

Ебола – актуелна епидемиолошка ситуација

Кључне чињенице:

- Ебола је тешко обољење људи, које се често завршава смртним исходом.
- Смртност се креће и до 90%. Епидемије еболе јављају се углавном у забаченим селима Централне и Западне Африке, близу тропских кишних шума.
- Вирус се преноси на човека са дивљих животиња, а у хуманој популацији преноси се у директном контакту са крвљу, секретима и другим телесним течностима оболелих/умрлих особа.
- Сматра се да су три врсте слепих мишева који се хране воћем природни резервоари заразе. Ове врсте живе у областима у којима се региструју епидемије еболе у хуманој популацији у Африци, а људи из ових подручја користе ове животиње за исхрану.
- Пацијенти са тешком клиничком сликом захтевају интензивну супортивну терапију.
- Не постоји ниједан специфичан лек нити вакцина против овог обољења за примену у хуманој популацији.

Актуелна епидемиолошка ситуација еболе

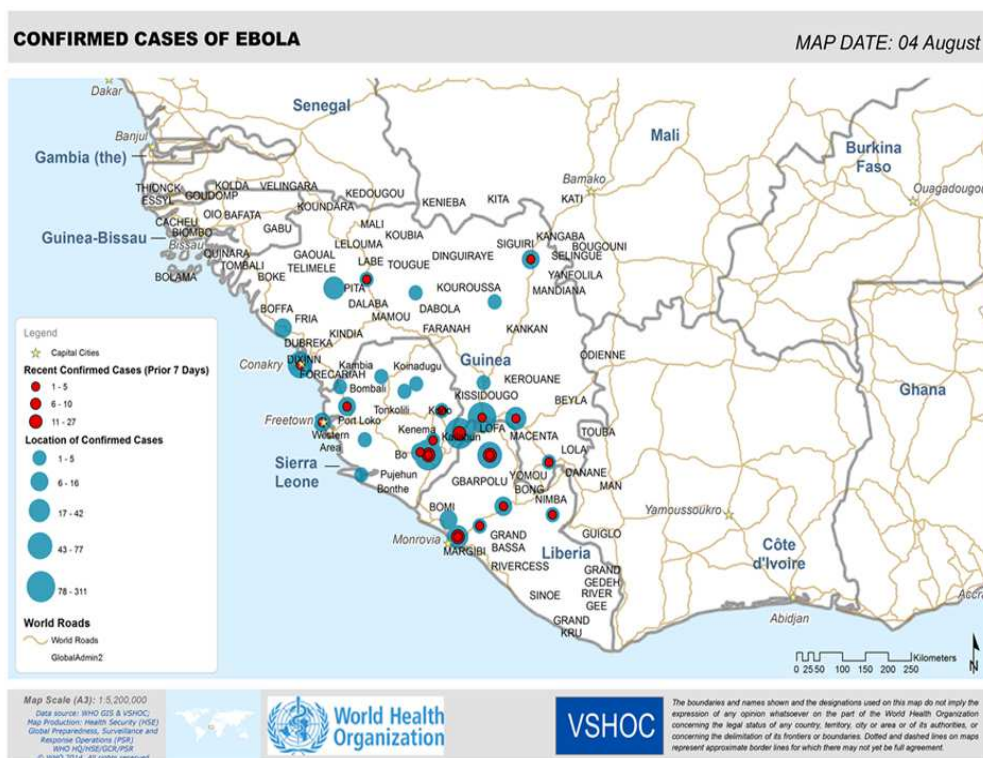
Актуелна епидемија еболе пријављена је у марту месецу 2014. године у Гвинеји. Први случај оболевања пријављен је у шумској области југоисточне Гвинеје, близу границе са Либеријом и Сијера Леонеом. Вирус је потврђен 22. марта 2014. године у Националном референтном центру за вирусне хеморагијске грознице (Институт Пастер, INSERM BSL4 лабораторија, Лион, Француска). Анализа комплетног генома вируса и филогенетска анализа показале су да се ради о вирусу који је сличан, али другачији од вируса еболе који су изоловани у епидемијама у централној Африци (Габон и Демократска Република Конго), и различит у односу на *Tai forest ebola virus* изолован у Обали слоноваче. Ови налази указују на то да се ради о новом соју вируса еболе који се појавио у децембру 2013. године у шумским областима Гвинеје и проширио се на околне земље – Либерију и Сијера Леоне. Ово је прва епидемија еболе регистрована у поменутиим земљама, и уједно је највећа епидемије забележена до сада.

Министарство здравља Нигерије пријавио је 27. јула 2014. године први вероватан случај ебола вирусне инфекције. У питању је мушка особа стара око 40 година пореклом из Либерије. Пацијент је путовао авионом преко Ломеа, Того, и стигао је у Лагос, Нигерија, 20. јула. Пацијент је био симптоматичан током путовања, примљен је у приватну болницу одмах након пристизања у Нигерију, а умро је 25. јула 2014. године. Дана 29. јула 2014. године СЗО је достављен податак о 59 контаката овог случаја, 15 међу особљем аеродрома и 44 у болници у којој је био хоспитализован. Узорак за лабораторијску анализу узет је 22. јула и прослеђен је у вирусолошку лабораторију у Универзитетску болницу Лагос, а

према прелиминарним резултатима узорак је био позитиван на вирус еболе. Узорак ће бити послат у Колаборативни центар СЗО у Институт Пастер у Дакару, Сенегал, на потврду. У међувремену, регистровано је још осам случајева, један вероватан и седам случајева сумње на инфекцију вирусом еболе.

У актуелној епидемији еболе захваћене су четири афричке земље: Либерија, Гвинеја, Сијера Леоне и Нигерија. До сада је у овој епидемији оболело укупно 1711 особа, од којих су 932 особе умрле. Од укупног броја оболелих и умрлих, у Гвинеји је пријављено 495 случајева оболевања (351 потврђен, 133 вероватна и 11 случајева сумње на инфекције вирусом еболе), укључујући 363 смртна исхода; У Либерији 516 случајева (143 потврђена, 252 вероватна и 121 случај сумње) укључујући 282 смртна исхода; у Сијера Леонеу 691 случај (576 потврђених, 49 вероватних и 66 случајева сумње) укључујући 268 смртних исхода и у Нигерији случајева случајева (ниједан потврђен, два вероватна и седам случајева сумње), укључујући један смртни исход. Имајући у виду број особа оболелих и умрлих у овој епидемији, ризик заражавања постоји код здравствених радника који лече и негују ове пацијенте, ако се не придржавају прописаних мера превенције, које обухватају строгу примену личне заштитне опреме и одговарајућих процедура дезинфекције. Међутим, ризик по туристе, посетиоце и стране држављане који бораве у овим земљама је изузетно низак, због начина преношења инфекције, који, као што је већ наведено, захтева директан контакт са крвљу, секретима и другим телесним течностима оболелих особа.

Графикон. Мапа потврђених случајева оболевања од еболе



Агенс

Род Еболавирус је 1 од 23 чланова породице *Filoviridae*, заједно са родом *Marburgvirus* и *Cuevavirus*. Род Еболавируса се састоји од различитих врста:

1. Bundibugyo ebolavirus (BDBV)
2. Zaire ebolavirus (EBOV)
3. Reston ebolavirus (RESTV)
4. Sudan ebolavirus (SUDV)
5. Tai Forest ebolavirus (TAFV)

BDBV, EBOV и SUDV су били повезани са великим епидемијама еболе у Африци. RESTV ебола вирус изазива тешку форму болести код примата, али не и код људи.

Распрострањеност

Ебола се први пут појавила 1976. године у две истовремене епидемије у Судану и Демократској Републици Конго. Након тога, ебола се појавила 1994. године, и од тада се епидемије овог обољења јављају са већом учесталашћу. Највећа епидемија била је забележена у Уганди 2000. године, са 425 случајева оболевања и 224 смртна исхода. Три епидемије су регистроване у 2012. години – једна у Демократској Републици Конго, и две у Уганди.

Резервоар заразе

Сматра се да су три врсте слепих мишева који се хране воћем могући природни домаћини вируса еболе.

Пут преноса

Ебола се на човека преноси блиским контактом са крвљу, секретима, органима или другим телесним течностима заражених животиња. У Африци је документован пренос инфекције на човека у контакту са зараженим шимпанзама, горилама, летећим лисицама, мајмунима, шумским антилопама и бодљикавим свињама. У хуманој популацији вирус се шири са човека на човека у директном контакту (ледиране коже или слузокожа) са крвљу, секретима, органима или другим телесним течностима инфицираних особа, или у индиректном контакту са контаминираним предметима. Мушкарци након прележане болести могу да излучују вирус преко сперме и до 7 недеља након излечења.

Здравствени радници могу да се заразе вирусом еболе у блиском контакту са оболелим пацијентима уколико се стриктно не придржавају одговарајућих мера превенције.

Документовано је и заражавање лабораторијских радника убодом на контаминираним иглама у Енглеској (1976) и Русији (2004). Међутим, у две сличне ситуације (САД 2004. и

Немачка 2009) оваква експозиција није довела до заражавања, нити до оболевања лабораторијских радника.

Знаци и симптоми болести

Ебола је тешко акутно вирусно обољење обично са изненадном појавом грознице, интензивне слабости, болова у мишићима, главобољом и болом у грлу. Након тога јављају се повраћање, пролив, макулопапулозни осип, поремећај функције јетре и бубрега, а у неким случајевима интензивно унутрашње и спољашње крварење, односно хеморагијска дијатеза. Уз дијатезу долази до отказивања бубрега, захваћености ЦНС-а и терминалног шока са дисфункцијом бројних органа. Смртност се креће од 50 до 90%.

Особе инфициране вирусом еболе су заразне све док је вирус присутан у телесним течностима. Документована је изолација вируса из узорка сперме код мушкарца, који је заражен у лабораторијским условима, 61 дан након клиничког оздрављења.

Период инкубације износи 2 до 21 дан.

Не постоји ниједан специфичан лек нити вакцина против овог обољења за примену у хуманој популацији. Пацијенти са тешком клиничком сликом захтевају интензивну супортивну терапију.

Мере превенције

Према важећем Закону о заштити становништва од заразних болести, у оквиру Посебних мера за заштиту становништва од заразних болести, члан 9, дефинисани су карантин и здравствени надзор. Према члану 23, сва лица која долазе из земаља у којима има колере, куге, великих богиња, жуте грознице, вирусних хеморагијских грозница (где спада и ебола) и маларије стављају се под здравствени надзор, ради праћења њиховог здравственог стања. Према члану 22 истог закона карантин се као мера спроводи у случају да су здрава лица била или постоји сумња да су била у контакту са лицима оболелим од: куге, великих богиња и вирусних хеморагијских грозница (изузев хеморагијске грознице са бубрежним синдромом). Карантин подразумева ограничавање слободе кретања и утврђивање обавезних здравствених прегледа оваквих лица.