено је укупно 3.601 лице обољело од ентероколитиса, што представља пораст у односу на претходни четворогодишњи период. Ентероколитиси међу водећим заразним болестима заузимају другу позицију одмах иза варичеле. Према броју обољелих ове инфекције су водеће у групи цријевних заразних болести, са инциденцом од 257,2 $^{o}/_{oooo}$ или процентуално 93,36% од свих цријевних заразних болести. У 2015. години пријављена је једна особа умрла од посљедица интестиналне инфекције.

Праћењем кретање морбидитета ентероколитиса (графикон 32), констатује се да је стопа учесталости расла у периоду од 2011.-2012. године, да би у сљедеће двије године дошло до извјесног пада, па се након тога инциденца у 2015. години повећала на вриједности од 257,2$^{o}/_{oooo}$, што представља највишу вриједност у посматраном петогодишњем периоду. Појава ентероколитиса може се повезати са многим социо-економским факторима као што су: економска криза, пад животног стандарда, висока стопа незапослености, лоши санитарно-хигијенски услови живота, неспровођење мјера личне хигијене, и други. Добро осмишљеним, посвећеним и упорним радом друштвене заједнице и здравствене службе на рјешавању ових проблема значајно би се утицало на смањење морбидитета ентерокоилитиса.

Графикон 32. Стопа инциденце ентероколитиса у периоду 2011.-2015. године

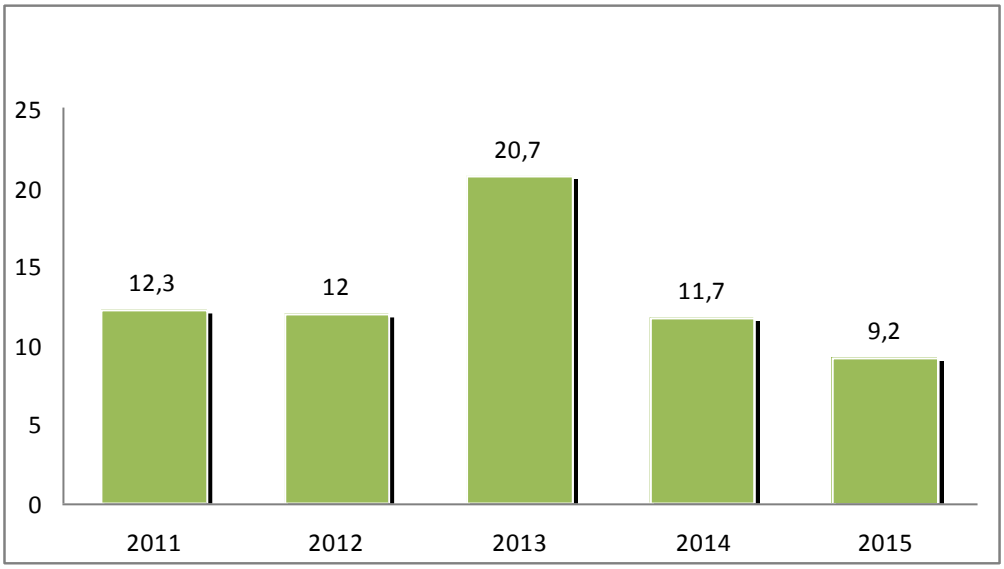


Салмонелозно тровање храном (Salmonellosis) – Током 2015. године пријављено је 128 случајева салмонелозе са стопом инциденце од 9,2 $^{o}/_{oooo}$и процентуланим учешћем од 3,32% што представља мали пад у односу на 2014. годину када је инциденција износила 11,7%ооо (графикон 33). На приказаном графикону констатујемо да је највећа вриједост инциденце забиљеежна 2013. године, а најнижа 2015. године. И ове 2015. године kao и претходних 10 година најчешће се изоловала Salmonella enteritidis.

Салмонелоза је примарно болест домаћих животиња, а на човјека се преноси употребом хране животињског поријекла, загађене узрочником или његовим токсином. У спољашњој средини могу да преживе свега неколико сати, а у водама и намирницама могу се одржати знатно дуже. Температура од 60 степени их убија, због чега је изузетно важна правилна термичка обрада намирница. Салмонела се осим код домаћих животиња може наћи и код заражених глодара, кућних љубимаца, риба, шкољки и човјека (обољели, реконвалесцент, клицоноша). Посебну опасност преноса представља унакрсна контаминација хране, када се загађеним ножем сијече више „серија хране“ при чему може доћи до заражавања већег броја особа. Воће и поврће се може загадити употребом хигијенски неисправне воде за залијевање.

Салмонелоза се може спријечити ветеринарском контролом здравља животиња прије клања и контролом намирница животињског поријекла које се стављају у промет.

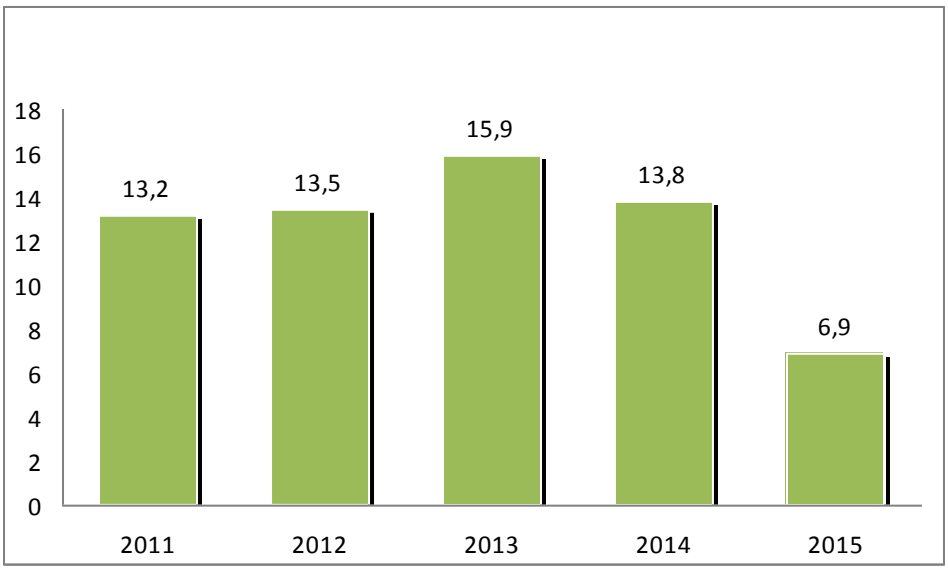
Графикон 33. Стопа инциденце салмонелоза у периоду 2011-2015. године



Тровање храном (Intoxicatio alimentaris) – У 2015. години у Републици Српској је пријављено 97 случајева тровања храном са инциденцом 6,9 $^{o}/_{oooo}$ и 2,52 % учешћа у укупном оболијевању од цријевних заразних болести.

Посматрањем графичког приказа кретања стопе тровања храном на графикону 34, уочавамо да је током посматраног периода у 2012. и 2013. години инциденца расла, послије чега долази до пада у 2014. и 2015. години, тако да је највиша вриједност забиљежена у 2013., а најмања у 2015. години. Иако је у последњој посматраној години дошло до значајног пада морбидитета, релативно висок морбидитет у овом петогодишњем периоду као и појава епидемија узрокованих тровањем храном, указују на пропусте настале приликом складиштења, производње, промета и дистрибуције животних намирница и хране, те на пропусте у вршењу надзора над животним намирницама и храном као и на недовољну свјесност запослених у том ланцу о важности придржавања свих правила и прописа који се тичу ових процеса. Због свега тога треба систематски, континуирано, упорно и смислено радити на откривању и отклањању евентуалних пропуста, односно у спречавању тровања храном спроводити мјере које ће онемогућити загађење и мјере којима ћемо сумњиве или загађене намиринице учинити нешкодљивим.

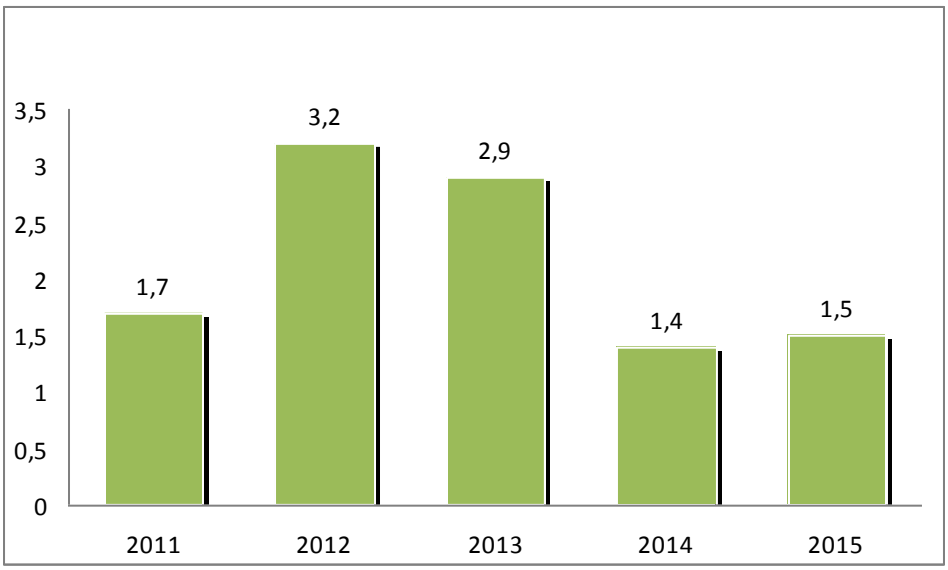
Графикон 34. Стопа инциденце тровања храном у периоду 2011-2015. године



Вирусна упала можданих опни (Meningitis viralis) – Током 2015. године пријављена је 21 особа обољела од вирусног/серозног менингитиса са стопом инциденце од 1,5$^{o}/_{oooo}$ и процентуалним учешћем од 0,54% у групи цријевних заразних болести. Већина регистрованих случајева обољења је пријављена у топлијим мјесецима године и ради се о спорадичним случајевима обољења. У 2015. години је забиљежен мали пораст стопе у односу на претходну годину, а на графикону 35. констатује се да је највиша инциденца регистрована 2012. године, а најнижа 2014. године.

Вирусни менингитис у нашим крајевима најчешће изазивају ентеровируси и аденовируси. Између 80-90% вирусних менингитиса изазвано је ентеровирусима (најчешће ECHO и Coxackie B). Ентеровирусна обољења су веома честа и представљају фекално-оралне инфекције. Обољели се углавном пријављују у касним љетним мјесецима, спорадично или у виду мањих епидемија и најчешће оболијевају дјеца и то она која иду у вртић или школу. У ширењу болести велику улогу играју здраве клицоноше. Инкубација болести износи 3-7 дана. Заразност особе зависи од узрочника, а може бити и неколико седмица од појављивања симптома болести. Зато је важно држати се превентивних мјера током и након прележане болести. У циљу спречавања настанка случајева вирусног менингитиса, осим хигијенског одржавања купалишта, неопходно је да се у школским и предшколским установама као и домаћинствима досљедно спроводе мјере личне и опште хигијене, хигијена предмета опште употребе и да се обезбјеђује хигијенски исправна храна и вода.

Графикон 35. Стопа инциденце серозног менингитиса у периоду 2011-2015. године

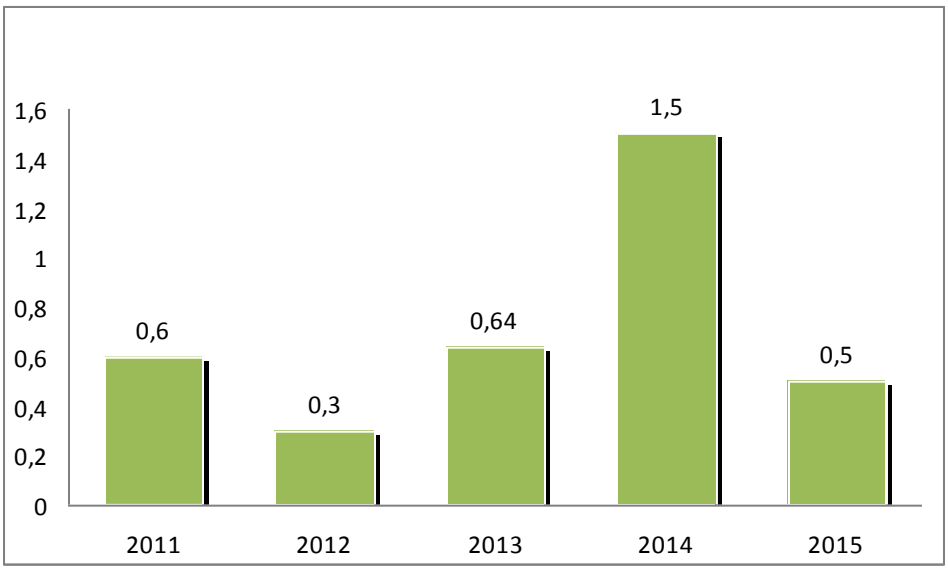


Заразна жутица (Hepatitis virosa acuta A) – У 2015. години пријављено је 7 обољелих од заразне жутице типа А са инциденцом 0,5%ооо и процентом учешћа овог обољења међу цријевним заразним болестима од 0,18%.

На графикону 36. запажа се да је стопа инциденце имала наизмјенично кретање са извјесним малим осцилацијама с тим да је највиша вриједност евидентирана 2012. а најмања 2015. године.

У преношењу вируса хепатитиса А основну улогу има фекално-орални пут преноса. Контактни пут преноса условљен је присутношћу свјеже фекалне контаминације на рукама, па је тако пренос знатно олакшан код оних особа који не перу руке сапуном. Дјеца су најподложнија овој инфекцији, када је заразна болест обично блажег облика и краће траје. Појава вируса зависи о санитарном стању околине, хигијенским навикама и величини група у блиском контакту (нпр. вртићи, школе, породице и сл.). Пошто је ријеч о заразној болести која се може јавити спорадично или у виду епидемија (најчешће у условима погоршања санитарно-хигијенских услова, након елементарних непогода-поплава и других природних катастрофа), мјере за сузбијање ове болести треба да буду усмјерене у том правцу.

Графикон 36. Стопа инциденце вирусног хепатитиса А у периоду 2011-2015. године

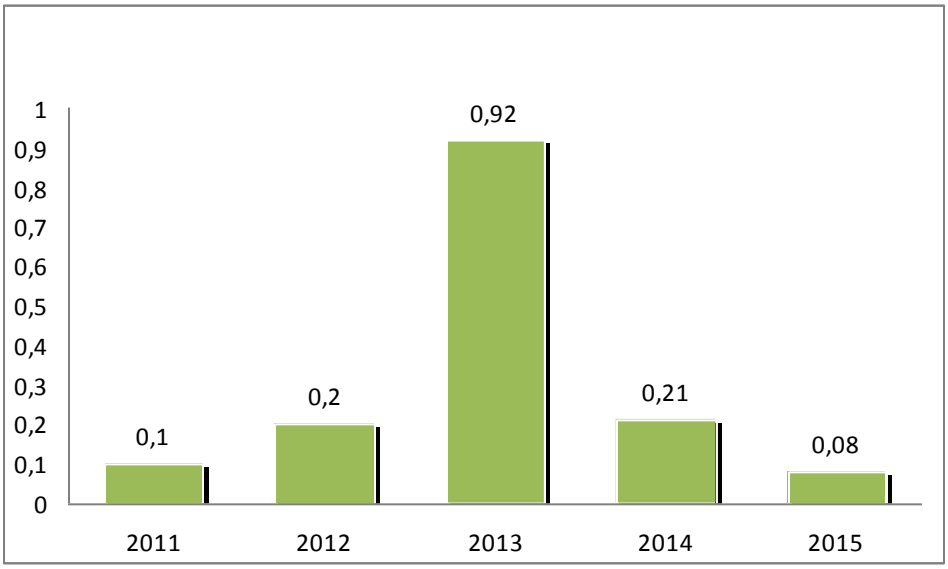


Бациларна дизентерија (Schigellosis) – Током 2015. године евиднтирана су 3 случаја дизентерије са стопом инциденце 0,2 $^{o}/_{oooo}$ и процентуалним учешћем у овој групи обољења од 0,08% што је нешто више у односу на претходну годину.

Графичким приказом можемо уочити да је инциденца у овом посматраном петогодишњем периоду ниска и да се кретала у распону од 0,1$^{o}/_{oooo}$ до 0,9$^{o}/_{oooo}$ (графикон 37).

Бактерије из овог рода проширене су широм свијета и типичан су узрок инфламаторне дизентерије која је у многим подручјима свијета одговорна за 5 до 10% дијареалних болести. Š. flexneri и Š. sonnei учесталије су него S. boydii или посебно вирулентна Š. dysenteriae. Извор инфекције су излучевине инфицираних особа или реконвалесцентних клицоноша. Инфекција се шири фекално-оралним путем, контаминираним неживим предметима или контаминираном храном. Мухе могу послужити као механички вектори. Реконвалесценти и клицоноше могу бити значајан резервоар инфекције, али право дуготрајно клицоноштво је ријетко. Инфекција оставља слаб имунитет или га уопште не оставља, па је могућа реинфекција са истим сојем. У сврху превенције потребно је темељно прати руке прије манипулације са храном. Важна превентивна мјера је и кориштење мрежа против инсеката. Код болесника и клицоноша треба примијенити правилне методе изолације.

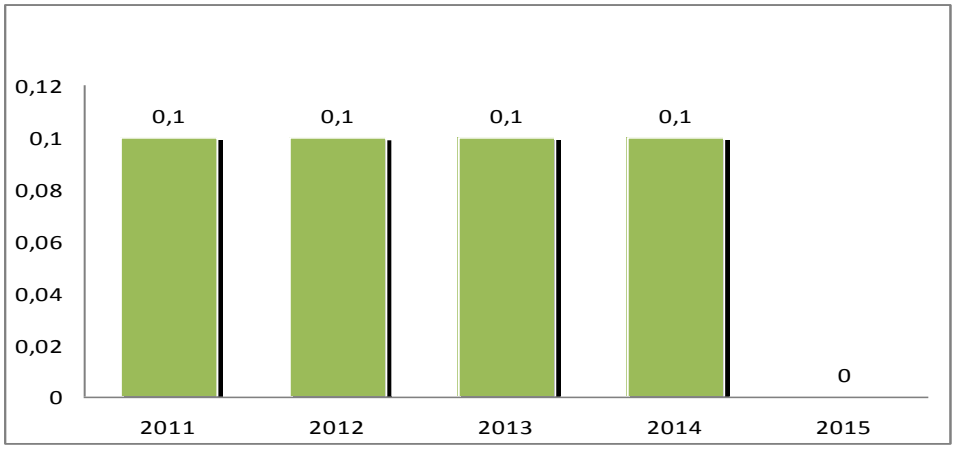
Графикон 37. Стопа инциденце бациларне дизентерије у периоду 2011-2015. године



Ботулизам (Botulismus) - У 2015. години није пријављен ни један случај ботулизма. Код нас се ово обољење ријетко јавља, тако да је у 2011. и 2012 . години пријављен по 1 случај ботулизма, а у 2013. и 2014. су регистрована по 2 случаја ове болести.

Природни резервоар инфекције су домаће и неке дивље животиње. Преко фекалија Clostridium botulinum долази у спољну средину, гдје образује споре и може да контаминира месо, рибе, воће, поврће и друге хранљиве продукте. Човек није резервор заразе. Основни механизам преношења је алиментарни. Болест се јавља послије конзумације конзерви (риба, гљиве, поврће), сувог меса, сувомеснатих производа и др. Од седам типова егзотоксина, четири имају дјеловање на човјека (А, Б, Е и Ф). Најчешћа тровања су егзотоксином А и Б, док је тип Е углавном повезан са тровањем морским плодовима.

Графикон 38. Стопа инциденце ботулизма у периоду 2011-2015. године



8. ОСТАЛЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

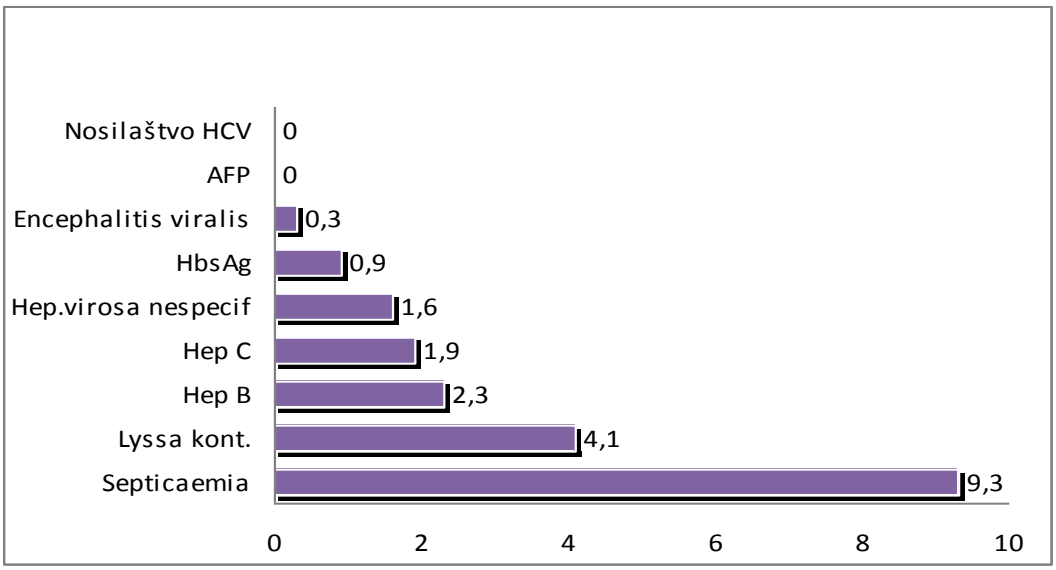
Група такозваних осталих заразних болести укључује сљедеће заразне болести: контакт и изложеност бјеснилу, сепса, акутни вирусни хепатитис Ц, акутни вирусни хепатитис Б, носилаштво HbsAg, вирусни неспецифични хепатитис, вирусни енцефалитис, акутна флакцидна парализа и носилаштво HCV антитијела.

У 2015. години из ове групе заразних болести регистровано је укупно 286 случајева, са стопом инциденце 20,4$^{o}/_{oooo}$ и процентуалним учешћем 1,74% (табела 11). Стопа инциденце осталих заразних болести у 2015. години приказана је на графикону 39, а учешће појединих осталих заразних болести у укупном оболијевању од осталих заразних болести на графикону 40. Из ове групе болести у 2015. у односу на 2014. годину у порасту су једино сепса и контакт и изложеност бјеснилу, а код других је регистрован смањен број обољелих што је нарочито изражено код хепатитиса.

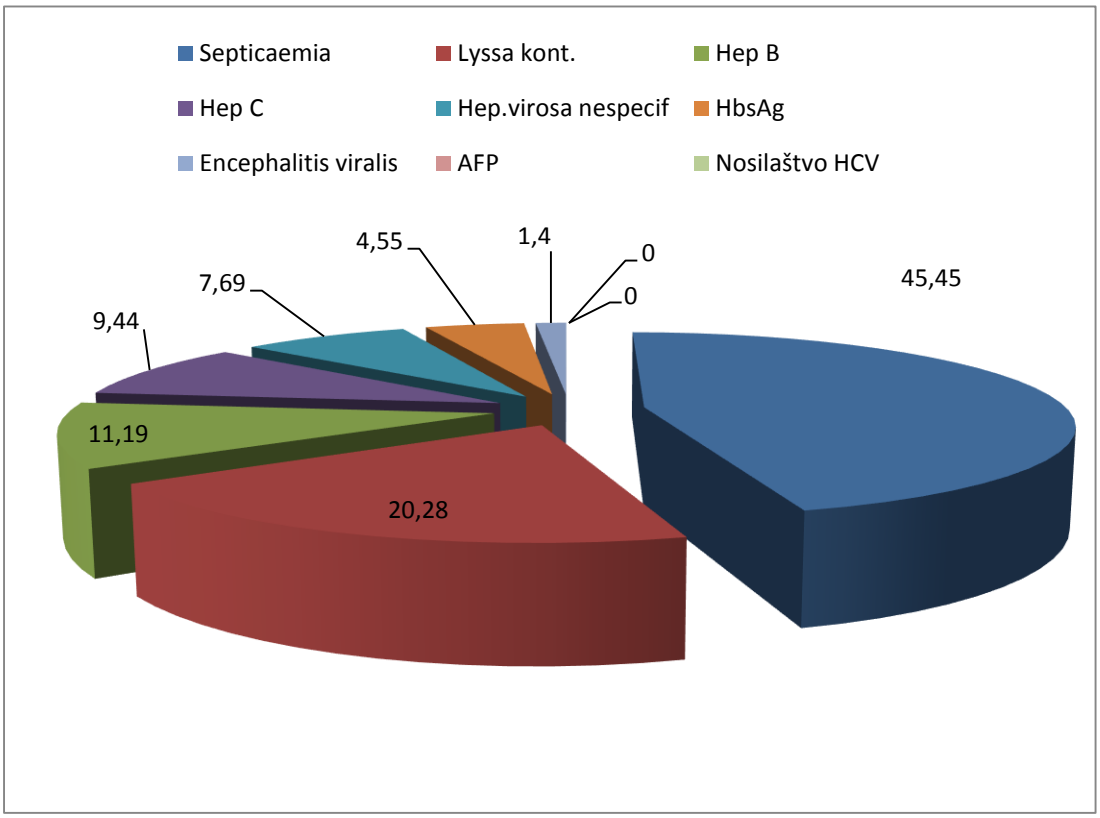
Табела 11. Учесталост осталих заразних болести у 2015. години

Врста болести	Број обољелих	Стопа инциденце (‰ооо)	Учешће (%)
Septicaemia	130	9,3	45,45
Lyssa kontakt	58	4,1	20,28
Hepatitis virosa acuta B	32	2,3	11,19
Hepatitis virosa acuta C	27	1,9	9,44
Hepatitis virosa non specifikata	22	1,6	7,69
HbsAg	13	0,9	4,55
Encephalitis viralis	4	0,3	1,40
AFP	0	0,0	0,00
Nosilaštvo HCV antitijela	0	0,0	0,00
УКУПНО	**286**	**20,4**	**100,00**

Графикон 39. Стопа инциденце осталих заразних болести у 2015. години



Графикон 40. Учешће појединих осталих заразних болести у укупном оболијевању од осталих заразних болести у 2015. години

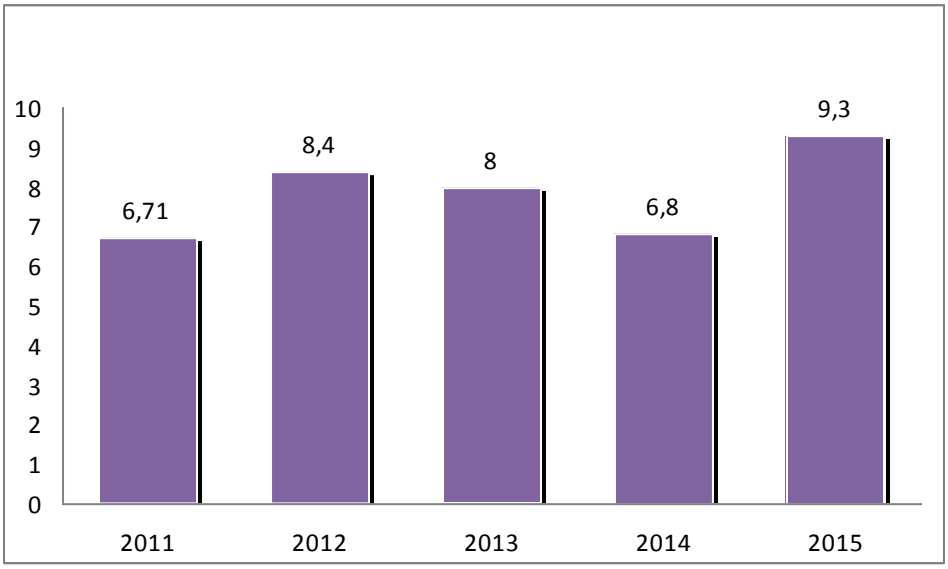


Сепса (Septicaemia) – У 2015. години евидентирано је 130 случајева септикемије са стопом инциденце 9,3 $^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа у овој групи обољења од 45,45%.

Анализирајући графички приказ кретања стопе септикемије на графикону 41, можемо констатовати да је стопа имала извјестан раст у 2012. години, у 2013. години је дошло до малог пада у односу на претходну годину, да би се тренд пада наставио и у 2014. години и на крају у 2015. години инциденца достиже највишу вриједност у овом посматраном петогодишњем периоду. Током 2015. године од сепсе је умрло 7 болесника. Овако велики број обољелих и умрлих од сепсе говори у прилог тога да сепса код нас представља велики здравствени проблем.

Сепса је једно од најозбиљнијих стања у медицини и представља синдром системског запаљенског одговора. Она је најозбиљнија посљедица бактеријских инфекција. Поједине врсте сепсе имају смртност већу од 50 посто. Сепсу може узроковати само озбиљна и јака бактеријска упала, док је сепса узрокована гљивичним и паразитарним микроорганизмима изузетно ријетка. Сепса је чешћа код старијих особа и мале дјеце, код болесника са оштећеним имунолошким системом (неке ријетке урођене болести, али и неке стечене - АИДС), болесника с другим тежим болестима (малигне болести, шећерна болест код које постоје развијене компликације, болесници са поремећајем свијести, послије тешког можданог удара), али и код болесника који се лијече одређеним лијековима (кортикостероиди итд.).

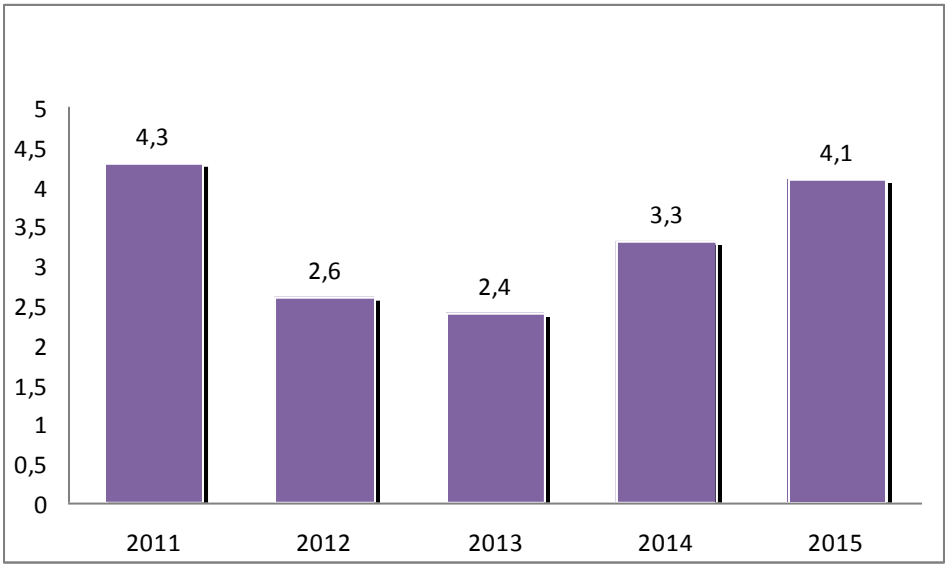
Графикон 41. Стопа инциденце септикемије у периоду 2011-2015. године



Контакт и изложеност бјеснилу (Lyssa kontakt) - Током 2015. године пријављено је 58 случајева изложености бјеснилу са инциденцом 4,1$^{o}/_{oooo}$ и процентуалним учешћем од 20,28%. Инциденца је опадала у 2012. и 2013. години, али је у 2014. години дошло до извјесног пораста у односу на претходне двије године и на крају у 2015. години инциденца расте у односу на претходне три године и биљежи вриједност од 4,1$^{o}/_{oooo}$ (графикон 42.). Када је у питању Lyssa kontakt од велике важности је пружање правовремене и адекватне преекспозиционе и према индикацијама постекспозиционе заштите против бјеснила. Лица која су професионално изложена повећаном ризику од инфекције подлијежу преекспозиционој заштити против бјеснила према Правилнику о имунизацији и хемиопрофилакси Републике Српске (ветеринари, шумари, лабораторијски и теренски радници који раде у вези са бјеснилом, као и лица која бораве у току дужег периода у ендемским предјелима). Код одређивања индикација за постекспозициони антирабични третман треба узети у обзир 3 основна мјерила и то: здравствено стање животиње, услови под којима је настала озљеда и актуелна епидемиолошка и епизоотиолошка ситуација на тој територији. У борби против бјеснила од изузетне важности је стална професионална сарадња са ветеринарском службом и инспекцијским службама, а посебно је значајно правовремено пријављивање и обавјештавање. Како би се становништво заштитило од ове смртоносне болести осим наведеног треба спроводити сљедеће мјере:

- Редовно вакцинисање паса и мачака.
- Едукација власника животиња и јавности о важности рестриктивних мјера према псима и мачкама.
- Спровођење активног надзора над бјеснилом код животиња.
- Правилна контрола паса и мачака луталица.
- Пријављивања животиња сумњивих на бјеснило.
- Затварање у карантин и десетодневно клиничко посматрање сваког пса или мачке који су повриједили или ујели човјека.
- Обавезно и хитно слање материјала на преглед – све кућне љубимце који показују знаке сумњиве на бјеснило треба жртвовати и прегледати на бјеснило.
- Све дивље животиње које су ујеле човјека одмах жртвовати и послати материјал на преглед.
- Перорална имунизација резервоара помоћу атенуиране и рекомбиноване вакцине – бацање мамаца са вакцином из ваздуха показало се ефикасном мјером у елиминацији бјеснила лисица и других дивљих животиња.

Графикон 42. Стопа инциденце контактне изложености бјеснилу у периоду 2011-2015. године



Акутни вирусни хепатитис Б (Hepatitis virosa acuta B) – У 2015. години пријављена су 32 случаја ове болести са инциденцом 2,3$^{o}/_{oooo}$ и процентуалним учешћем од 11,19%. Стопа инциденце је расла у 2012. години, у 2013. достиже врхунац од 5,6%ооо да би у 2014. дошло до смањења када се биљежи иста вриједност као у 2011. години и на крају у 2015. години инциденца пада на најмању горе наведену вриједност (графикон 43.). У 2015. години један болесник је умро са дијагнозом акутног вирусног хепатитиса Б.

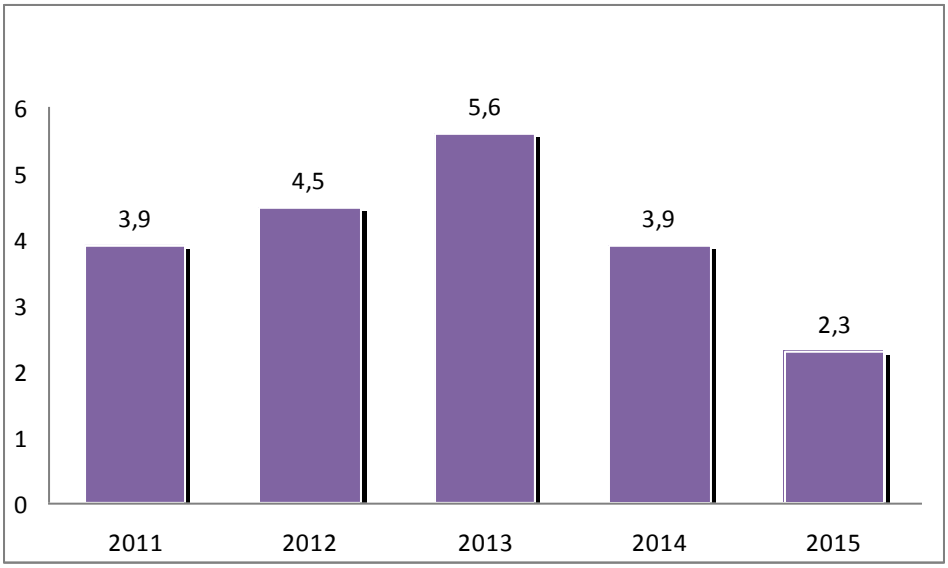
Хепатитис Б је једна од најчешћих вирусних инфекција на свијету. Процјењује се да 350 милиона људи има хронични хепатитис Б и самим тим су у великом ризику за развијање цирозе и карцинома јетре. Због хепатитиса Б сваке године у свијету умире милион људи што ову болест сврстава на неславно десето мјесто по смртности.

Вирус хепатитиса Б је веома контагиозан, чак је 50 до 100 пута инфективнији од вируса ХИВ-а. Може се наћи у крви, зноју, сузама, мајчином млијеку и сперми. Могући путеви преноса су приликом сексуалних односа без заштите, затим са мајке на дијете током порођаја, директним крвним контактом уколико се дијели игла, бријач, прибор за нокте или четкица за зубе. Као и вирус хепатитиса Ц и вирус хепатитиса Б ван организма може да преживи чак 7 дана.

Да ли ће нечији организам сузбити инфекцију или ће особа бити хронично заражена највећим дијелом зависи од њених година старости: 90% новорођенчади, 20-50% дјеце од 1-5 година старости и 1-10% старије дјеце и одраслих добије хроничну инфекцију.

Особе заражене вирусом хепатитиса Б су готово двоструко изложеније ризику оболијевања од нон-Хоџкин лимфома.

Графикон 43. Стопа инциденце вирусног хепатитиса Б у периоду 2011-2015. године

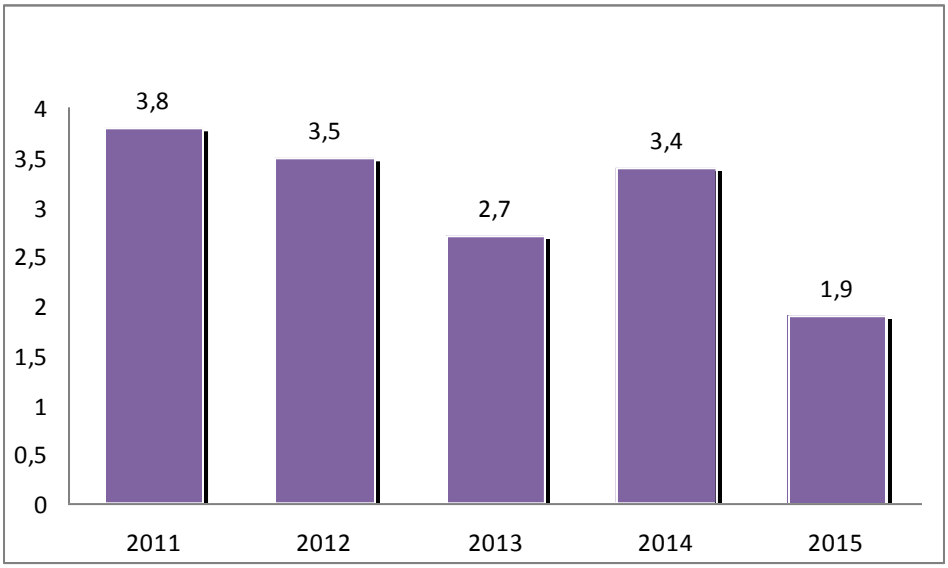


Акутни вирусни хепатитис Ц (Hepatitis virosa acuta C) – Током 2015. године евидентирано је 27 случајева хепатитиса Ц, па је инциденца износила 1,9 $^{o}/_{oooo}$, а проценат учешћа 9,44%. У 2011. години евидентирана је највиша инциденца од 3,8$^{o}/_{oooo}$, током сљедеће двије године стопа постепено опада, у 2014. се региструје извјестан пораст у односу на претходну 2013. годину, те се у 2015. години региструје најнижа напријед наведена стопа од 1,9$^{o}/_{oooo}$ (графикон 44).

Свјетска здравствена организација (WHO) процјењује да преко 170 милиона људи у свијету живи са ХЦВ инфекцијом, а око 12 милиона људи је коинфицирано са ХИВ/ХЦВ. Међутим, око 80% инфицираних током времена развија хронично оштећење јетре, које ако се не лијечи на вријеме може да прогредира у цирозу или примарни карцином јетре. Вирус хепатитиса Ц се преноси путем крви, рјеђе сексуалним контактом и са мајке на дијете у току трудноће. ХИВ инфекција повећава степен ризика за трансмисију ХЦВ сексуалним контактом и са мајке на дијете у току трудноће. Трансмисија путем крви подразумијева трансфузију заражене крви и крвних продуката (догађало се прије 1996. године), кориштење истог бријача, маказица, четкице за зубе, кориштење лоше стерилисане опреме, кориштење нестерилисане опреме приликом тетовирања или пирсинга.

Хепатитис Ц се често назива „тихом болешћу“ јер мање од 5% пацијената се јавља непосредно по стицању инфекције. Мали проценат пацијената (око 15 до 30%) ће сами „елиминисати“ вирус, а у око 70 до 85% пацијената развиће се хронични хепатитис. Ток хроничне болести је различит, али трећина пацијената са хроничним хепатитисом ће развити озбиљно обољење јетре 15 до 25 година након инфекције.

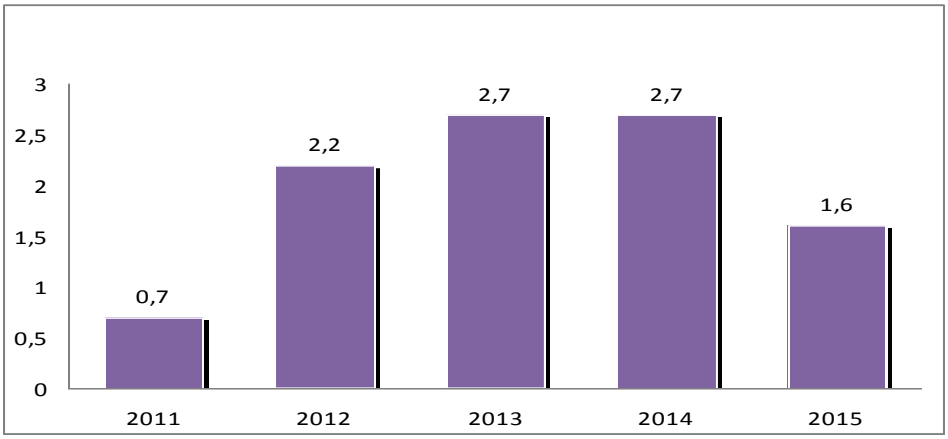
Графикон 44. Стопа инциденце акутног вирусног хепатитиса Ц у периоду 2011-2015. године



Вирусни неспецифични хепатитис (Hepatitis virosa non specificata) – Вирусни неспецифични хепатитис је свако неозначено обољење јетре са коматозним стањем, узроковано вирусом као и неозначено запаљење јетре без коме, али такође узроковано вирусом.

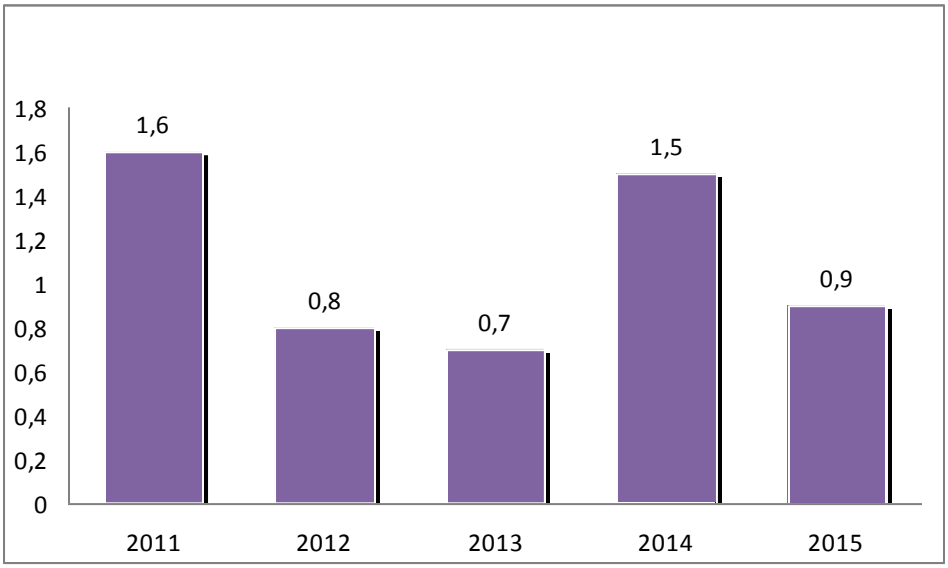
У 2015. години су видентирана 22 случаја са инциденцом 1,6$^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа од 7,69% у групи осталих заразних болести. На графикону 45. се констатује раст морбидитета ове болести у 2012 и 2013. години, у 2014 је забиљежена иста вриједност од 2,7$^{o}/_{oooo}$ као у 2013. години и најзад у 2015. години се констатује пад морбидитета у односу на претходне три године.

Графикон 45. Стопа инциденце акутног вирусног неспецифичног хепатитиса у периоду 2011-2015. године



Носилаштво HbsAg – Током 2015. године је пријављено 13 случајева носилаштва HbsAg, те је инциденца износила 0,9$^{o}/_{oooo}$, а проценат учешћа 4,55%. Највиша инциденца хроничне антигенемије је евидентирана у 2011. години, морбидитет опада у 2012. и 2013. години, у 2014. је дошло до извјесног пораста у односу на претходне двије године, да би у 2015. дошло до пада у односу на претходну годину те се инциденца зауставила на вриједности од 0,9$^{o}/_{oooo}$.

Графикон 46. Стопа инциденце ХБсАг носилаштва у периоду 2011-2015.



Вирусна упала мозга (Encephalitis viralis) – У 2015. години су пријављена 4 случаја вирусног енцефалитиса са инциденцом од 0.3%ооо и процентуалним учешћем од 1,40%. Сваке године се региструје по неколико случајева вирусног енцефалитиса, те су разлике у односу на претходне четири године занемариве.

У спречавању енцефалитиса се не може превентивно дјеловати, осим што се може покушати спријечити настанак болести које могу довести до енцефалитиса. Имунизацијом се може спријечити онај енцефалитис који прати дјечије заразне болести. Такође, оне врсте енцефалитиса чији се узрочници преносе инсектима, спречавају се тако да се сузбијају инсекти или се користи заштита од њихових убода.

Акутна флакцидна парализа (AFP) – Током 2015. године није регистрован ни један случај АФП-е. У претходне четири године посматраног петогодишњег периода од 2011 до 2015 године регистрован је 1 случај АФП-е у 2011. години и по 2 случаја 2012, 2013. и 2014. години. Анализирајући кретање акутне млитаве парализе у овом петогодишњем периоду констатује се да је недовољна сензитивност када је у питању откривање и пријављивање (епидемиолоки надзор), те је неопходно да се успостави ажурно нулто извјештавање

засновано на професионалним основама тимског рада клиничара и превентиваца са циљем спровођење активног надзора над акутном флакцидном парализом.
Епидемије полиомијелитиса које су се појавиле у неким земљама у свијету у периоду од 2003. до 2006. године, представљају доказ да се полиомијелитис може појавити и брзо проширити у свијету, па и у подручјима која су означена као подручја ослобођена од полиомијелитиса. Иако је европски регион 2002. године, сертификован као регион слобођен од полиомијелитиса, земље у овом региону су и даље изложене ризику од трансмисије дивљег полиовируса. Због велике мигрантске кризе која је погодила многе земље Европе па и наше окружење у циљу предупређења настанка полиомијелитиса треба с једне стране повећати проценат обухватности вакцинисања полио вакцином, а са друге стране побољшати сензитивност откривања и пријављивања акутне флакцидне парализе.

Носилаштво HCV антитијела (anti HCV) – У 2015. години није регистрован ни један случај носилаштва HCV антитијела.
У петогодишњем периоду од 2011. до 2015. године пријављена су свега 2 случаја носилаштва HCV антитијела и то по 1 случај у 2011. и 2012. години, док у 2013. и 2014. није евидентиран нити један случај.

9. ПАРАЗИТАРНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

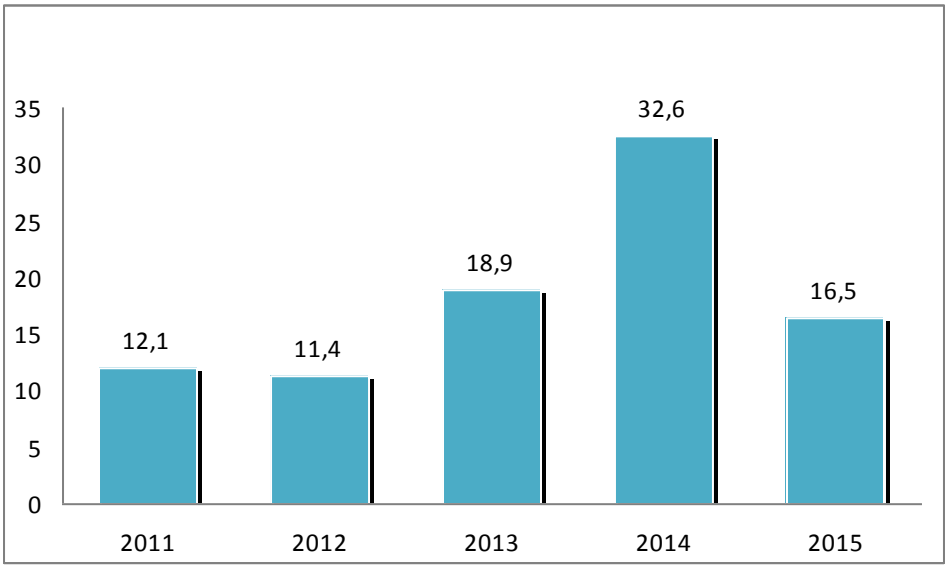
Током 2015. године пријављен је 231 случај паразитарних заразних болести, тако да се паразитарне болести по учесталости налазе на четвртом мјесту са 1,40% учешћа у укупном оболијевању од заразних болести. Стопа инциденце паразитарних заразних болести у 2015. години је износила 16,5$^{o}/_{oooo}$.

У 2015. години осим скабијеса (свраба) није пријављен ни један случај других заразних болести из ове групе.

Свраб (Scabies) - У 2015. години је регистрован како је напријед наведено 231 случај скабијеса са стопом инциденце од 16,5$^{o}/_{oooo}$

Током посматраног петогодишњег периода, у 2012. години је дошло до малог пада морбидитета у односу на почетну годину поматрања, међутим у 2013. години долази до повећања броја обољелих у односу на претходне двије године, што се наставља и у 2014. када је регистрована највиша стопа оболијевања од 32,6 $^{o}/_{oooo}$, а у 2015. години инциденца се значајно смањује на 16,5$^{o}/_{oooo}$ (графикон 47).). Значајан пад броја обољелих се може довести у везу са стабилизацијом санитарно хигијенских услова након поплава која се десила у 2014. години. Без обзира на пад стопе инциденце у 2015. години, скабијес је и даље остаје један од потенцијалних проблема у као индикатор погоршања санитарно хигијенских услова усљед неадекватног водоснабдијевања што је услов за провођење мјера личне и колективне хигијене, што представља једну од веома важних мјера за спречавање и сузбијање заразних болести.

Графикон 47. Стопа морбидитета скабијеса у периоду 2011-2015. год.



Маларија (Malaria) – Током 2015. године није пријављен ни један случај маларије.
У периоду од 2011.-2015. године укупно су регистрована 2 случаја ове боелсти и то по 1 у 2012. И 2014. години, а радило се о импортованим случајевима код особа које су сезонски радиле и боравиле на Афричком континенту.

10.АНТРОПОЗООНОЗЕ

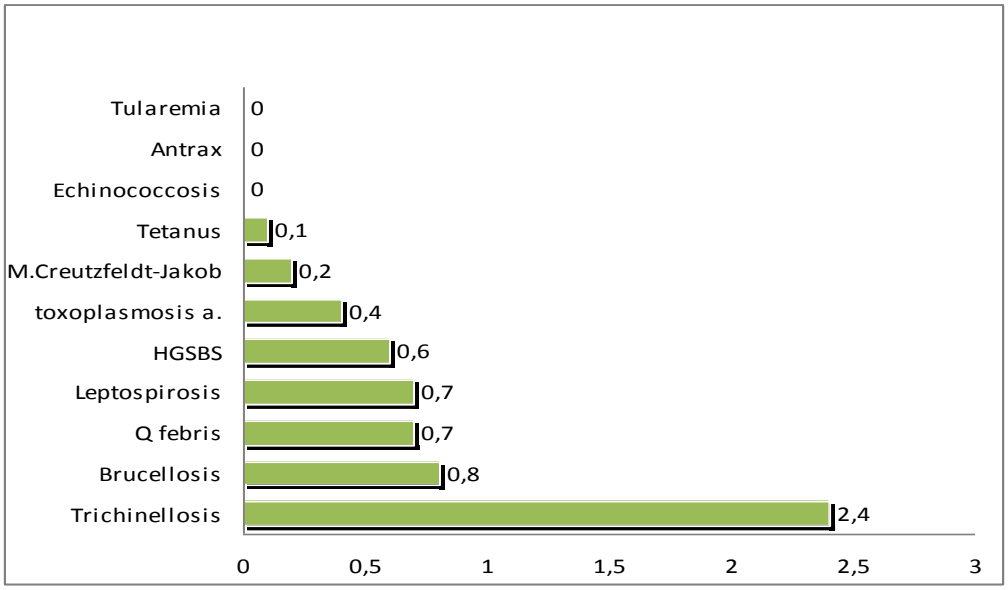
У 2015. години су регистрована 83 обољела од антропозооноза са стопом инциденце од 5,9$^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа од 0,51% у укупном оболијевању од заразних болести, те антропозоонозе у 2015. години по проценту учешћа дијеле шесто односно седмо мјесто међу групама заразних болести.

На првом мјесту међу евидентираним зоонозама у 2015. години је трихинелозе са 34 пријављена, на другом бруцелоза-12, треће и четврто мјесто дијеле Q febris и лептоспироза, на петом мјесту је ХГСБС са 8, затим токспопалзмоза 6 пријављених, па онда 2 вјероватна случаја Creutzfeldt-Jakob-ове болести и на карју 1 случај тетануса. Број обољелих, стопа инциденце и проценат учешћа појединих антропозооноза у 2015 години, приказани су на табели 12 и графиконима 48 и 49.

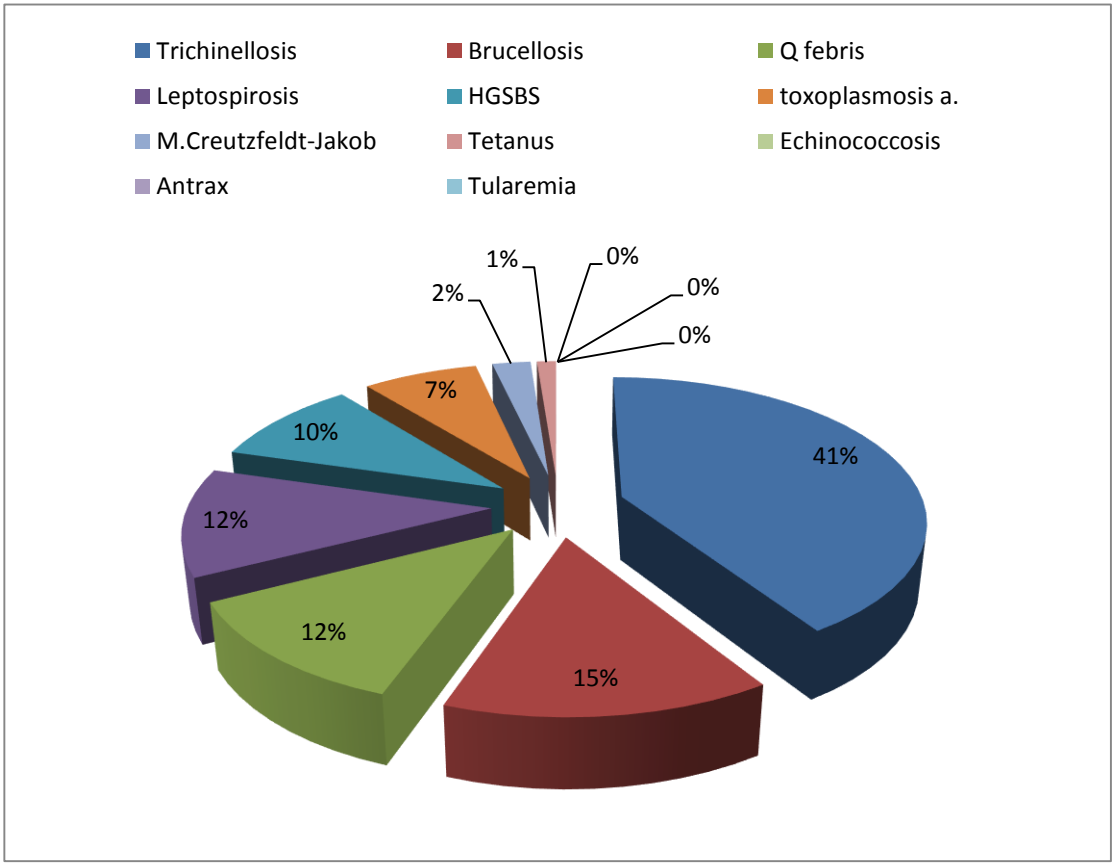
Табела 12. Учесталост антропозооноза у 2015. години

Врста болести	Број обољелих	Ст. инциденце($^{o}/_{oooo}$)	Учешће(%)
Trichinellosis	34	2,4	40,96
Brucellosis	12	0,8	14,46
Q febris	10	0,7	12,05
Leptospirosis	10	0,7	12,05
HGSBS	8	0,6	9,64
Toxoplasmosis acuta	6	0,4	7,23
M. Creutzfeldt-Jakob	2	0,2	2,41
Tetanus	1	0,1	1,20
Echinococcosis	0	0,0	0,00
Antrax	0	0,0	0,00
Tularemia	0	0,0	0,00
УКУПНО	**83**	**5,9**	**100,00**

Графикон 48. Стопа инциденце антропозооноза у 2105. години



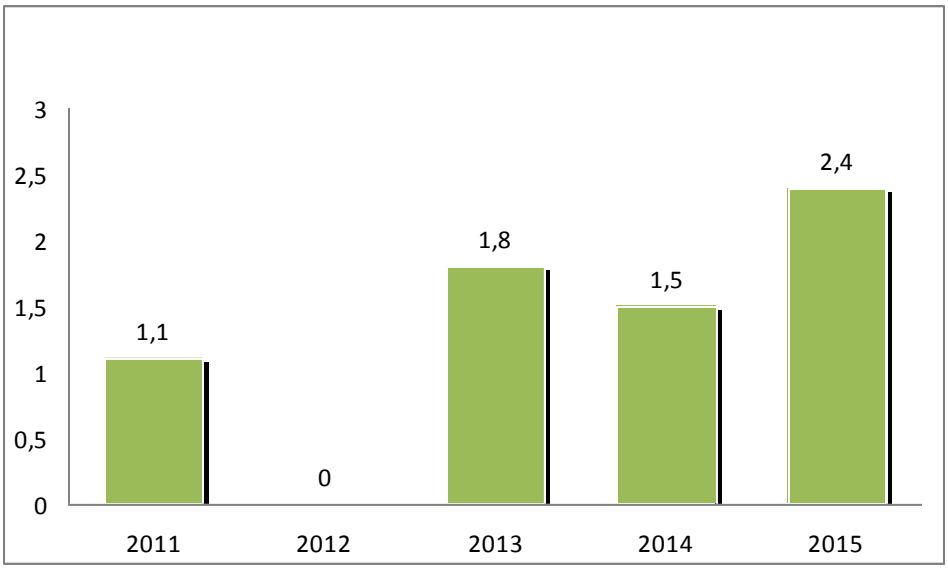
Графикон 49. Учешће појединих антропозооноза у укупном оболијевању од антропозооноза у 2015. години



Трихинелоза (Trichinellosis) - У 2015. години пријављена су 34 случаја трихинелозе са стопом инциденце од 2,4$^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа од 40,96% у укупном оболијевању од антропозооноза.

Анализом кретања стопе инциденце трихинелозе у петогодишњем периоду од 2011-2015 године, констатује се осцилаторно кретање с тим да је најнижа вриједност забиљежена 2012 године, а највиша у 2015 години. У 2011 години стопа је износила 1,1$^{o}/_{oooo}$, 2012 године се не региструје ни један случај, а у 2013. години биљежи пораст на 1,8$^{o}/_{oooo}$ (графикон 50). У 2014. години долази до извјесног пада броја обољелих у односу на 2013. годину, те се евидентира виједност од 1,5$^{o}/_{oooo}$ и на крају у 2015. се региструје највиша горе поменута вриједност од 2,4$^{o}/_{oooo}$ због епидемијске појаве ове болести на подручју општине Вишеград. У циљу надзора и контроле трихинелозе неопходно је континуирано предузимање и спровођење мјера превенције и то уништавање мишоликих глодара као резервоара узрочника трихинелозе, хигијенско уклањање отпадних материја и као најважнија мјера – контрола здравствене исправности свињског меса приликом клања (узорак на трихинелу спиралис).

Графикон 50. Стопа инциденце трихинелозе у периоду 2011-2015. године

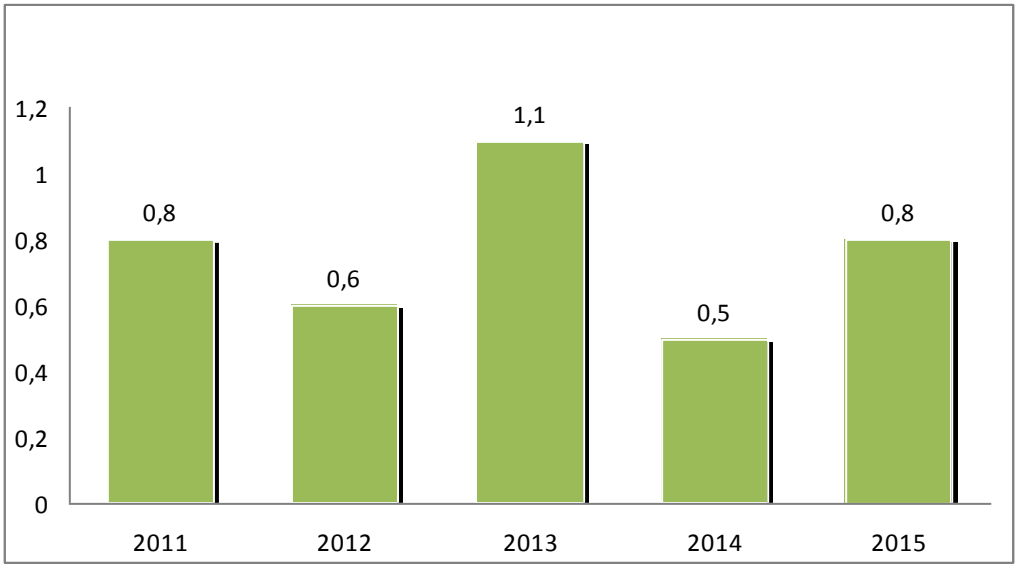


Бруцелоза (Brucellosis) – Током 2015. године регистровано је 12 обољелих од бруцелозе, стопа оболијевања је износила 0,8 $^{o}/_{oooo}$, а проценат учешћа међу антропозоонозама 14,46%.

Велика епидемија бруцелозе у Републици Српској је почела прије овог посматраног петогодишњег периода односно 2007. године, а врхунац епидемије је био у 2008. години са 216 обољелих. Захваљујући свеобухватним противепизоотиолошким и

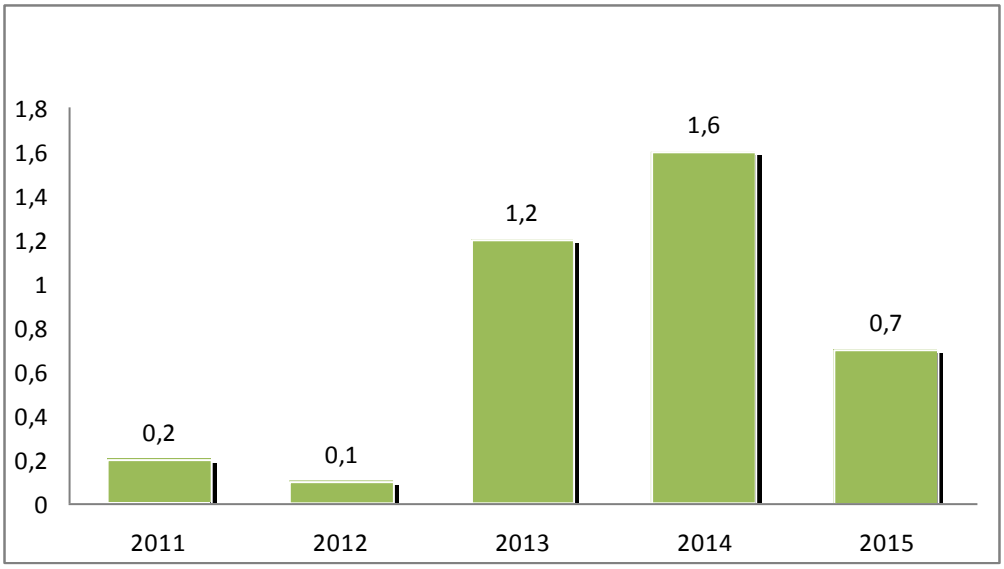
противепидемијским мјерама, број обољелих у 2009. години се смањио на 79 са стопом инциденце од 5,6$^{o}/_{oooo}$. Тренд пада оболијевања настављен је и у сљедећој 2010. години. Током посматраног петогодишњег периода од 2011-2015. године, уочавају се одређене осцилације у стопи оболијевања тако да најнижа вриједност од 0,5$^{o}/_{oooo}$, забиљежена у 2014 години а највиша у 2013. години од 1,1$^{o}/_{oooo}$ (графикон 51).

Графикон 51. Стопа инциденце бруцелозе у перидоу 2011.-2015. године



Кју грозница (Q-febris) – У 2015. години је регистровано 10 обољелих од Q грознице са стопом инциденце од 0,7$^{o}/_{oooo}$ и процентом партиципације од 12,05% у укупном оболијевању од зооноза. У посматраном петогодишњем периоду стопа инциденце Q грознице у 2012. години је имала најнижу вриједност и износила је 0,1$^{o}/_{oooo}$, у 2013.и 2014. години долази до пораста стопе обољелих на 1,6$^{o}/_{oooo}$, а у 2015. години инциденца опет пада на поменуту вриједност од 0,7$^{o}/_{oooo}$ (графикон 52). У ствари, из представљеног дијаграма, односно стопа инциденце можемо закључити, да у овом посматраном петогодишњем периоду није било масовније појаве ове болести, тј. нису регистроване епидемије за разлику од неких претходних година.

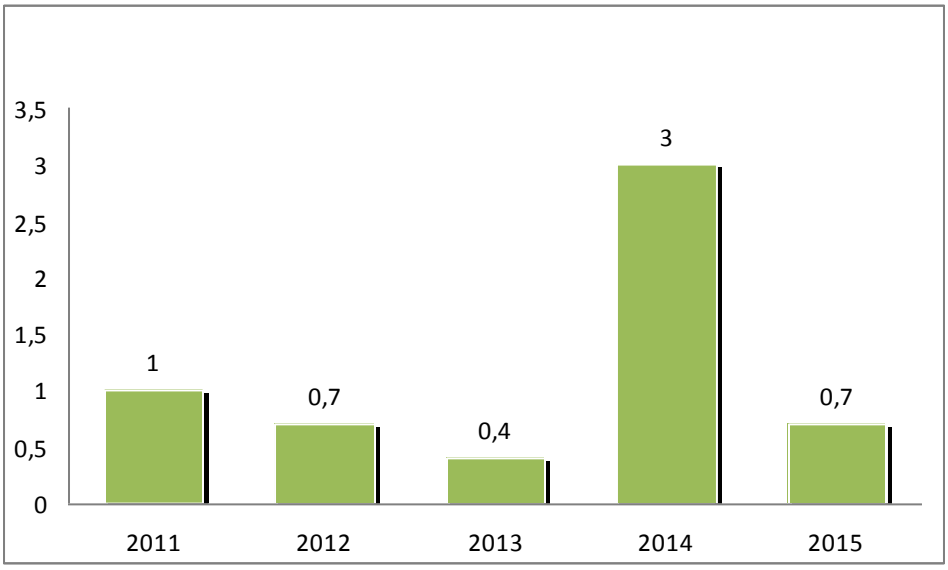
Графикон 52. Стопа инциденце Q грознице у периоду 2011-2015. године



Лептоспироза (Leptospirosis) – Током 2015 године евидентирано је 10 случајева лептоспирозе, са стопом инциденце од 0,7$^{o}/_{oooo}$ и учешћем од 12,05% у укупном оболијевању од антропозооноза.

Анализом оболијевања од лептоспирозе у претходном петогодишњем периоду уочава се тренд пада стопе инциденце у 2012. и 2013. години, у 2014. долази до значајног пораста (3,0$^{o}/_{oooo}$) што се може везати за велике мајске поплаве које су задесиле Републику Српску у тој години, а у 2015. години стопа инциденце поново пада на 0,7$^{o}/_{oooo}$ (графикон 53).

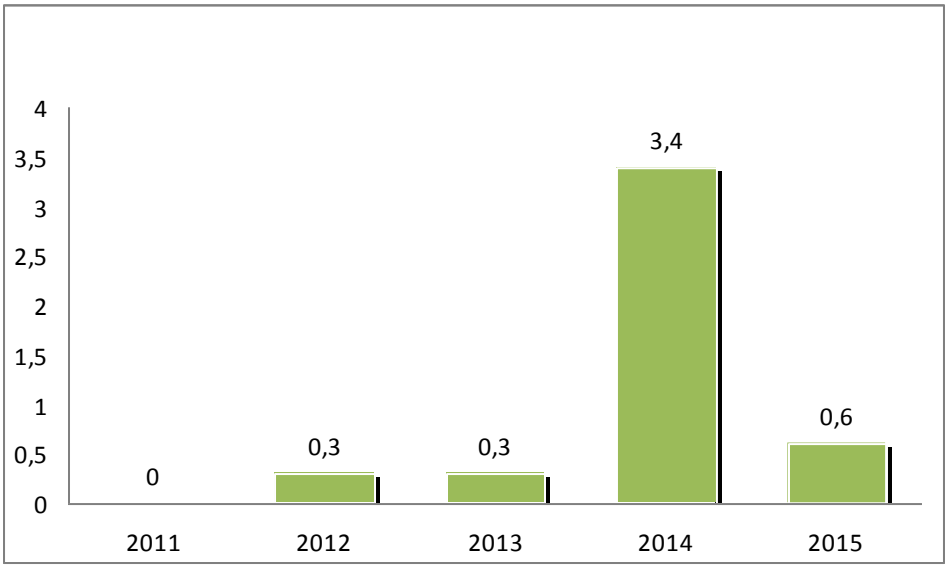
Графикон 53. Стопа инциденце лептоспирозе у периоду од 2011-2015. године



Хеморагична грознице са бубрежним синдромом (HGSBS) – У 2015. години евидентирано је 8 случајева хеморагичне грознице са бубрежним синдромом, па је стопа инциденце износила 0,6‰, а проценат учешћа у укупном оболијевању од антропозооноза 9,64%.

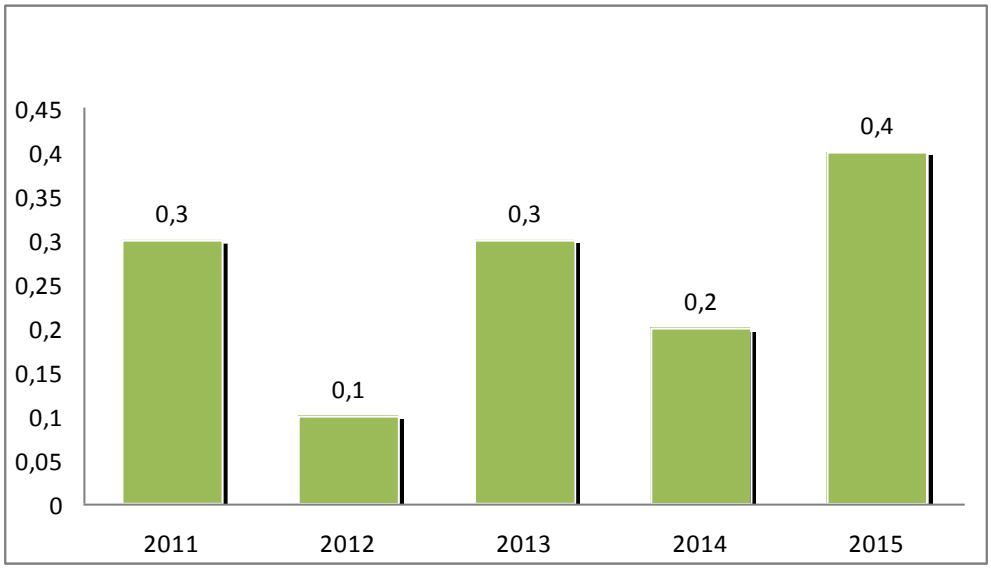
У посматраном петогодишњем периоду, у току 2011 године није пријављен ни један случај, али се у 2012. и 2013. години евидентирају по 4 обољела. У 2014. години долази до наглог скока обољелих због катастрофалних поплава које су између осталог имале за посљедицу активирање познатих и непознатих природних жаришта ове инфекције. У посљедњој посматраној години инциденца опада у односу на претходну годину и зауставља се на вриједности од 0,6‰ (графикон 54). За превенцију односно ефикасан надзор и контролу хеморагичне грознице са бубрежним синдромом неопходно је осим других мјера, обезбиједити спровођење континуиране систематске дератизације како би ниво мишоликих глодара резервоара ове болести свели на биолошки толерантан минимум који није опасан за здравље људи и који не изазива веће економске штете.

Графикон 54. Стопа инциденце хеморагичне грознице са бубрежним синдромом у периоду од 2011-2015. године



Токсоплазмоза (Toxoplasmosis) – Током 2015. године регистровано је 6 случајева токсоплазмозе са стопом инциденце од 0,4$^{o}/_{oooo}$ и 7,23% учешћа у укупном оболијевању од антропозооноза. У посматраном петогодишњем периоду, током 2011. године пријављена су 4 обољела, у 2012. се региструју 2 случаја, 2013. години 4, у 2014. 2 случаја и у 2015. години напријед поменутих 6 случајева (графикон 55).

Графикон 55. Стопа инциденце токсоплазмозе у периоду од 2011-2015. године



Morbus Creutzfeldt-Jakob – У 2015. години су пријављена 2 случаја сумњива на ову болест, која се на основу епидемиолошких података, клиничке слике, патохистолошких и лабораторијских претрага могу сврстати у спорадичне облике ове болести. Након пријава није урађена потврдна дијагноза а за једног обољелог је достављена пријаву о смртном исходу .У претходним годинама овог петогодишњег периода није регистрован ни један случај овог обољења.

Тетанус (Tetanus) – Током 2015. године је пријављен 1 случај тетануса, а у претходне 4 године није било регистрованих случајева ове болести.

Туларемија (Tularemia) - У 2015. години није регистрован ни један случај туларемије. У посматраном периоду од 2011. до 2015. године, забиљежен је 1 случај ове болести у 2014. години.

Антракс (Anthrax) - Током 2015. године није регистрован ни један случај антракса. Међутим у петогодишњем периоду од 2011.-2015. године пријављена су 2 случаја ове болести у 2011. и 1 случај у 2014.години.

Лајшманијаза (Leischmaniasis) - У 2015. години није евидентиран ни један случај лајшманијазе. У периодУ од 2011. до 2015. године такође није пријављен ни један случај ове болести.

Ехинококоза (Echinococcosis)- Иако се сваке године у Републици Српској региструје углавном по неколико случајева ехинонококозе, у 2015. годни није пријављен ни један случај. Стопа инциденце у периоду од 2011. до 2015. године се кретала у распону од 0,3‰ у 2012. до 0,6‰ у 2013. години.

Ботулизам (Botulismus) - Током 2015. године није регистриван ни један случај ботулизма. У претходне 4 године пријављено је 6 случајева ове болести и то по 1 случај у 2011. и 2012. и по 2 случаја у 2013. 2014. години**.**

11.ТРАНСМИСИВНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

У 2015. години трансмисивне заразне болести дијеле шесто и седмо мјесто по учесталости јављања међу појединим групама заразних оболења, укупно су пријављена 83 случаја обољења, забиљежена је стопа инциденце од 5,9$^{o}/_{oooo}$, а проценат учешћа међу групама заразних болести је 0,51%.

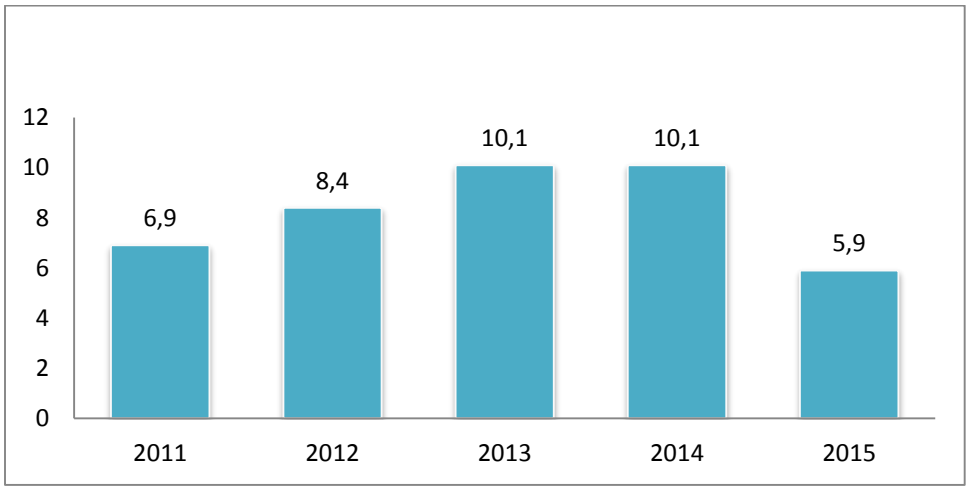
У овој групи оболења осим Лајмске болести са 83 пријављена случаја у 2015. години није регистрован ни један случај других трансмисивних заразних болести у ужем смислу те ријечи.

Лајмска болест (Morbus Lyme) – Током 2015. године су евидентирана 83 случаја Лајмске болести са стопом инциденце од 5,9$^{o}/_{oooo}$. с тим да је у ову болест укључен и мигрирајући еритем (Erithema migrans) као почетни стадијум ове болести.

Анализирајући кретање стопе морбидитета Лајмске болести у петогодишњем периоду од 2011. до 2015. године запажа се пораст морбидитета од 2011. до 2013. године, у 2014. се региструје иста стопа као у 2013 те се на крају у 2015. години инциденца спушта на најнижу вриједност 5,9$^{o}/_{oooo}$ (графикон 56).

У циљу контроле и надзора над појавом и ширењем Лајмске болести, усљед евидентних климатских промјена (глобално отопљавање које погодује одржавању природно жаришних инфекција), велики значај између осталог има провођење мјера личне заштите приликом боравка у природи и преглед површине тијела након повратка из природе. У случају уједа/угриза крпеља неопходно је благовремено јављање у здравствену установу ради правилног уклањања крпеља са површине коже и провођења мјера здравственог надзора.

Графикон 56. Стопа инциденце M. Lyme у периоду 2011-2015 године



Грозница западног Нила (West Nile fever). У 2015. години није пријављен ни један случај грознице западног Нила, као ни у периоду 2011-2013. године

У претходној 2014. години је пријављено 10 вјероватних случајева ове болести. Сви су дијагностиковани у Заводу за микробиологију Клиничког центра Бања Лука и воде се као вјероватни случајеви у складу са међународном дефиницијом случајева заразних болести, и ни један случај није потврђен. Обољели су регистровани у три регије (Бањалука, Добој и Требиње), различитог су добног узраста, а највећи број је регистрован у мјесецу мају.

12.ПОЛНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

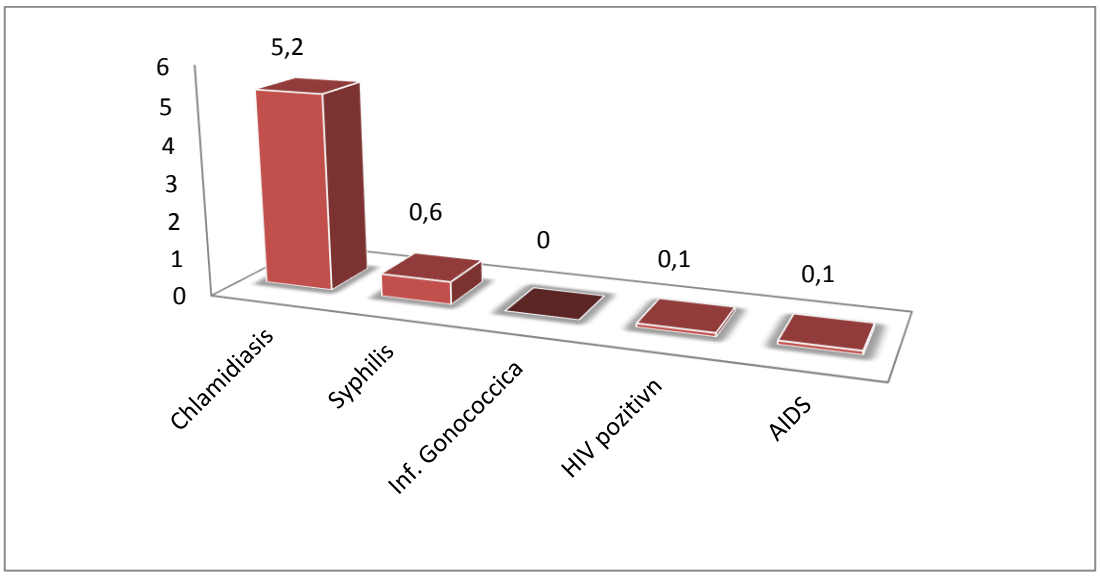
Током 2015. године пријављено је укупно 84 обољелих од полних заразних болести са стопом морбидитета од 6,0$^{o}/_{oooo}$ и 0,51 % учешћа у укупном оболијевању од заразних болести, а у односу на остале групе заразних болести, налазе се на петом мјесту. Реално оболијевње од ових болести је највјероватније далеко веће, јер због присутности стигме и дискриминације као и културолошких разлога ова група болести се углавном нередовно и недовољно пријављују од стране доктора медицине како у државном тако и приватном сектору.

Број обољелих, стопа морбидитета и процентуално учешће појединих полних заразних болести у односу на укупан број полних заразних болести у 2015. години приказани су на табели 13 и графиконима 58 и 59.

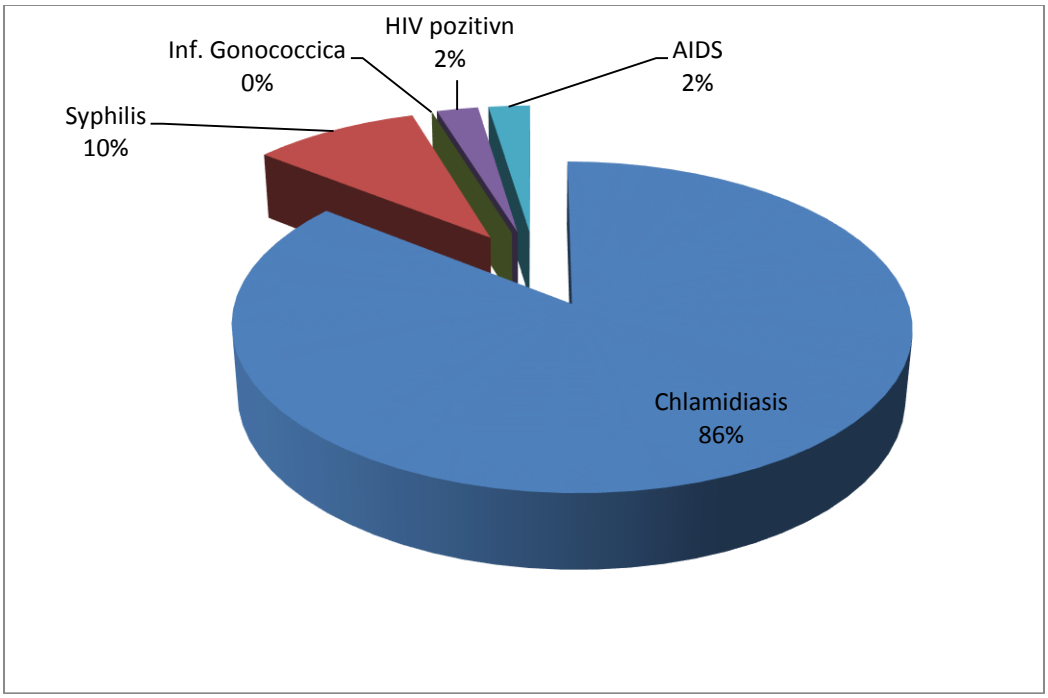
Табела 13. Учесталост полних заразних болести у 2015. години

Врста болести	Број обољелих	Стопа инциденце ($^{o}/_{oooo}$)	Учешће (%)
Chlamidiasis	72	5,2	85,71
Syphilis	8	0,6	9,53
HIV pozitivnost	2	0,1	2,38
AIDS	2	0,1	2,38
УКУПНО	**84**	**6,0**	**100,00**

Графикон 58. Стопа инциденце полних заразних болести у 2015. години



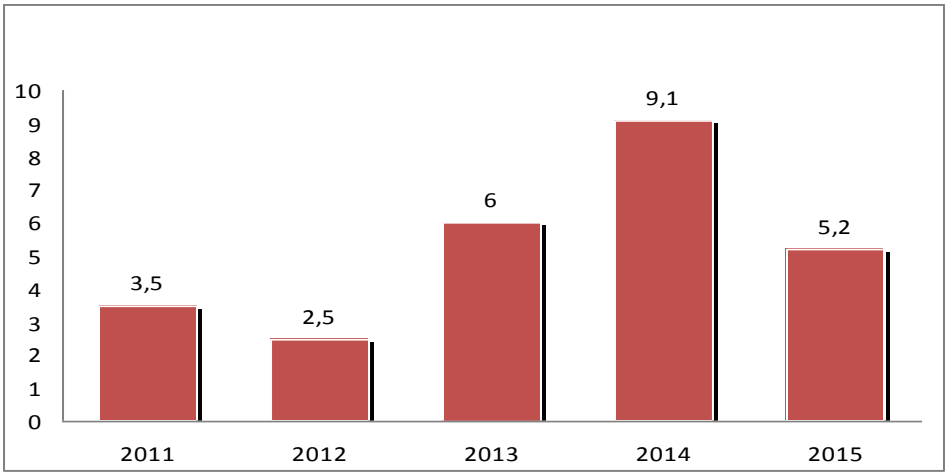
Графикон 59. Учешће појединих полних заразних болести у укупном оболијевању од полних заразних болести у 2015. години



Хламидијаза (Chlamidiasis) – У 2015. години, евидентирано је укупно 72 случаја гениталне хламидијазе, стопа морбидитета износила је 5,2$^{o}/_{oooo}$, а проценат учешћа међу полним заразним болестима 85,71%.

Анализом кретања оболијевања хламидијазе у посматраном периоду уочава се да у стопи морбидитета у 2011 и 2012 години није било значајнијих осцилација, у 2013 и 2014години је дошло до пораста стопе оболијевања на 9,1$^{o}/_{oooo}$, док се у 2015 години биљежи пад инциденце на 5,2 $^{o}/_{oooo}$ (графикон 60).

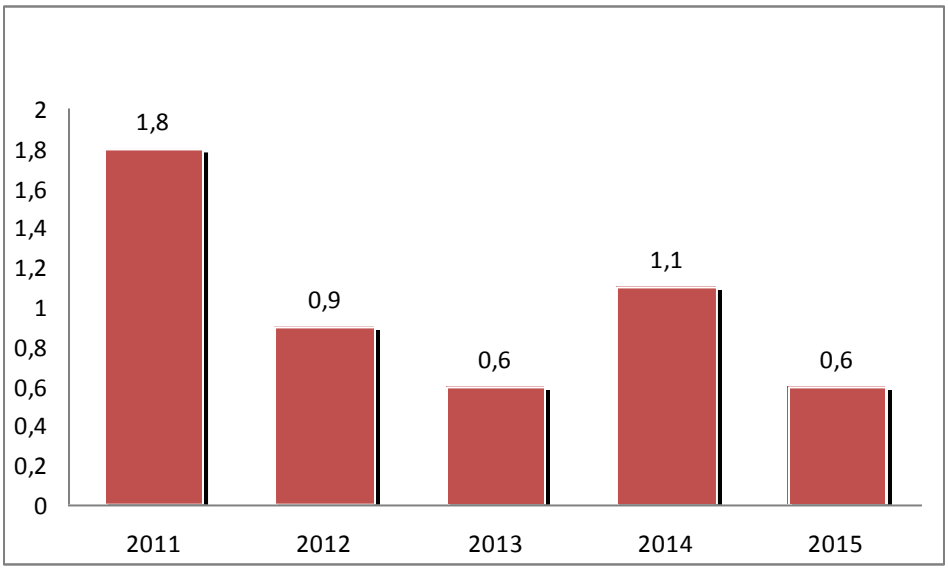
Графикон 60. Стопа инциденце хламидијазе у периоду 2011-2015. године



Сифилис (Syphilis/Lues) – Током 2015. године је пријављено 8 случајева сифилиса са стопом инциденце од 0,6°/₀₀₀₀ и процентуалним учешћем од 9,53% у укупном оболијевању од полних заразних болести.

У посматраном периоду, највећа стопа оболијевања од сифилиса се биљежи у 2011 години када је износила 1,8°/₀₀₀₀, док у наредним годинама није било значајнијих осцилација (графикон 61).

Графикон 61. Стопа инциденце сифилиса у периоду 2011-2015. године

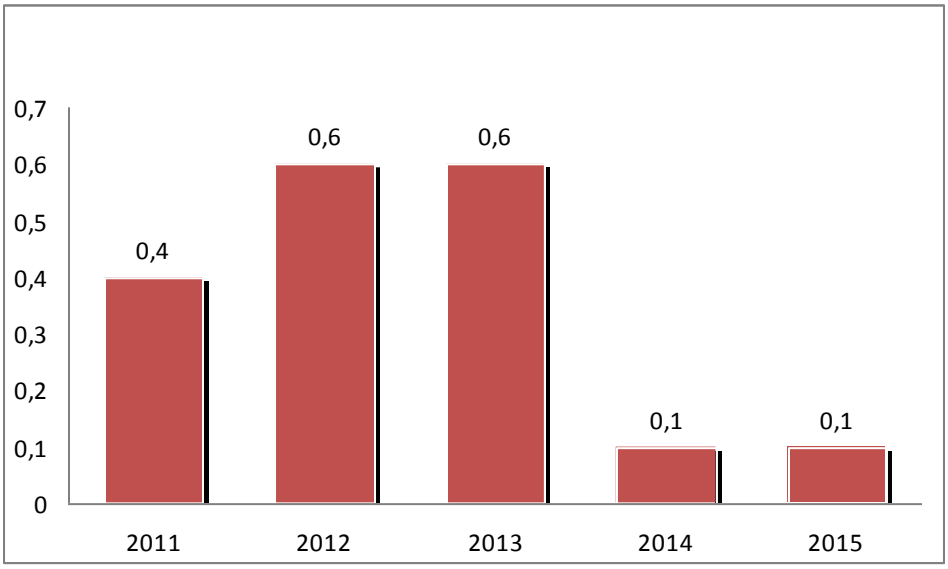


ХИВ позитивност (HIV +) – У 2015. години откривене су 2 HIV позитивне особе, тако да је стопа оболијевања износила 0,1°/₀₀₀₀, а проценат учешћа међу полним заразним болестима 2,38 %.

Анализирајући посматрани период, уочава се да се број новооткривених ХИВ позитивних особа кретао од 0,6°/₀₀₀₀у 2012 и 2013 години, до 0,1°/₀₀₀₀ у 2014 и 2015 години (графикон 62).

У Републици Српској у оквиру редовних и пројектних активности проводе се превентивне и промотивне мјере као и тестирање и савјетотовање кроз центре за добровољно, повјерљиво и анонимно савјетовање и тестирање у циљу благовременог откривања ХИВ позитивних особа, што се посебно односи на вулнерабилне группе, односно популације које се налазе у повећаном ризику од ХИВ инфекције.

Графикон 62. Стопа инциденце HIV позитивних у периоду 2011 – 2015. године

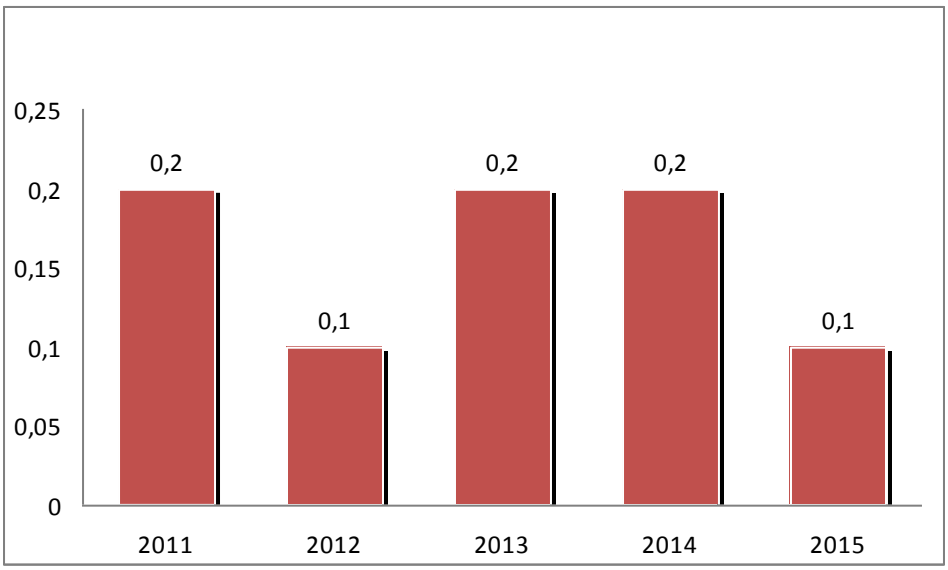


СИДА (AIDS) – Током 2015. године пријављене су двије обољеле особе од ове болести. Један од обољелих је 2 дана након пријема и откривања болести имао је леталан исход. Анализом кретања стопе морбидитета у петогодишњем периоду уочава се да се региструју појединачни случајеви оболијевања од сиде, тако да се стопа оболијевања кретала од 0,1°/₀₀₀₀ до 0,2°/₀₀₀₀ (графикон 63).

Утицај на ниску стопу морбидитета од АИДС-а поред наведених разлога за остале полне заразне болести, вјероватно има раније откривање особа које су заражене вирусом ХИВ-а, а нокон тога благовремено укључивање високоактивне антиретровирусне терапије за ХИВ позитивне особе које су под надзором здравствене службе. Регистровани обољели од АИДС-а, из одређених разлога јављају се љекару у одмаклој фази болести, када терапијски третман нема адекватне резултате, као што се десило са наведеним случајем који је непосредно након јављања у здравствену установу имао леталан завршетак.

Када је у питању ова врста болести (ХИВ+, АИДС) у нашем друштву и даље је изражена присутност стигме и дискриминације, што негативно утиче на благовремено откривање и третман болести, чему поред здравственог сектора и шира друштвена заједница треба посветити посебну пажњу и додатне напоре. Као и све болести из ове групе, пријављени односно откривени представљају само врх леденог бријега, док већи број лица остаје скривен, због наведених проблема.

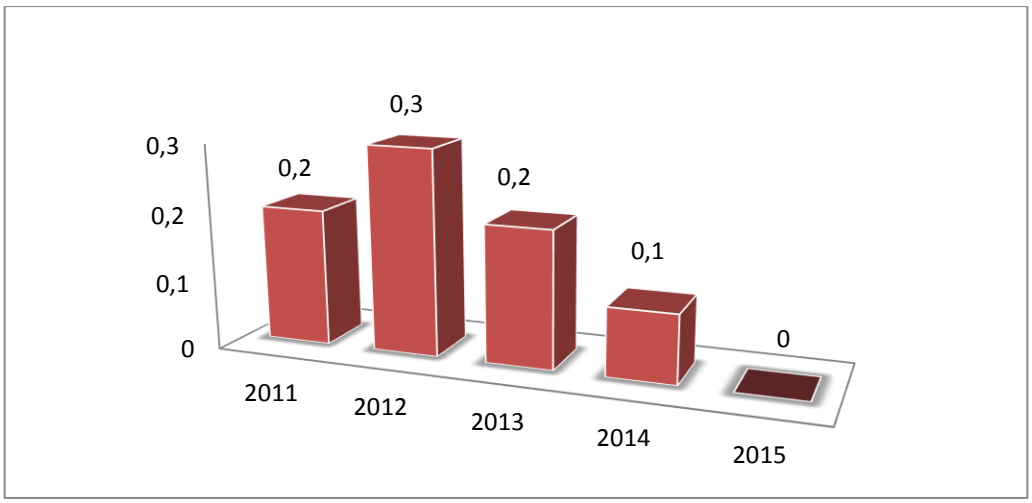
Графикон 63. Стопа инциденце AIDS-а у периоду 2011-2015. године



Гонореја -Трипер (Infectio gonococcica) – Током 2015. године, није пријављен ни један случај обољења од гонококне инфекције, а у претходном посматраном периоду пријављивани су само појединачни случајеви, односно регистровала се ниска стопа оболијевања (графикон 64).

Због већ наведених проблема за пријављивање обољења која се преносе полним путем које је стандардно лоше , за гонореју је та чињеница најизраженија јер се ова болест објективно далеко чешће јавља, а најлошије и најрјеђе пријављује, те се може рећи да представља индикатор лошег пријављивања заразних болести.

Графикон 64. Стопа инциденце гонореје у периоду 2011-2015. године

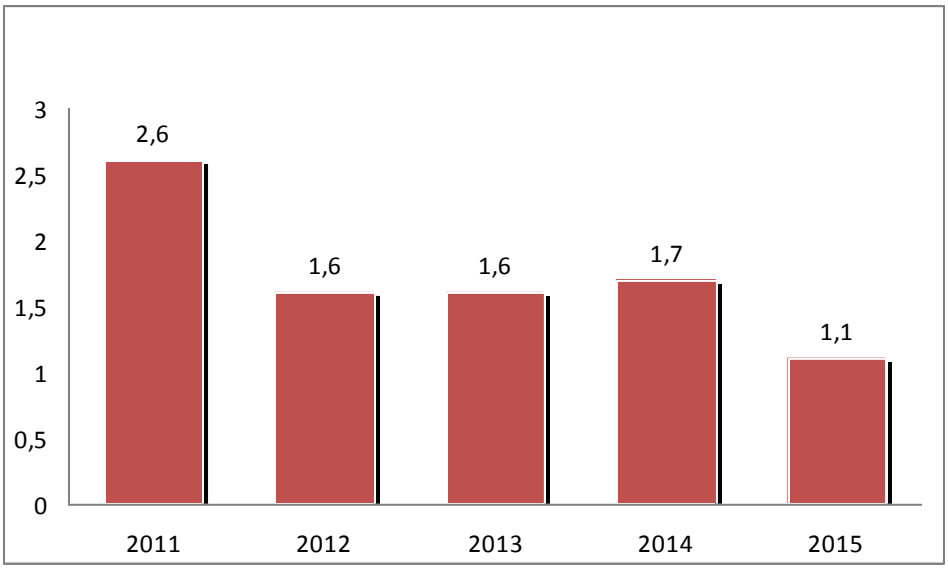


13. КОЖНЕ ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

Као и претходне године, и ове 2015. године из ове групе заразних болести пријављен је само еризипел. По учесталости јављања међу заразним болестима ова група се налази на посљедњем, осмом мјесту. У 2015. години пријављено је 16 случајева обољелих од еризипела са стопом инциденце од 1,1$^{o}/_{oooo}$ и процентом учешћа од 0,1% у укупном оболијевању од заразних болести.

Еризипел (Erysipelas) – У 2015. години, евидентирано су 16 случајева обољелих од еризипела, а стопа инциденце је износила 1,1$^{o}/_{oooo}$.
Анализом кретања стопе оболијевања од еризипела у посматраном периоду, уочава се извјестан под стопе инциденце а иста се кретала од 2,6$^{o}/_{oooo}$, до 1,1$^{o}/_{oooo}$ у 2015 години (графикон 65).

Графикон 65. Стопа инциденце еризипела у периоду 2011-2015. године



14.ЕПИДЕМИЈЕ ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

Током 2015. године у Републици Српској је регистровано 46 епидемија заразних болести и то 40 респираторних, 3 контактне, 2 алиментарне и 1 епидемија гдје је пут преноса непознат, али је највјероватнији пут преноса била вода.

У тим епидемијама укупно је пријављено 6.086 обољелих, од чега 5.705 у капљичним епидемијама у контактним 146, алиментарним 91 и 144 обољелих у једној епидемији гдје је пут трансмисије ипак остао непознат. У пријављеним епидемијама у 2015. години није евидентиран ни један смртни случај.

На табели бр.14. приказане су основне карактеристике пријављених епидемија.

Табела бр. 14 Регистроване епидемије у 2015. години

Ред. број	Епидемија/ шифра	Мјесто/ популација	Број обољ.	Трајање	Узрочник	Пут преноса	Умрли
1.	Scarlatina A38	Приједор	8	21.12.2014-23.01.2015.	Streptococc.β haem.	аерогени	-
2.	Morbilli B05	Гацко	17	10.12.2014.-01.04.2015.	Virus morbila	аерогени	-
3.	Morbilli B05	Вишеград	11	12.01.2015.-14.3.2015.	Virus morbila	аерогени	-
4.	Hepatitis vir.A-B15	Хан Пијесак	9	09.10.2014.-31.07.2015	Virus hepatitisa A	контактни	-
5.	Morbilli B05	Дервента	219	22.01.2015.-25.08.2015.	Virus morbila	аерогени	-
6.	Ascariasis B77	М. Град, О.Ш. и Вртић	57	23.11.2014-27.02.2015.	Ascaris lumbricoides	контактни	-
7.	Varicella B01	Прњавор Кулаши	26	10.11.2014-09.03.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
8.	Trichinellosis B75	Вишеград Вучине	31	02.03.2015.-24.03.2015.	Trichinella spiralis	храна (св. кобасице)	-
9.	Morbilli B05	Пелагићево	19	11.02.2015.-07.04.2015.	Virus morbila	аерогени	-
10.	Morbilli B05	Доњи Жабар	6	25.02.2015. 06.04.2015.	Virus morbila	аерогени	-
11.	Morbilli B05	Братунац	177	24.11.2014.-09.4.2015.	Virus morbila	аерогени	-
12.	Morbilli B05	Сребреница	41	08.12.2014.-30.03.2015.	Virus morbila	аерогени	-
13.	Morbilli B05	Фоча	23	23.11.2014.-01.04.2015.	Virus morbila	аерогени	-
14.	Varicella B01	Челинац	96	01.03.2015.-03.06.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
15.	Varicella B01	Прњавор Лишња	72	01.02.2015.-03.06.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-

16.	Varicella B01	Прњавор. Вртић ,,Наша радост''	58	01.03.2015.-19.06.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
17.	Varicella B01	Соколац	4	16.02.2015.-31.03.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
18.	Varicella B01	И. Сарајево	28	23.02.2015.-31.03.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
19.	Varicella B01	Приједор	187	20.10.2014-31.03.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
20.	Varicella B01	Градишка	154	01.12.2014.-07.03.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
21.	Morbilli B07	Град Требиње	27	29.12.2014-27.04.2015.	Virus morbila	аерогени	-
22.	Morbilli B05	Кнежево	158	08.03.2015.-07.07.2015.	Virus morbila	аерогени	-
23.	Morbilli B05	Лакташи	45	25.02.2015.-14.08.2015.	Virus morbila	аерогени	-
24.	Morbilli B05	Вишеград	11	15.12.2014.-16.01.2015.	Virus morbila	аерогени	-
25.	Eneterocolitis A09	Лакташи Бања Слатина	60	13.04.2015. 20.04.2015.	Enterobacter	храна, (пилетина)	-
26.	Varicella B01	Фоча	28	04.03.2015.-30.04.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
27.	Varicella B01	Шипово	196	06.01.2015.-12.05.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
28.	Morbilli B05	Модрича	26	29.04.2015. 30.08.2015.	Virus morbila	арогени	-
29.	Morbill B05	Градишка	50	05.02.2015.-24.08.2015.	Virus morbila	аерогени	-
30.	Morbilli B05	Пале	138	29.11.2014.-24.006.2015	Virus morbila	аерогени	-
31.	Morbilli B05	Челинац	28	05.04.2015.-30.06.2015.	Virus morbila	аерогени	-
32.	Morbilli B05	Бијељина	1.101	12.10.2014.-27.05.2015.	Virus morbila	аерогени	-
33.	Morbilli B05	Зворник	49	01.11.2014.-04.05.2015.	Virus morbila	аерогени	-
34.	Morbilli B05	Угљевик	48	02.11.2014.-18.05.2015.	Virus morbila	аерогени	-
35.	Morbilli B05	Билећа	470	07.11.2014.-08.05.2015.	Virus morbila	аерогени	-
36.	Morbilli B05	И. Илиџа и И.Сарајево	202	05.12.2014.-06.06.2015.	Virus morbila	аерогени	-
37.	Varicella B01	Козарска Дубица	120	27.11.2014. 30.06.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
38.	Morbilli B05	Бања Лука	965	06.11.2014.-08.09.2015.	Virus morbila	аерогени	-
39.	Morbilli B05	Добој	50	26.09.2014.-12.01.2015	Virus morbila	аерогени	-
40.	Morbilli B05	Петрово	19	12.12.2014.-31.08.2015.	Virus morbila	аерогени	-

41.	Varicella B01	Мркоњић Град	710	03.01.2014.-30.09.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
42.	Gastroenteroc. acuta A09	Милићи	144	01.09.2015.-26.10.2015.	Није откривен	вјероватно вода	-
43.	Varicella B01	Прњавор Вртић,,Бамби''	15	10.12.2015.-31.12.2015.	Varicella-zoster virus	аерогени	-
44.	Ascariasis B77	Приједор Вртић ,,Радост''	80	07.12.2015.-31.12. 2015.	Ascaris lumbricoides	контакни	-
45.	Morbilli B05	Лопаре	19	17.12.2014. 20.02.2015.	Virus morbila	аерогени	-
46.	Morbilli B05	Котор Варош	45	03.02.2015.-21.07.2015.	Virus morbila	аерогени	-

На табели 15. приказан је број епидемија према путу преноса у 2015. и компаративно у 2014. години, а на табели 16. се види процентуално учешће епидемија према путу преноса у 2015 години, са поређењем у 2014. години.

Табела 15. Број епидемија према путу преноса у 2015. и 2014. години

Пут преноса	2014.	2015.
Респираторне	30	40
Контактни	2	3
Алиментарни	7	2
Комбиновани	1	0
Хидрични	0	0
Непознат	0	1
УКУПНО	**40**	**46**

Табела 16. Учешће (%) епидемија према путу преноса у 2015 и 2014. години

Пут преноса	2014.	2015.
Респираторне	75,00	86,96
Контактни	5,00	6,52
Алиментарни	17,50	4,35
Комбиновани	2,50	0,00
Хидрични	0,00	0,00
Непознат	0,00	2,17
УКУПНО	**100,00**	**100,00**

Респираторне епидемије - У 2015. години, што је приказано на табелама 14**,** 15 и 16. по учесталости јављања на првом мјесту су убједљиво капљичне епидемије, а разумије се и по броју обољелих. Током 2015. године укупно је регистровано 40 капљичних епидемија у којима је евидентирано 5.705 обољелих и то:

- 26 епидемија морбила са 2.410 обољела
- 13 епидемија варичеле са 1.733 ообољела
- 1 епидемије шарлаха са 8 обољелих

Епидемија морбила – У 2015. години је званично пријављено 26 епидемија морбила и укупно 2.410 особа обољелих од ове болести. Имајући у виду чињеницу да је епидемија морбила у Републици Српској почела у 2014. години када је највећи Домова здравља по општинама и пријавио епидемију, епидемије су настављене и у 2015 години све до почетка мјесеца септембра када је одјављена последња епидемија у Бања Луци (08.09 2015).

Укупно је од почетка епидемије од маја мјесеца 2014. до окончања епидемије, почетком септембра 2015.године регистровано 4.032 обољела (1.622 у 2014. и 2.410 у 2015.)

Дескриптивном епидемиолошком анализом података о обољелима констатовано највећи број обољелих је у узрасној групи 20-29 година, затим 15-19 и 6-14 година, а мањи али ипак значајан број је регистрован у узрасту од 30-39 година. Највећи број обољелих односи на лица која су рођена у предратном и ратном приоду од 1990-1995. Године, те нису вакцинисани према обавезном календару. Осим наведеног узраста у епидемији су оболијевали и млађи и старији који су непотпуно вакцинисани или се нису вакцинисали из одређених разлога. Када је у питању полна дистрибуција већи постотак обољелих су особе мушког пола (54%) у односу на женски пол (46%). Анализом података према мјесту облијевања највећи број обољелих је из градских подручја и то 71%, а мањи из сеоских и износи 28%. Од почетка епидемије од обољелих, укупно је узето 217 узорака на серолошку дијагностику (Елиса тест). Након анализе било је 158 позитивна на ИгМ Ат, што је 72,81% у односу на укупан број анализираних узорака.

У току епидемије хоспитализовано је укупно 287 обољелих, углавном са тешком и средње тешком клиничком сликом различитих добних узраста. Од компликација код обољелих су регистроване бронхопнеумоније, пнеумонија, упала уха и синуса, и два случаја енцефалитиса. У току епидемије смртни случајеви нису регистровани.

Анализом података о вакциналном статусу обољелих, највећи проценат су невакцинисане особе (41%), затим особе које немају податке о вакциналном статусу (38%), непотпуно вакцинисани (11%), а 10% обољелих према добијеним подацима су имали уредан вакцинални сатус. У току епидемије хигијенско епидемилошке службе и вакцинални центри Домова здравља, МРП вакцином су додатно је вакцинисали укупно 2761 лица узраста од 7 до 19 година.

Противепидемијске мјере је спроводио Институт за јавно здравство у сарадњи са Домовима здравља (хигијенско-епидемиолошке, педијатријске и службе породичне медицине) и Инфективним клиникама односно Инфективним одјељењима болница.

Епидемија варичела - је капљична заразна болест која се код нас јавља током цијеле године и сваке године се региструје у епидемијској форми, те је у 2015. години пријављено 13 епидемија ове болести у којима су регистрована 1.733 обољела. У превенцији варичела

код нас не постоје мјере специфичне заштите и управо се због тога ова болест сваке године јавља епидемијски у осјетљивој популацији која је била изложена изворима заразе и то првенствено код предшколске и школске дјеце, а сасвим ријетко и код одраслих особа.

Епидемија шарлаха - У 2015. години пријављена је и 1 епидемија шарлаха и то на подручју града Приједора. Укупно је пријављено 8 обољелих у овој епидемији и углавном се радило о лакшим клиничким облицима болести те су лијечени амбулантно.

Током 2015. године у Републици Српској званично није пријављена епидемија грипе. У 2015. години као и претходних година у Републици Српској је на вријеме извршена вакцинација против грипа и то најугроженијих категорија становништва као и вакцинација комерцијалном вакцином.

Контактне епидемије - У 2015. години по учесталости јављања се налазе на другом мјесту, што је приказано на табелама 14, 15.и 16. Укупно су пријављене 3 контактне епидемије и то:

- Епидемија акутног вирусног хепатитиса А на подручју општине Хан Пијесак.
- Епидемија аскаријазе у дјечијем вртићу и основној школи на подручју општине Мркоњић Град
- Епидемија аскаријазе у дјечијем вртићу на подручју општине Приједор

Епидемија заразне жутице типа А је регистрована на подручју општине Хан Пијесак крајем 2014. године и до краја јула мјесеца 2015. године укупно је пријављено 9 обољелих из 4 породице. Локални дом здравља је на вријеме предузео одговарајуће противепидемијске мјере и то: пријаву, изолацију, лијечење, епидемиолошко
истраживање, дезинфекцију и здравствено васпитање обољелих и њихових контаката.

Епидемија аскаријазе у **дјечијем вртићу и основној школи на подручју општине Мркоњић Град** је почела крајем 2014 године и трајала је до 27.0 2.2015. године. Укупно је пријављено 57 инфестираних, а противепидемијске мјере је спроводила локална хигијенско-епиодемиолшка служба у срадњи са службом породичне медицине, педијатријском службом и санитарном инспекцијом.

Епидемија аскаријазе у дјечијем вртићу ,,Радост'' у Приједору је почела 07.12.2015. године и до краја децембра 2015. године пријављено је 80 особа са позитивним налазом аскариса. Противепидемијске мјере је спроводио дом здравља у сарадњи са санитарном инспекцијом.

Алиментарне епидемије - По учесталости јављања у 2015. години се налазе на трећем мјесту. Званично су пријављене 2 епидемије са 91 обољелом особом и то: .

- Епидемија трихинелозе са 31 регистрованим случајем,
- Епидемија интестиналне инфекције - ентерокоилитиса са 60 евидентираних.

Епидемија трихинелозе - У насељу Вучине на подручју општине Вишеград је почела 2.3.2015. и трајала је до 24.3.2015. године, а од 70 експонираних пријављен је 31 обољели од којих је 8 лијечено болнички. До епидемије је дошло након конзумирања кобасица направљених од меса дивље и домаће свиње. Кобасице су нарочито конзумиране на једном скупу, осим тога подијељене су пријатељима и родбини, а месо је претходно наводно прегледано и није утврђено присуство трихинеле. Противепидемијске мјере је спроводио Дом здравља. Вишеград у сарадњи са Регионалним центром Фоча, Инфективним одјељењем болнице у Фочи и локалном ветеринарском и санитарном инспекцијом. У циљу праћења и контроле трихинелозе неопходно је стално предузимање и провођење мјера превенције, као што су уништавање мишоликих глодара резервоара узрочника ове болести, хигијенско уклањање отпадних материја и као најважнија мјера контрола здравствене исправности свињског меса, односно узорковање на трихинелу спиралис.

Епидемија интестиналне инфекције - У Бањи Слатина на подручју општине Лакташи је почела 13.04.2015. године и трајала је до 20.04.2015. годиине. Први случајеви ентероколитиса регистровани су 13. 04.2015. године када се више пацијената пожалило на стомачне тегобе (пролив, повраћање, малаксалост, код неких и повишена температура). Укупно је регистровано 60 обољелих од којих је 7 здравствених радника. Већина обољелих је евидентирана на одјељењу реуматологије, док је на одјељењу Ц регистровано 9 обољелих. Није било компликација нити животно угрожених. У узорцима хране (пилеће месо) идентификован је ентеробактер. Након опсежног увида у санитарно-хигхијенске прилике, начин снабдијевања намирницама кухиње у Слатини, анализом времена јављања нових случајева, изгледа графикона и типа епидемије као и на основу резултата микробиолошких анализа закључено је да је извор заразе била секундарно контаминирана храна, односно да је у питању епидемија заједничког извора. Сходно наведеном предузимане су одговарајуће противепидемијске мјере.

Повремена појава алиментарних епидемија у суштини указује на пропусте у надзору, производњи, промету, дистрибуцији, складиштењу и чувању животних намирница и хране. У превенцији појединачних случајева и епидемија цријевних зараза узрокованих контаминисаним животним намирницама и храном приоритетно је провођење мјера које ће онемогућити контаминацију животних намирница и хране микроорганизмима и провођење мјера које ће контаминисане намиринице и храну учинити нешкодљивим.

Епидемија гастроентероколитиса - У 2015. години је пријављена и једна епидемија чији је пут преноса остао неразјашњен, а то је епидемија интестиналне инфекције односно

гастроентероколитиса на подручју општине Милићи. Епидемија је почела 15. 09. 2015. године, а укупно су евдинетирана 144 обољела. Код обољелих су били испољени сљедећи симптоми и знаци: мучнина, малаксалост, повишена температура, повраћање и пролив. Узрочник ове епидемије није откривен, а претпоставља се да је пут преноса била вода за пиће. Међутим локална ХЕС-а није извршила епидемиолошко анкетирање обољелих, што је умногоме отежало анализу ове епидемије и извођење ваљаних закључака. Узорковање воде за пиће из гардске водоводне мреже је извршено 09.10. и 15.10.2015, године, а анализом је констатовано да је била повећана мутноћа воде, повећан број колонија и нађен је ентерокок. Од неколико пацијената су узети узорци столице на копрокултуру и паразите, али су налази били негативни.

15.БОЛНИЧКЕ ИНФЕКЦИЈЕ И ЕПИДЕМИЈЕ БОЛНИЧКИХ ИНФЕКЦИЈА

У посљедњих неколико година је дошло до извјесних позитивних помака у пријављивању појединачних интрахоспиталних инфекција, али ипак због непријављивања болничких инфекција од стране појединих особа у неким болницама, Институт За Јавно здравство нема сигурне подаке о инциденци и преваленци односно стопама јављања болничких инфекција.

Током 2015. године, укупно је пријављено 20 појединачних случајева интрахоспиталних инфекција и то: 6 из Болнице у Добоју, 3 из Болнице Касиндо у Источном Сарајеву, 7 из Болнице у Бијељини, 3 из Болнице за хроничну психијатрију Модрича и 1 из Болнице у Приједору. Међутим, у случају појаве епидемија не достављају се извјештаји о епидемијама болничких инфекција, али такви повремени извјештаји о епидемијама нису довољни за процјену учесталости стопа инциденце и преваленце болничких инфекција.

Континуирани епидемиолошки надзор и Програми за спречавање и сузбијање болничких инфекција као организовани облици рада на превенцији ових инфекција и даље недостају у појединим болничким установама Републике Српске.

Током 2015. године није пријављена ни једна интрахоспитална епидемија. У периоду од 2011-2015. године пријављена је 2012. године једна интрахоспитална епидемија акутног ентероколитиса на Неуролошком одјељењу у Заводу за медицинску рехабилитацију ,,Др Мирослав Зотовић,, у Бања Луци са 6 обољелих. У десетогодишњем периоду од 2006. до 2015. године пријављене су двије интрахоспиталне епидемије и то епидемија акутног ентероколитиса 2006. године на трауматолошком одјељењу ЗЗМР ,,Др Мирослав Зотовић,, у Б. Луци са 6 обољелих и поменута епидемија акутног ентероколитиса у 2012. години (табела 17).

Табела 17. Епидемије болничих нфекција по мјесту јављања, времену трајања, броју обољелих и врсти узрочника у периоду 2006-2015. године

Година	Здравствена установа	Вријеме	Дијагноза	Број обољелих	Узрочник
2006.	Трауматолошко Одјељење ЗЗМР Др М.З. у Б.Луци	22.11.2006.-22.12.2006.	Enterocolitis acuta	6	Није доказан
2007.	-	-	-	-	-
2008.	-	-	-	-	-
2009.	-	-	-	-	-
2010.	-	-	-	-	-
2011.	-	-	-	-	-
2012.	Неуролошки одјел ЗЗМР „Др М.З."Б.Л."	19.03.2012.-01.04.2012.	Enterocolitis acuta	6	Није доказан
2013.	-	-	-	-	-
2014.	-	-	-	-	-
2015.	-	-	-	-	-

Епидемија акутног ентероколитиса на трауматолошком одјељењу Завода за медицинску рехабилитацију у Б. Луци 2006. године, је била посљедица погоршања основних санитарно-хигијенских услова односно неадекватног провођења мјера личне и колективне хигијене на том одјелу, што је довело до контактног ширења епидемије.

Е**пидемија акутног ентероколитиса** на неуролошком одјељењу ЗЗМР ,,Др Миросалав Зотовић,, из марта 2012. године, констатовано је да је први обољели имао симптоме ентероколитиса приликом пријема на одјел 19. 03. 2012. године, а појава болести код осталих 5 обољелих се јавља у периоду од 30. 03. до 01. 04. 2012. године. Закључено је да је интрахоспитална епидемија акутног ентроколитиса настала највјероватније од тог индексног случаја обољелог који је имао симптоме ентероколитиса приликом пријема и био је извор инфекције, а највјероватнији пут преноса је котактни. Као фаворизујући фактор појави инфекције је била и природа основне болести као и ослабљени имуни статус пацијената јер се радило старијим пацијентима који су имали одређене коморбидитета.

Одавно је познато да се интрахоспиталне инфекције односно епидемије јављају као посљедица лоших санитарно-хигијенских услова рада и одређених техничких недостатака у којима затаји асептички приступ у дијагностици, терапији и њези болесника. Због тога се требају континуирано спроводити: стандардне мјере предострожности код сваког поступка и сваког пацијента, посебне мјере у зависности од могућег пута преношења инфекције, затим мјере заштите здравља запослених, обука и континуирана едукација као и надзор. Добро организовано спречавање и сузбијање интрахоспиталних инфекција штити здравље пацијената, али код нас у неким болницама нису јасно дефинисани улога и рад постојећих комисија за контролу болничких инфекција. И на крају истичемо да добра организација

спречавања и сузбијања интрахоспиталних инфекција треба да се заснива на принципима добре праксе провођења Програма за спречавање и сузбијање интрахоспитаних инфекција и провођењу досљедног континуираног епидемиолошког надзора, чиме се знатно смањују трошкови лијечења односно остварују значајне уштеде у здравственим установама.

16.ЗАКЉУЧАК

На основу анализе релевантних података о кретању заразних болести у Републици Српској у периоду од 2011. до 2015. године, са посебним освртом на 2015. годину, који се прикупљају током цијеле године односно континуирано из здравствених установа Републике Српске, констатује се да је епидемиолошка ситуација била неповљна и несигурна имајући у виду чињеницу да су регистроване велике епидемије паротитиса (2011, 2012), морбила (2014, 2015), као и велике поплаве у 2014. години.

У 2015 години, није било хидричних епидемија са масовним оболијевањем, нити елементраних непогода ни других ванредних ситуација које не ријетко за посљедицу имају негативан утицај на епидемиолшку ситуацију.

С обзиром на већ присутне климатске промјене на глобалном нивоу, које имају утицај на временске прилике у виду повећања температуре и падавина, које изазивају суше, олује и поплаве, стварају се услови за погоршање санитарно хигијенских прилика, појаву векторских и трансмисивних оболења које се ријетко или никада нису јављале на нашим просторима, епидемиолошка прогноза за наредни период је неизвјесна и несигурна. Ако се томе дода и велика мигрантска криза у окружењу и Европском континенту, епидемиолошка прогноза је још сложенија

У циљу што боље контроле епидемиолошке ситуације и даље требамо јачати систем контроле и надзора над заразним болестима. То ћемо остварити унапређењем иформационог сиситема који ће омогућити генерисање извјештаја о морбидитету и морталитету и максимално повезивање, ажурирање и комплетирање свих релевантних података на свим нивоима здравствене заштите укључујући и приватни сектор. Осим унапређења информационог система потребно је ажурирање законске легислативе и јачање лабораторијских капацитета. Реалнијој процјени епидемиолошке ситуације и стим у вези ефикаснијем спровођењу потребних превентивних и противепидемијских мјера и акција значајно доприноси тимски рад као и мултидисциплинарни приступ у имлементацији свеобухватних мјера и акција. Јачањем система надзора и капацитета за контролу обољења, побољшањем сарадње и комуникације као и правовременом примјеном одговарајућих мјера и акција можемо ефикасније дјеловати на превенцију, контролу и сузбијање појединачних случајева и епидемија заразних болести, те на смањење инвалидитета и умирања од заразних болести.

Начелник службе за епидемиологију:

Мр сц. др Љубица Јандрић