**Institutul Național de Sănătate Publică**

**Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile**

# Analiza evoluției bolilor transmisibile aflate în supraveghere

## Raport pentru anul 2017

**București**

**2018**

# Analiza evoluției
# bolilor transmisibile aflate în supraveghere

## Raport pentru anul 2017

București

2018

ISSN 2537-2394

ISSN-L 2537-2394

**Cuprins**

**Cap. I: Boli prevenibile prin vaccinare** ..... 4
1. Difteria ..... 4
2. Rujeola ..... 4
3. Rubeola ..... 8
4. Parotidita epidemică ..... 9
5. Varicela ..... 11
6. Tusea convulsivă ..... 12
7. Tetanosul ..... 15
8. Reacții adverse postvaccinale (RAPI) ..... 16
**Cap. II: Hepatitele virale** ..... 21
1. Hepatita virală tip A ..... 21
2. Hepatita virală tip B și tip C ..... 24
**Cap. III: Meningite** ..... 30
1. Meningita meningococică ..... 30
2. Meningita și meningo-encefalita TB ..... 33
**Cap. IV: Boli cu transmitere prin alimente și /sau factori de mediu** ..... 34
1. Botulismul ..... 34
2. Boala diareică acută ..... 36
3. Trichineloza ..... 39
4. Leptospiroza ..... 41
5. Bruceloza ..... 44
6. Febra Q ..... 44
7. Legioneloza ..... 44
8. Rabia ..... 44
9. Antraxul ..... 45
**Cap. V: Infecțiile respiratorii** ..... 46
1. Infecțiile respiratorii acute și gripa ..... 46
2. Infecțiile Respiratorii Acute Severe (SARI) ..... 49
3. Scarlatina ..... 52
**Cap. VI: Boli transmise prin vectori** ..... 56
1. Malaria ..... 56
2. Meningita cu virus West Nile ..... 58
3. Febra Denga ..... 61
4. Infecția cu virusul Zika ..... 63
5. Boala Lyme ..... 63
**Cap. VII: Boli cu transmitere sexuală** ..... 68
1. Sifilisul ..... 68
2. Gonoreea ..... 72
3. Infecția genitală cu Chlamydia ..... 75
**Abrevieri** ..... 77
**Colectivul editorial:** ..... 77

# Cap. I: Boli prevenibile prin vaccinare

## 1. Difteria

În România, există date despre difterie încă din anul 1905, (cu excepția perioadei Primului Război Mondial), ratele inițiale de incidență anuală a bolii fiind ridicate, cu valori de până la 117‰. După introducerea, în anul 1960, a vaccinării antidifterice s-a înregistrat o scădere dramatică a incidenței bolii, iar din anul 1990 până în prezent nu a mai fost confirmat niciun caz de difterie în țara noastră (în 1989 s-au înregistrat ultimele 5 cazuri).

Difteria este o boală prevenibilă prin vaccinare. În anul 2016, acoperirea vaccinală, evaluată pe baza metodologiei unitare care a avut în vedere toți copiii înscriși pe listele medicilor de familie, indică o acoperire cu 3 doze de vaccin cu componentă difterică de 89,1% la vârsta de 18 de luni.

## 2. Rujeola

Dacă în perioada 1960 – 1980 valorile incidenței rujeolei în România se mențineau crescute (aproximativ 120‰), acestea au înregistrat o scădere dramatică odată cu introducerea vaccinării antirujeolice (1979) și au continuat să scadă, urmare a multiplelor intervenții de sănătate publică, așa cum relevă graficul de mai jos (Fig.1):

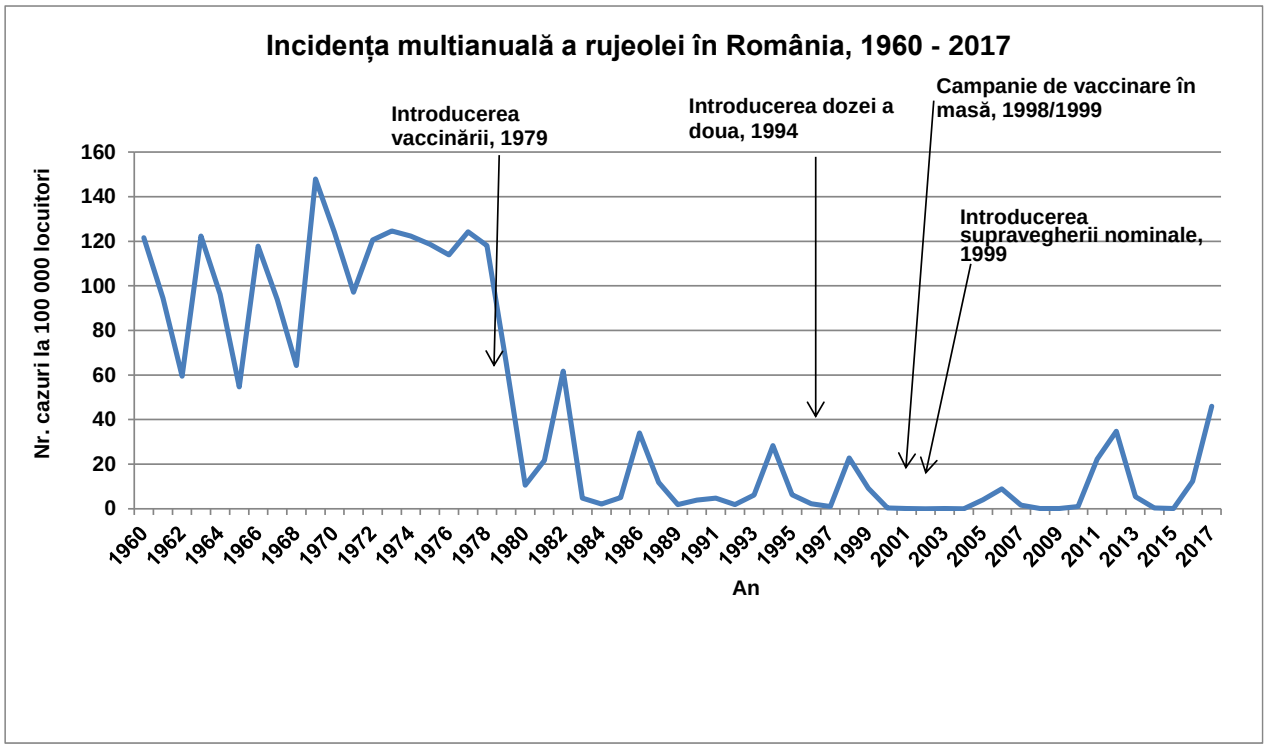


**Fig. 1 Incidența multianuală a rujeolei în România (1960-2017)**

În anul 2017, în cadrul sistemului de supraveghere a rujeolei, la nivel național au fost detectate 9076 de cazuri confirmate [3887 cu laboratorul, 5080 prin legatură epidemiologică și 109 doar pe criterii clinice (părinții refuzând recoltarea serului)].

Au fost raportate 26 decese prin rujeolă.

Distribuția cazurilor de rujeolă confirmate în anul 2017, după luna de debut a rash-ului indică o creștere importantă a numărului acestora în prima jumatate a anului, „vârful" fiind atins în luna martie așa cum se observă în graficul de mai jos :

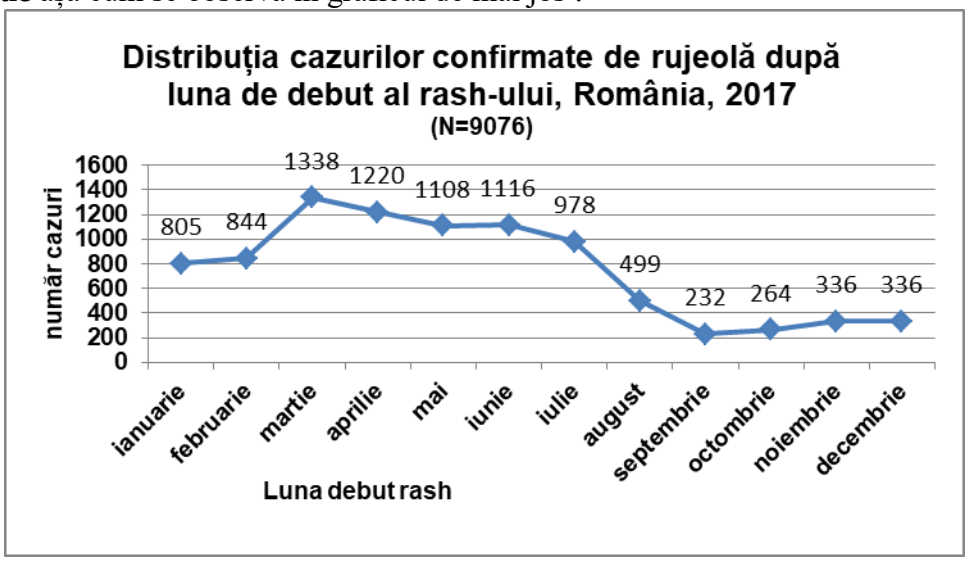


**Fig. 2 Distribuția cazurilor confirmate de rujeolă dupa saptamâna de debut a rash-ului, România, 2017**

Incidența la nivel național în anul 2017 a fost de 46,2%000 locuitori, de 3,8 ori mai mare decât în anul 2016 (12,2%000).
Genotipul tulpinii de virus rujeolic identificat (B3) este diferit de genotipul tulpinii endemice din țara noastră (D4).

Distribuția pe județe a ratelor de incidență a rujeolei în anul 2017 este ilustrată în harta de mai jos care a fost realizată luând în considerare rata de incidență națională (Fig. 3) :

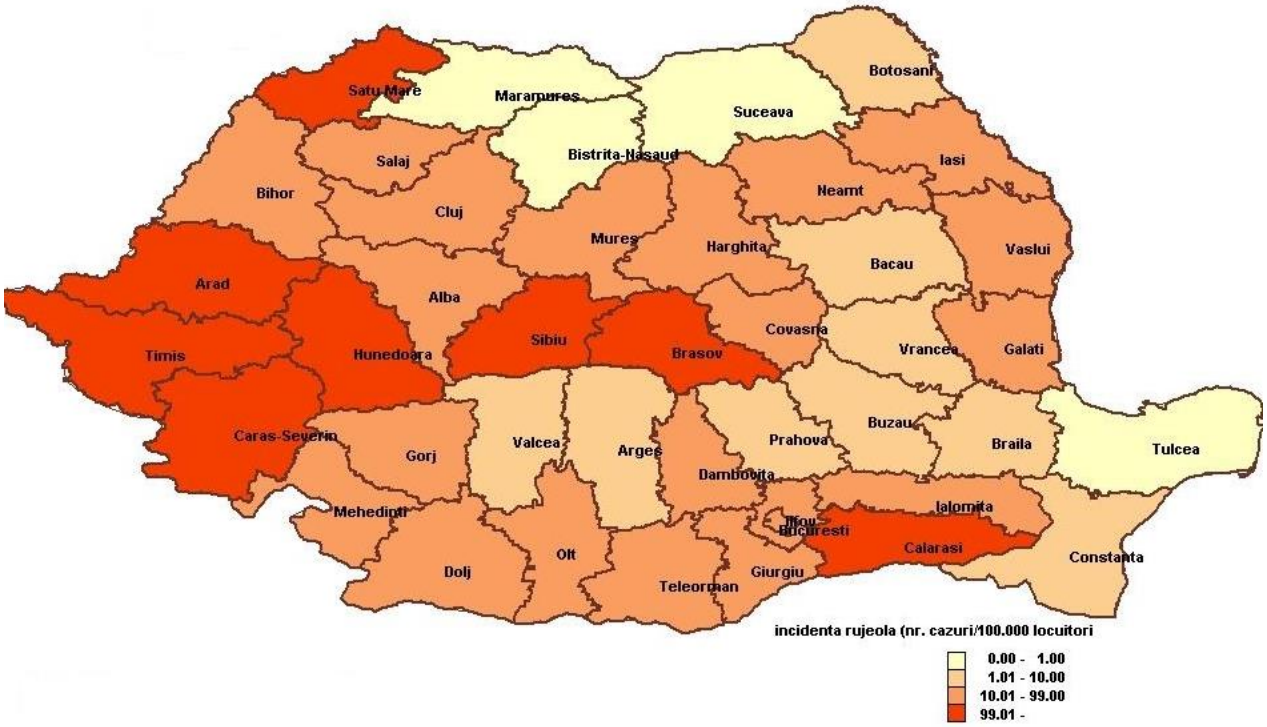


**Fig. 3 Distribuția geografică a incidenței rujeolei în România, 2017**

În 2017, cea mai mare rată de incidență a rujeolei s-a înregistrat în județele Satu Mare (249,3/100000) și Caraș-Severin (214,6/100 000) urmate de județele Brașov (147,1/100000), Timiș (135,9/100 000), Călărași (133,5/100 000) și Arad (123/100000).

Cei mai afectați au fost copiii aparținând grupei de vârstă sub 1 an (848,9%000) urmată de grupa de vârstă 1-4 ani (419,6%000) și grupa de vârstă 5-9 ani (168,2%000), grupa de vârstă 10-14 ani (75,5%000) și grupa de vârstă 15-19 ani (47,6%000):

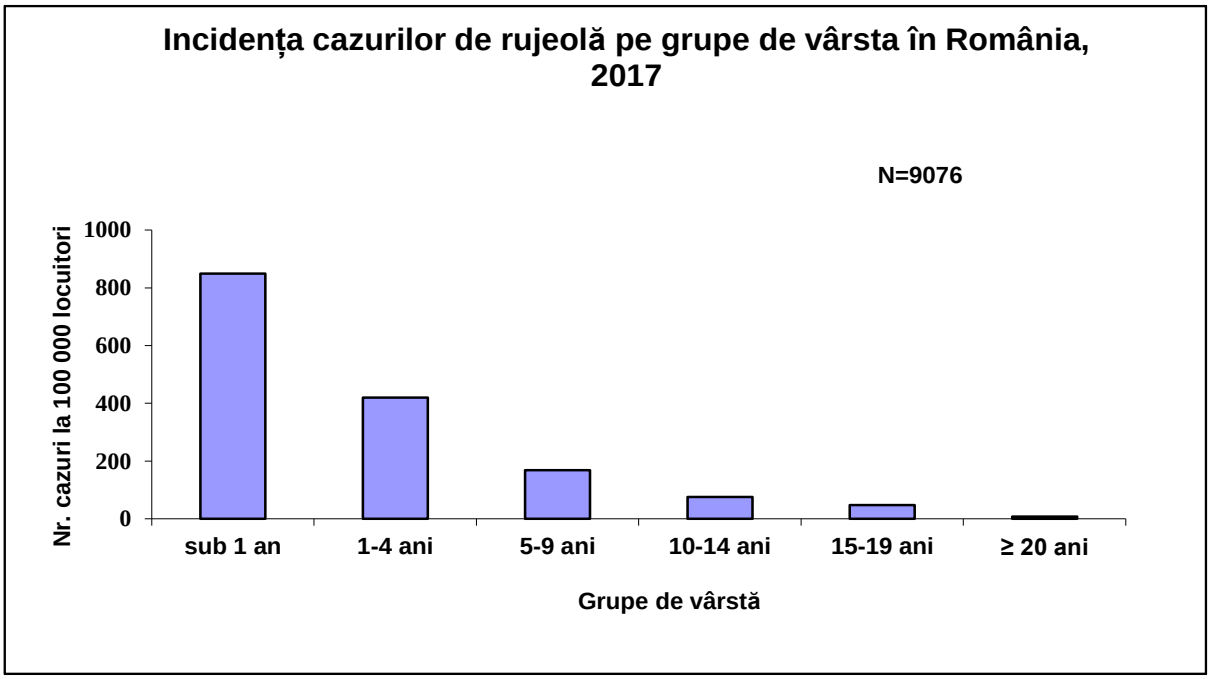


**Fig. 4 Distribuția geografică a incidenței rujeolei în România, 2017**

Actuala epidemie de rujeolă a afectat în special copiii cu vârsta sub 1 an (care nu sunt eligibili la vaccinarea RRO conform calendarului).

Distribuția cazurilor de rujeolă confirmate în 2017 pe grupe de vârstă și pe status vaccinal este prezentată în tabelul de mai jos.

**Tabel I. Distributia cazurilor de rujeola pe grupe de vârsta și status vaccinal, Romania 2017**

| Nr. doze vaccin în antecedente | Grupa de vârstă | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <1 an | 1-4 ani | 5-9 ani | 10-14 ani | 15-19 ani | 20-29 ani | ≥ 30 ani | Total |
| 0 | 1681 | 2970 | 1500 | 650 | 427 | 467 | 559 | 8254 |
| 1 | 0 | 274 | 162 | 82 | 50 | 17 | 20 | 605 |
| 2 | 0 | 0 | 80 | 61 | 35 | 33 | 8 | 217 |
| Total | 1681 | 3244 | 1742 | 793 | 512 | 517 | 587 | 9076 |

A fost inregistrată o mortalitate ridicată (2,9/1000), o proporție de 53,8% fiind reprezentată de decese la copii cu vârsta sub 1 an.

Rujeola face parte din categoria bolilor prevenibile prin vaccinare, vaccinarea antirujeolică (cu vaccin combinat rujeolă- rubeolă- oreion RRO), fiind inclusă în Programul Național de Vaccinare.

Vaccinul RRO a fost introdus în calendarul național începând cu anul 2005, acoperirile vaccinale menținându-se o perioadă de timp peste 95% (ținta OMS); din 2010 valorile acestor acoperiri vaccinale au avut o tendință descrescătoare, situându-se în 2017 la 87% (doza I) și la 74,7% (doza a-II-a) (Fig. 5). Acest lucru se datorează într-o oarecare măsură și scăderii încrederii în beneficiile vaccinării concretizată prin refuzul părinților de a-și vaccina copiii.

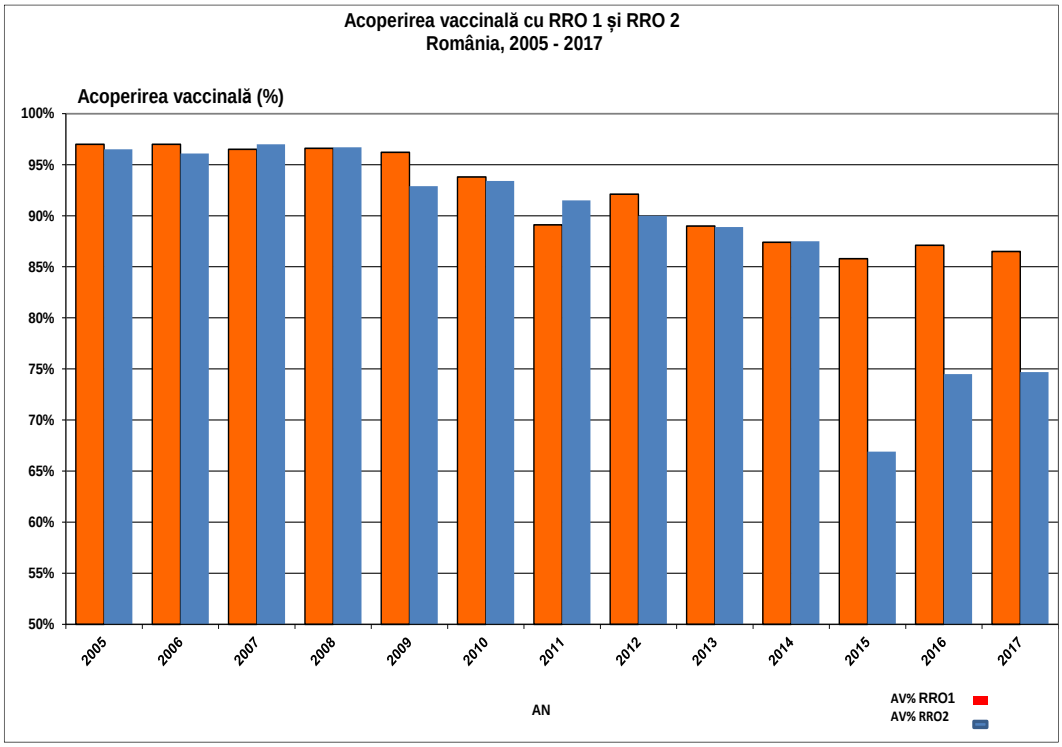


**Fig. 5 Acoperirea vaccinală cu doza I si, respectiv, doza a-II-a de vaccin RRO în România, în perioada 2005 – 2017**

În grupurile de populație la care acoperirea vaccinală se menține sub nivelul optim, se acumulează în timp un număr mare de susceptibili care reprezintă un real potențial pentru apariția epidemiilor.

## 3. Rubeola

În anul 2017, în România au fost raportate 9 cazuri de rubeolă, dintre care 6 cazuri confirmate cu laboratorul și 3 cazuri clasificate ca posibil pe baza criteriilor clinice și nu a fost raportat niciun deces. Incidența la nivel național a fost de 0,04%000 locuitori, de 1,5 ori mai mică decât în anul 2016 (0,06%000). De la ultima epidemie de rubeolă, când s-a înregistrat o incidenţă 97,5%000 în 2012, valorile au început să scadă, după cum se poate observa din graficul de mai jos:

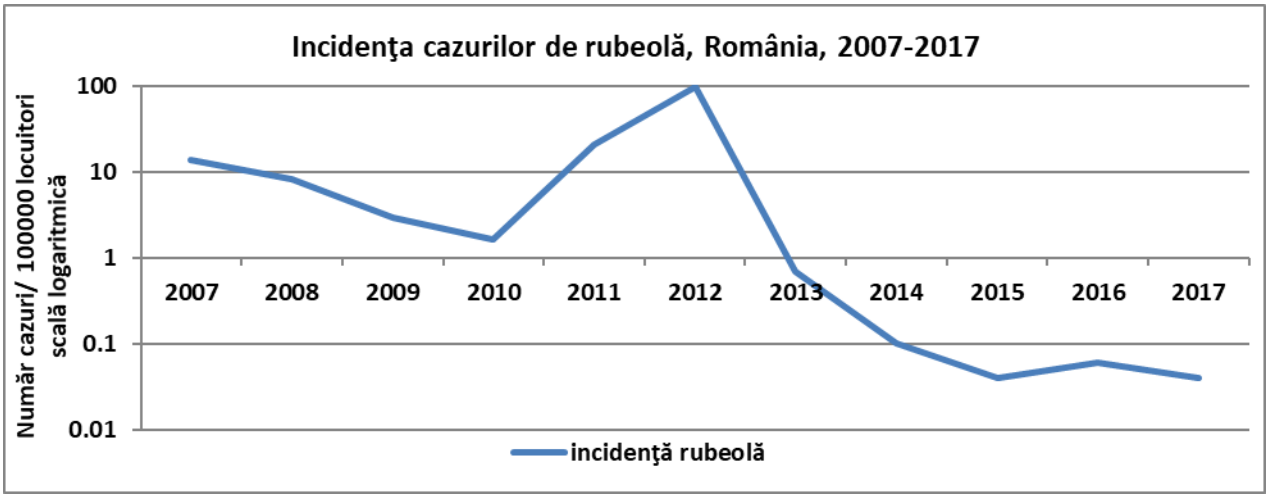


**Fig 6 Incidența cazurilor de rubeolă, România, 2007-2017**

Pe teritoriul României au fost înregistrate cazuri de rubeolă în 8 județe, cele mai multe cazuri fiind înregistrate în județul Timiș - 2 cazuri și în judeţele, Buzău, Bistrița Năsăud, Cluj, Constanța, Sibiu, Neamț, respectiv Vrancea- câte un caz.

Din analiza datelor centralizate, ratele de incidență specifică pe grupe de vârstă și pe sexe au fost 1 an (2,0%000 masculin), 1-4 ani (0,3%000 feminin), 10-14 ani (0,2%000 feminin), 20-24 ani(0,6%000 masculin), 30-34 ani(0,2%000 feminin) și 35-39 ani(0,1%000feminin). Raportul cazurilor de rubeolă, înregistrate în anul 2017 pe cele două sexe este masculin: feminin= 1,2:1.

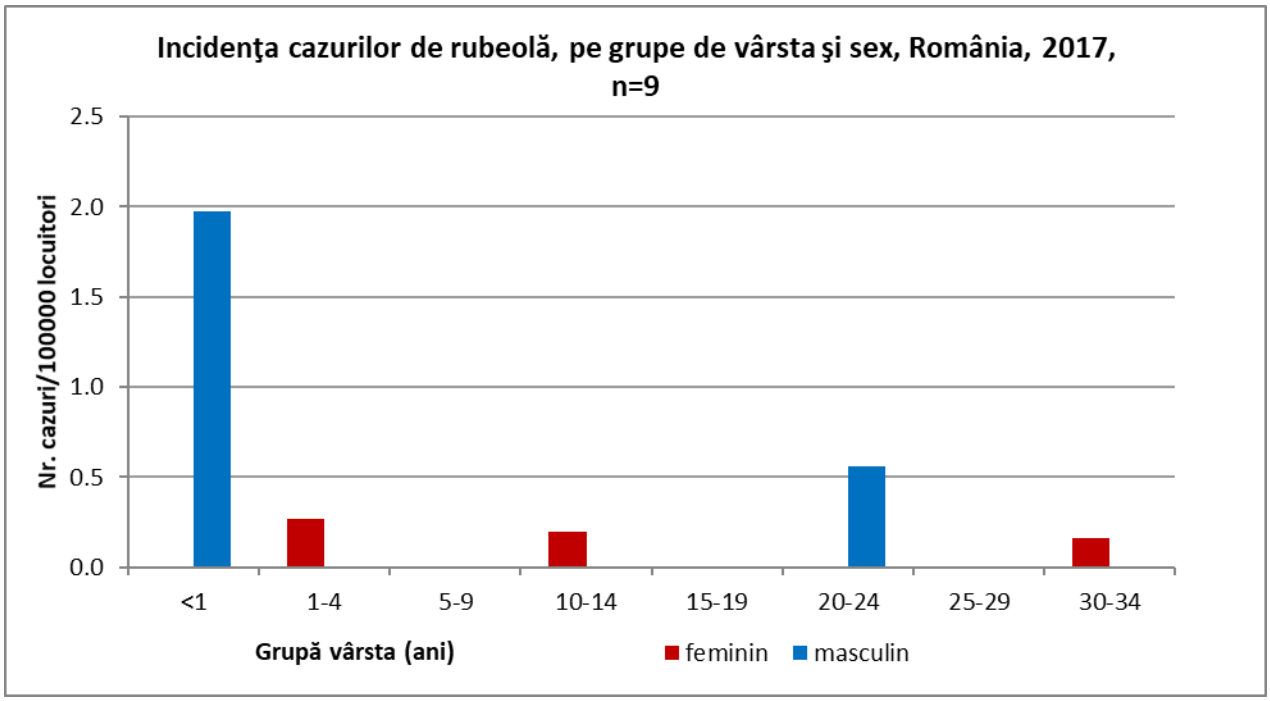


**Fig 7 Incidența cazurilorde rubeolă, pe grupe de vârstă și sex, România, 2017, n=9**

Din totalul cazurilor de rubeolă nu s-a înregistrat niciun caz de rubeolă la gravide, la grupa de vârstă fertilă fiind înregistrate 2 cazuri: la grupele de vârstă 33 ani, respectiv 36 ani.

Distribuția cazurilor de rubeolă în funcție de statusul imun a fost: 2 cazuri vaccinate cu doua doze de RRO în antecedente, 3 cazuri vaccinate cu o doză RRO dintre care 2 cazuri cu vârstele de 10 luni și respectiv 17 luni au fost vaccinate cu 44, respectiv 95 de zile înainte de debutul simptomatologiei și 4 cazuri nu au fost nevaccinate.

În cadrul sistemului de supraveghere a sindromului rubeolic congenital (SRC), în anul 2017 au fost raportate un număr de 19 cazuri suspecte IRC/SRC din județele: Bacău, Botoșani, Brașov, Iaşi, Neamț, Suceava, Vaslui, Vrancea și municipiul București, clasificate astfel: 1 caz confirmat IRC cu SRC, 14 cazuri probabile SRC și 4 cazuri infirmate.

În anul 2017, incidența cazurilor confirmate și probabile SRC a fost de 8,47 %000 nou-născuți vii și a fost înregistrat 1 deces.

## 4. Parotidita epidemică

Incidența infecției urliene în anul 2017 a fost de 1,6 %000 de locuitori, comparativ cu 3,2 la %000 de locuitori în anul 2016. Scăderea incidenței se poate datora scăderii fondului receptiv, ca urmare a vaccinării introduse în anul 2004-2005.

Pe parcursul anului 2017, 25 din cele 42 de direcții de sănătate publică județene, au raportat 356 cazuri suspecte de infecție urliană. Nu a fost raportat niciun deces. Cele mai multe cazuri au fost notificate de județele: Iași (127), Vâlcea (38), Neamt și Olt (17).

Din totalul cazurilor suspecte notificate, 40 au fost infirmate, restul de 316 fiind clasificate, conform definiției de caz din metodologie, astfel: 190 posibile, 56 probabile și 70 confirmate.

***Distribuția cazurilor de infecție urliană (N = 316) pe județe, România, 2017***

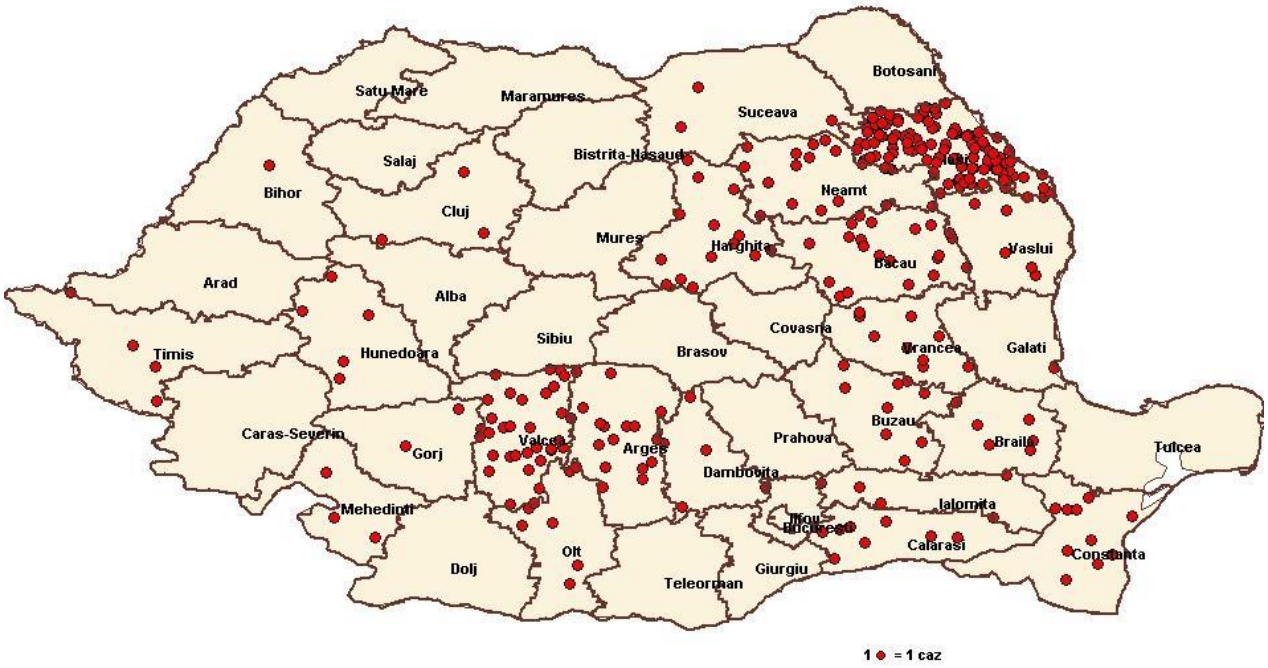


**Fig. 8 Distribuția cazurilor de infecție urliană (N = 316) pe județe, România, 2017**

Pentru cazurile de infecție urliană clasificate în baza fișelor de supraveghere primite de la DSP județene, raportul masculin/feminin a fost de 1,46 (188:128), iar distribuția pe grupe de vârstă este redată în figura de mai jos. Mediana vârstei cazurilor a fost de 14 ani (interval 0- 67 ani).

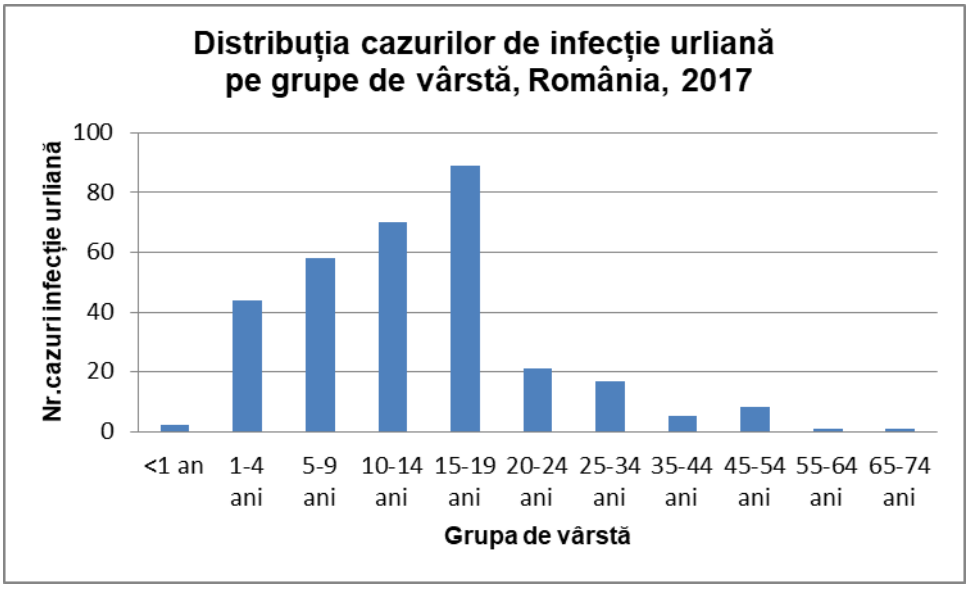


**Fig. 9 Distribuția pe grupe de vârstă a cazurilor de infecție urliană, România, 2017**

Din totalul cazurilor, 50, 94% aveau antecedente vaccinale.

Din cele 70 de cazuri confirmate, 22 (31,42%) erau vaccinate cu o singură doză de ROR, insuficient pentru a asigura protecție în fața infecției.

Intervalul mediu între ultima doză de vaccin și apariția simptomelor a fost de 6 ani.

## 5. Varicela

În anul 2017, în România au fost raportate 33.651 cazuri de varicelă și nu a fost raportat niciun deces. Incidența, la nivel național, a fost de 171,3%000 locuitori, în scădere față de anul 2016, când a fost de 207,5%000 locuitori.

Distribuția ratelor de incidență a varicelei în România, în ultimii ani (2007 – 2017) este prezentată în graficul de mai jos. Valorile incidenței se mențin ridicate, calendarul de vaccinări din România neincluzând vaccinarea antivariceloasă.

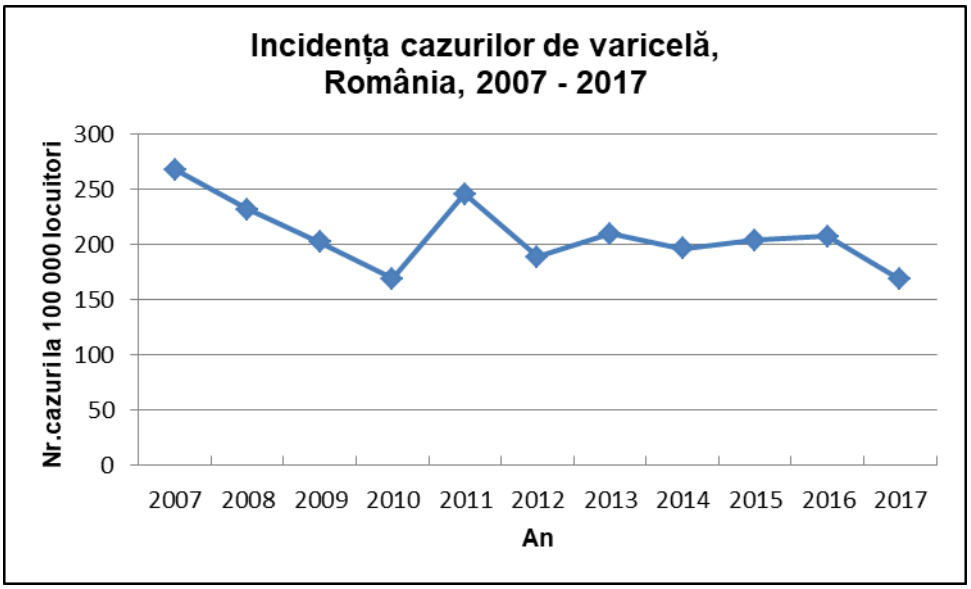


**Fig. 10 Incidența cazurilor de varicelă, România, 2007-2017**

**Distribuția geografică a incidenței varicelei în România, 2017**

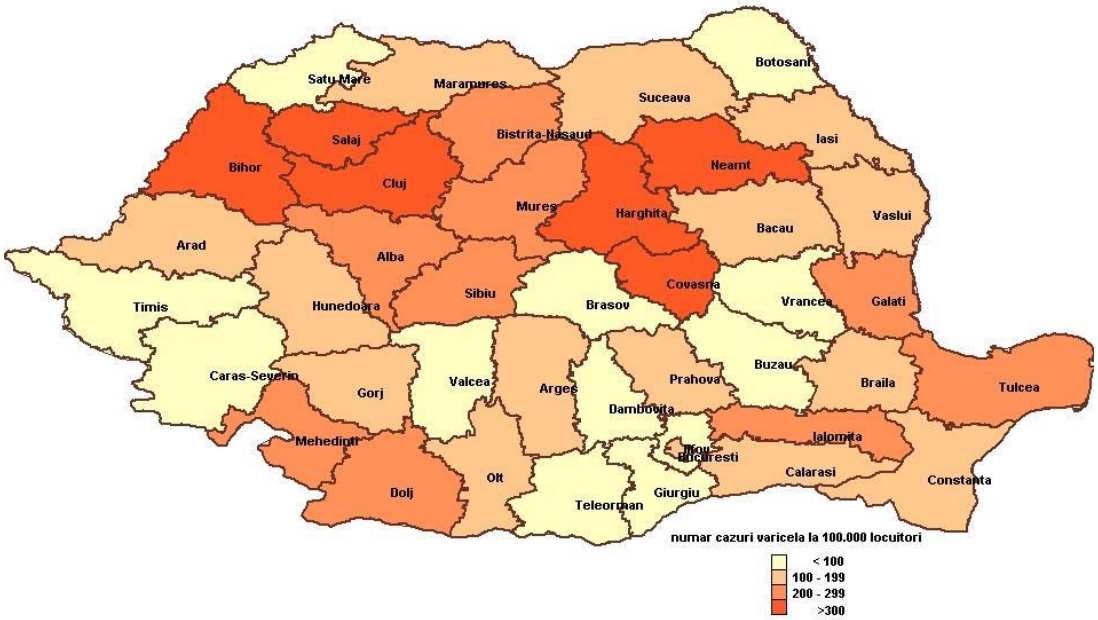


**Fig. 11 Distribuția geografică a ratelor de incidență a varicelei în anul 2017**

Cea mai mare rată de incidență a varicelei a fost înregistrată în județele: Covsna, Harghita, Sălaj, Cluj, Bihor, Neamț (incidență mai mare de 300 la 100.000 de locuitori), urmate de județele: Galați, Bistița-Năsăud, Tulcea, Dolj, Sibiu, Mehedinți, Alba, Ialomița, Mureș (incidență între 200-299 la 100.000 de locuitori).

Din analiza datelor centralizate, ratele de incidență specifică pe grupe de vârstă indică faptul că, cele mai afectate grupe de vârstă au fost: 1-4 ani (1370,7%000) și 5-9 ani (1046,6%000), urmate de grupa de vârstă 10-14 ani (471,7%000).

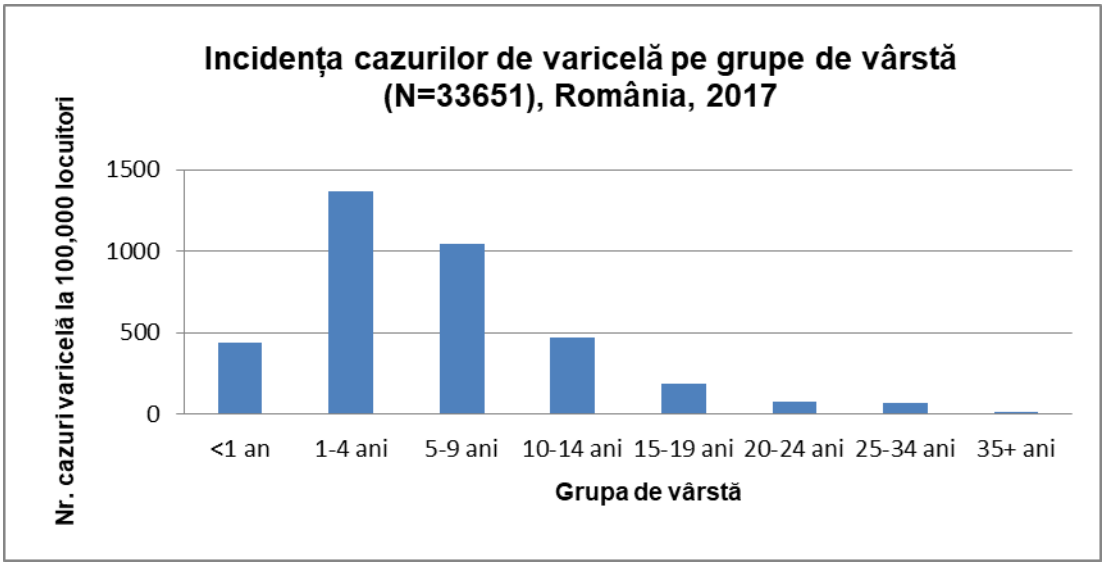


**Fig. 12 Incidența cazurilor de varicelă pe grupe de vârstă, România, 2017**

## 6. Tusea convulsivă

În anul 2017, au fost raportate la Direcțiile de Sănătate Publică Județene și a municipiului București și au intrat în sistemul de supraveghere 207 cazuri suspecte de tuse convulsivă, cu 21% mai puține față de anul precedent. Dintre acestea, 45 de cazuri au fost clasificate final ca și confirmate, 50 probabile, 75 infirmate, iar 37 au rămas posibile.

La fel ca în anul 2016, cazurile confimate au reprezentat mai puțin de un sfert din numărul celor intrate în sistemul național de supraveghere.

Cele 95 cazuri de tuse convulsivă din anul 2017 corespund unei incidențe de 0,5%000, în usoară creștere față de anul precedent(0,4%000).

Evoluția multianuală a incidenței tusei convulsive în perioada 1999-2017, în România, este prezentată în graficul de mai jos.

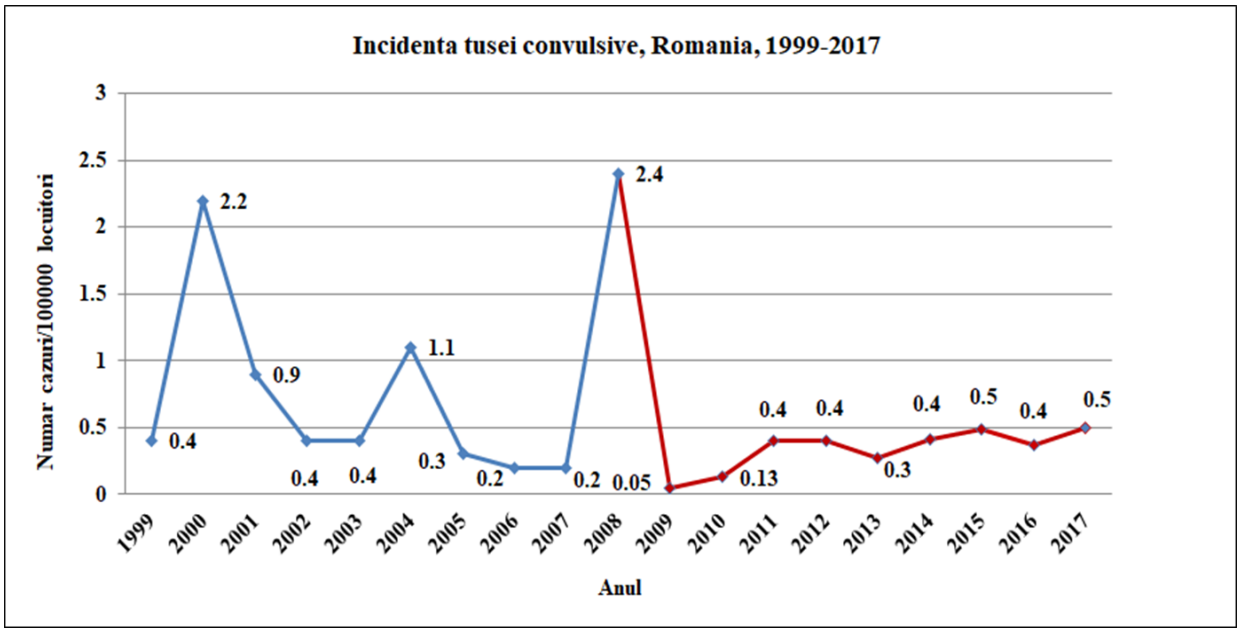


**Fig. 13 Incidenta tusei convulsive, România, 199-2017**

Se observă trei vârfuri de incidență, cel mai recent fiind înregistrat în anul 2008, la o valoare apropiată de cea din anul 2000. Amintim faptul că până în anul 2008 (porțiunea albastră a curbei) confirmarea cazurilor s-a făcut în special pe criterii clinice, la care s-a adăugat uneori și formula leucocitară. Ulterior confirmarea s-a făcut pe baza rezultatului pozitiv la examenul serologic (titrare Ac aglutinanti anti - B.pertussiss) si, în mult mai mică măsură, pe baza rezultatului pozitiv la cultură sau RT-PCR.

S-au introdus cazuri posibile în sistemul de supraveghere într-un număr de 33 județe, cu 2 mai puțin e față de anul 2016. În nouă județe nu s-a introdus niciun caz: Arad, Bihor, Covasna, Dolj, Giurgiu, Hunedoara, Satu Mare, Sălaj, Vaslui.

În ceea ce privește luna debutului, la 77% din cazuri aceasta s-a situat în intervalul mai-august.

Referitor la distribuția geografică a cazurilor, pe primele locuri s-au situat județele Harghita și Timiș.

**Distribuția pe județe a cazurilor de tuse convulsiva, România, anul 2017 (N=95)**

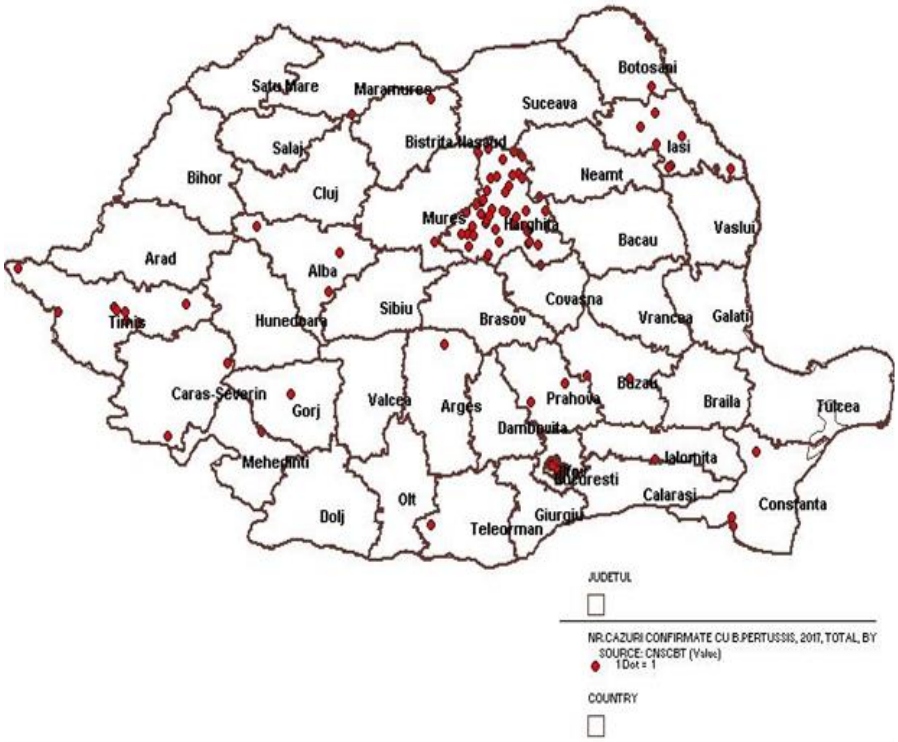


**Fig. 14 Distribuția pe județe a cazurilor de tuse convulsivă, România, anul 2017**

Cele mai mari valori ale incidenței specifice pe grupe de vârstă s-au înregistrat, și în anul 2017, la grupa de vârstă 0-4 ani, urmata de grupa de vârsta 5-9 ani, ambele valori fiind în creștere față de anul precedent.

Dintre toti anii mentionati, în anul 2017 a fost inregistrată cea mai mare valoare a incidenței la grupa de vârstă 0-4 ani (5,4%000).

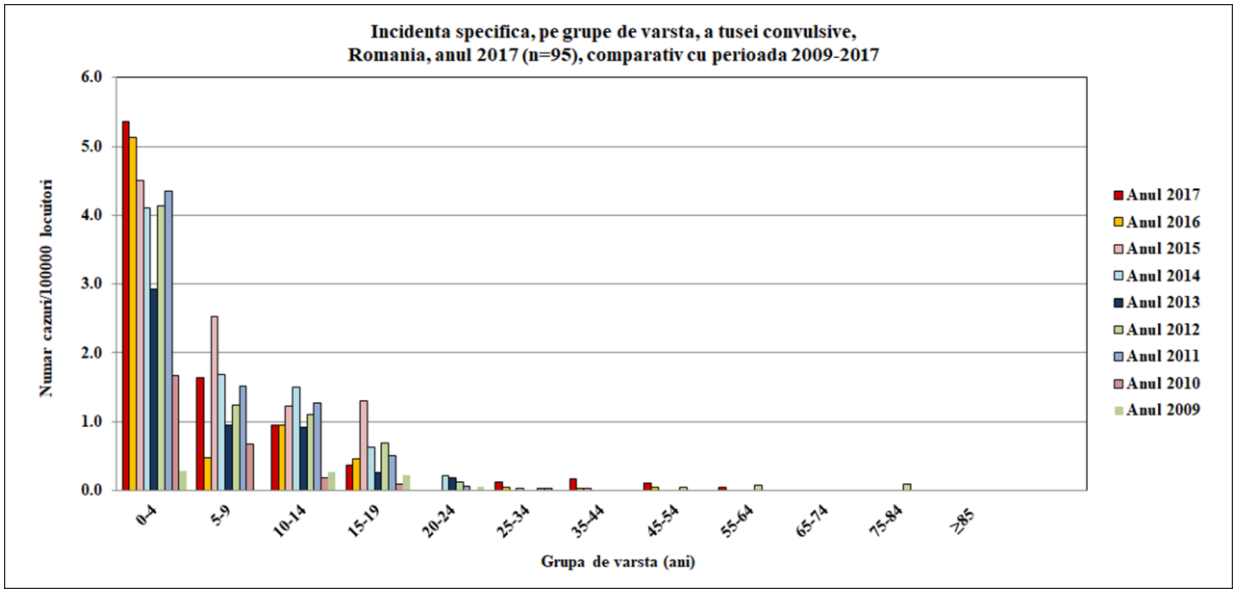


**Fig. 15 Incidența specifică pe grupe de vârstă, a tusei convulsive, România, anii 2009- 2017**

4% din cazuri fuseseră vaccinate corespunzător vârstei, proporție cu 15% mai mică față de anul precedent. Distribuția celor 93 cazuri eligibile pentru vaccinare, în funcție de numărul de doze de vaccin cu componenta pertussis în antecedente, a fost următoarea: 4 cu cinci doze (4%), 0 cu patru doze, 2 cu trei doze, 2 cu două doze, 3 cu o doza și 82 fără nicio doză (88%). Proporția cazurilor vaccinate cu 4 sau 5 doze (4%) a scăzut cu 17% față de anul precedent. Din cele 117

cazuri vaccinate cu 5 doze în perioada 2009-2017, cele mai multe au provenit din jud. Sibiu (31) și mun. Bucuresti (28). Ultima doză de vaccin cu componenta pertussis a fost administrată la acești adolescenți/adulți tineri în perioada 1992-2005. Perioada îndelungată care a trecut între data administrarii ultimei doze de vaccin și data debutului (media = 16 ani, mediana = 15 ani, minima = 12 ani, maxima = 24 ani) a avut drept consecință scăderea imunității post-vaccinale, făcând posibilă îmbolnăvirea. Pe primele locuri la cazurile nevaccinate corespunzător vârstei continuă să se situeze refuzul și neprezentarea.

În anul 2017 în anul 2017 au fost comunicate la CNSCBT 8 focare suspecte de tuse convulsivă, cu 3 mai multe față de anul precedent, din care 7 confirmate (față de 4 în anul 2016), provenind din județele Constanța, Harghita, Ialomița, Iași (2), Prahova și Timiș.

## 7. Tetanosul

În anul 2017, au fost înregistrate în România 7 cazuri de tetanos, incidența la nivel național fiind de 0,035%000, aceeasi valoare ca și cea înregistrată în anul precedent.

În anul 2017, rata incidenței anuale pentru tetanos s-a situat sub valoarea medie de 0,04%000 înregistrată în ultimii 10 ani. Tendința multianuală este descendentă și poate fi observată în graficul de mai jos:

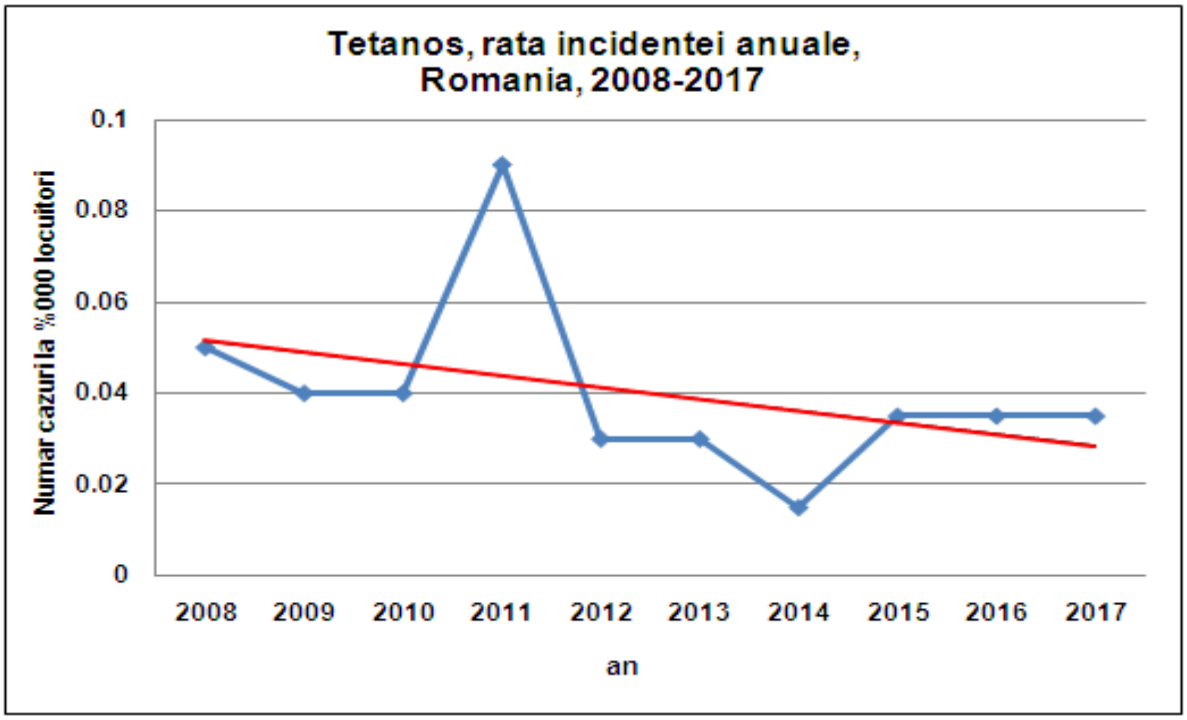


**Fig. 16 Tetanos, rata incidenței anuale, România, 2008-2017**

Din cele 7 cazuri de tetanos confirmate, 3 nu fuseseră vaccinate antitetanic, 3 aveau schema de vaccinare incompletă sau un interval mai mare de 20 de ani de la ultima vaccinare, iar pentru o persoană, antecedentele vaccinale au fost necunoscute.

Cele mai multe cazuri s-au înregistrat la grupele de vârstă <15 ani și > 65 ani (câte 3), cum se poate observa în graficul de mai jos:

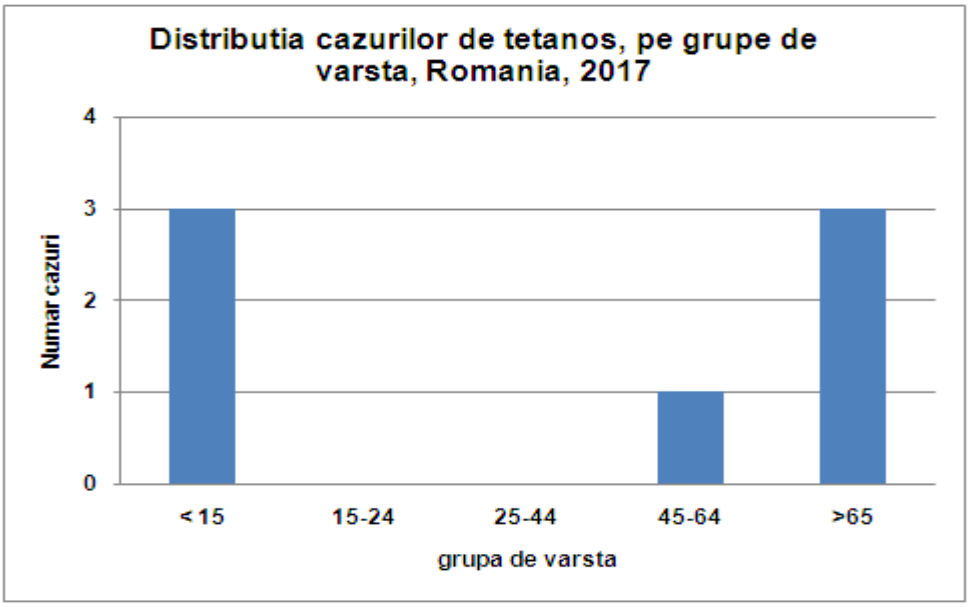


**Fig. 17 Distribuția cazurilor de tetanos pe grupe de vârstă, România, 2017**

Toate cazurile au fost înregistrate la persoane de sex masculin. Ponderea pe medii de rezidență rural/urban a fost de 5:2.

Din cele 7 cazuri de tetanos confirmate 4 au fost forme clinice severe, 1 caz soldându-se cu deces.

## 8. Reacții adverse postvaccinale (RAPI)

În anul 2017, în cadrul sistemului de supraveghere a reacțiilor adverse post-vaccinale indezirabile (RAPI) au fost primite 127 de rapoarte pentru cazuri cu debut în anul 2017, cu 32,2% mai multe față de anul precedent (86). Pe baza informațiilor menționate în definițiile de caz din metodologia de supraveghere și a informațiilor obținute din investigarea cazurilor suspecte RAPI, acestea au fost clasificate astfel:

-106 (84,3%) dintre care: 92 asociate cu componentele vaccinului și 14 asociate erorilor programatice.

-21(16,5%) infirmate dintre care: 17 coincidente și 4 reacții minore locale care nu respectă definiția din metodologie.

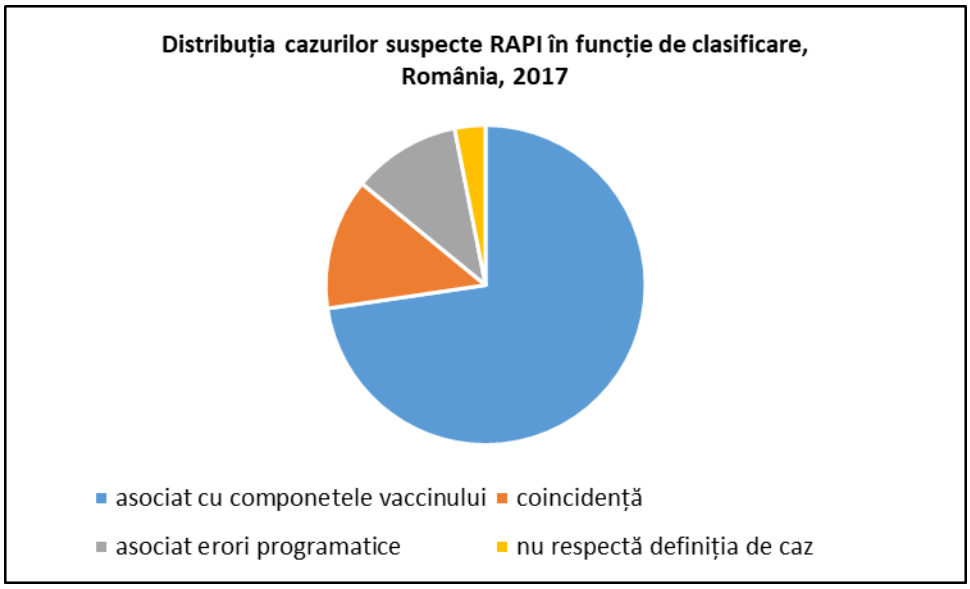


**Fig.18 Distribuția cazurilor suspecte RAPI în funcție de clasificare, Romania, 2017**

Evoluția numărului de rapoarte pentru cazurile suspecte RAPI cu debut în anul 2017, trimise la CNSCBT în cadrul sistemului național de supraveghere, precum și a numărului de cazuri confirmate ca RAPI în perioada 2006-2017, este prezentată în graficul de mai jos:

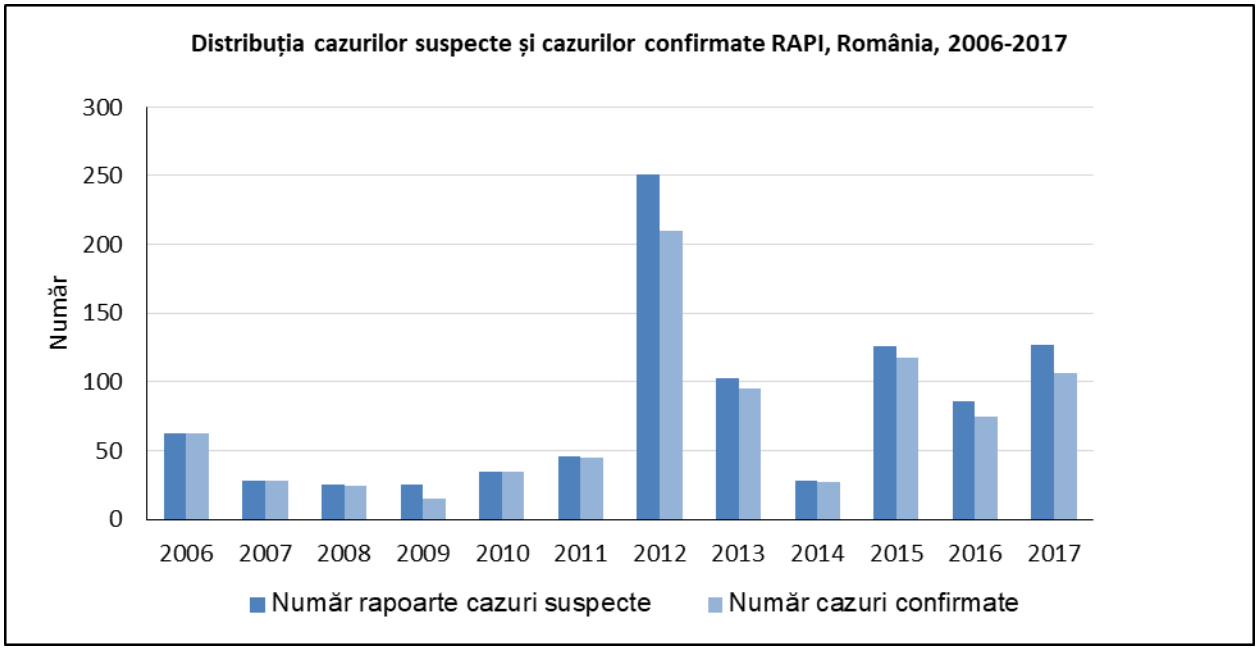


**Fig. 19 Distribuția cazurilor suspecte și cazurilor confirmate RAPI, România, 2006-2017**

În anul 2017, într- un număr de 27 județe (64.3%) s-au raportat cazuri suspecte de RAPI cu debut în anul 2017. La nivelul județului Iași s-a introdus cel mai mare număr de cazuri în sistem (19 cazuri), urmat de județul Mureș (15) și de municipiul București (13).

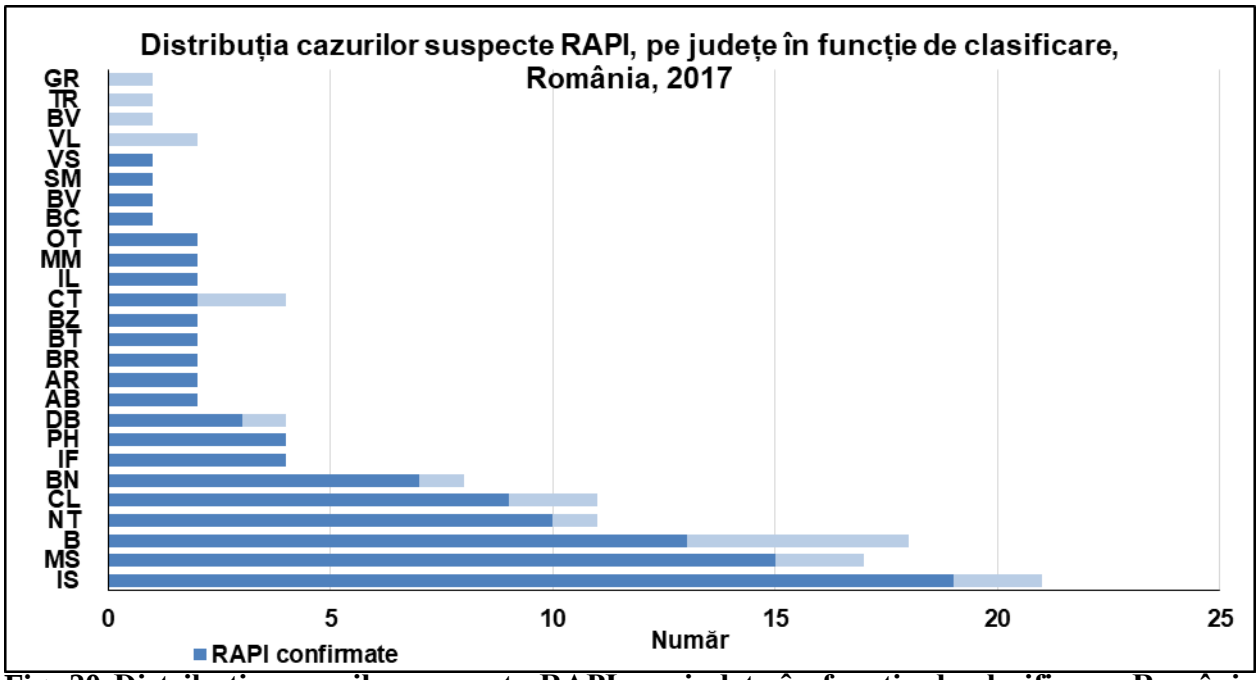


**Fig. 20 Distribuția cazurilor suspecte RAPI, pe județe în funcție de clasificare, România, 2017**

Pentru cele 107 cazuri confirmate cu RAPI în anul 2017 au fost administrate 110 doze de vaccin; respectiv pentru 6 (5,6%) cazuri au fost administrate doua tipuri de antigene vaccinale simultan astfel:

- într-un caz vaccinul antirabic a fost administrat simultant cu vaccinul VTA
- în 3 cazuri vaccinul DTPa-VPI-Hib-Hep B a fost administrat cu vaccinul pneumococic polizaharidic conjugat (13-valențe, adsorbit)

**Tabelul nr. II Distribuția dozelor de vaccin administrate cazurilor de RAPI confirmate pentru anul 2017, în funcție de tipul de antigen vaccinal si rangul dozei**

| **Tipul antigen** | **doze vaccin/ rang** | | | | | | **Nr. cazuri RAPI confirmat** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **0*** | **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** | |
| DTPa-VPI | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 43 | 59 |
| ROR | 20 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| DTPa-VPI-Hib-Hep B | 0 | 5 | 3 | 1 | 0 | 0 | 9 |
| Vaccin pneumococic polizaharidic conjugat (13-valent, adsorbit) | 0 | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| GripalTrivalent | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| VTA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| dTPa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |

| Tipul antigen | doze vaccin/ rang | | | | | | Nr. cazuri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Antirabic | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 20 | 36 | 9 | 1 | 0 | 44 | 110 |

*pentru 18 cazuri de RAPI dozele de antigen vaccinal ROR au fost administrate în Campania suplimentara de vaccinare la vârstele din intervalul 9-11 luni.

Cel mai mare număr de cazuri s-a înregistrat la copii din grupa de vârsta 5 - 9 ani (60,4%).

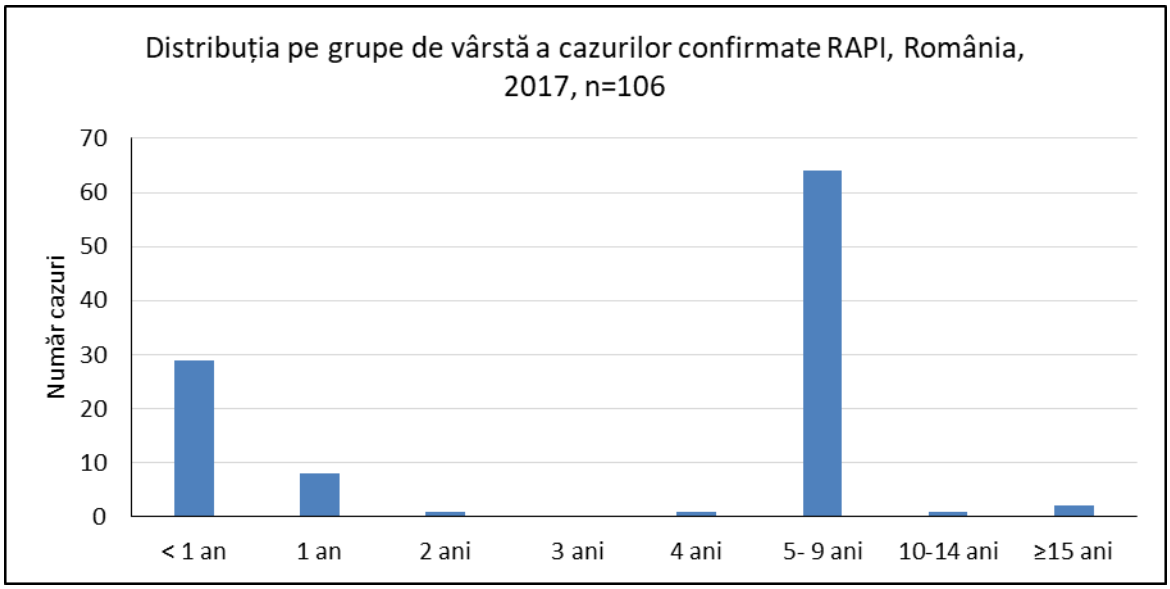


**Fig. 21 Distribuția pe grupe de vârstă a cazurilor confirmate RAPI, România, 2017, n=106**

Din cele 106 de cazuri de RAPI confirmate în anul 2017, 84 au reprezentat apariții singulare (79.3%), iar 22 cazuri au făcut parte din 7 clustere distribuite pe județele, astfel:

- Bistrița Năsăud - 2 clustere aparute dupa administrarea de DTPa-VPI
- Olt - 1 cluster apărut după administrarea în aceeași sedință de vaccinare a vaccinului pneumococic polizaharidic conjugat și a vaccinului DTPa-VPI-Hib-Hep B
- Brăila, Călărași, Iași și municipiul București- câte un cluster apărut după administrarea de DTPa-VPI

În urma investigării acestor clustere: 3 au fost asociate unor erori programatice și 4 au fost asociate cu componetele vaccinului administrat (vaccin DTPa-VPI, respectiv vaccin pneumococic polizaharidic conjugat).

Pentru cele 106 cazuri confirmate de RAPI manifestările clinice conform definițiilor din metodologie care au dus la clasificarea cazurilor sunt prezentate în tabelul urmator:

**Tabel nr III Manifestarile clinice pentru cazurile de RAPI confirmate, România, 2017, n=106**

| Manifestari RAPI | Număr cazuri |
|---|---|
| Febră | 51 |

| Manifestari RAPI | Număr cazuri |
|---|---|
| Reacție locală severă | 47 |
| Limfadenită | 5 |
| Plâns persistent | 2 |
| Convulsii | 1 |
| Total | 106 |

Nu s-a înregistrat ***nicium deces*** la caz de RAPI.

În anul 2017, indicatorii de tendință centrală pentru ***intervalul dintre data vaccinării și data debutului*** pentru cazurile confirmate cu RAPI au înregistrat următoarele valori:

- media = 3 zile
- mediana = 1 zi
- moda =1 zi
- minima = 0 zile ( 15 minute)
- maxima = 29 zile

**Agentia Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM)** a comunicat la CNSCBT informații despre 42 de cazuri de RAPI, primite de către **Centrul Național de Farmacovigilență,** de la consumatori sau de la personal medical din cadrul cabinetelor medicale de familie, centre medicale, spitale, farmacii. În baza informațiilor furnizate, clasificarea acestora ar fi: 14 confirmate, 6 infirmate și 22 neidentificate.

# Cap. II: Hepatitele virale

## 1. Hepatita virală tip A

În anul 2017, s-au înregistrat 2.512 cazuri de hepatită virală A, incidența la nivel național fiind de 12,8%000 locuitori; cu 27,3% mai mică decât în anul 2016.

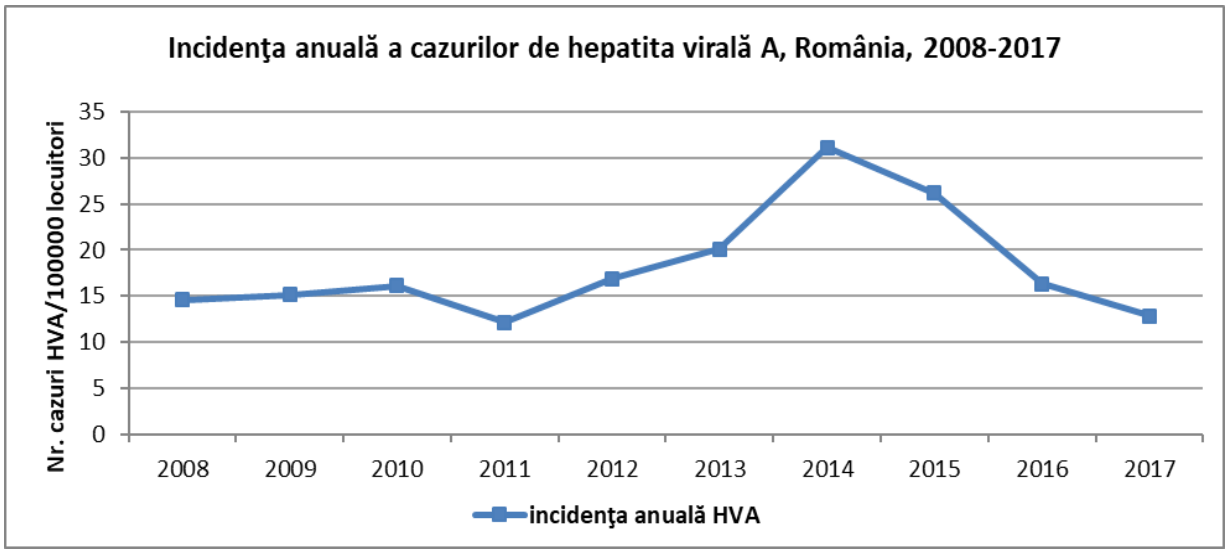


**Fig. 22 Incidenţa anuală a cazurilor de hepatita virală A, România, 2008-2017**

În anul 2017, în funcție de data debutului, incidența hepatitei virale A a înregistrat o creștere în luna noiembrie cu o valoarea maximă de 2,2%000 locuitori. Se observă incidenţe crescute ale cazurilor în perioada ianuarie-martie, după care a fost înrtegistrată o ușoară scădere urmând să fie înregistrată o evoluție ascendentă în perioada iunie-noiembrie, păstrându-se aceeaşi sezonalitate ca și în anii precedenţi, care sugerează legatura cu colectivităţile și comunitățile.

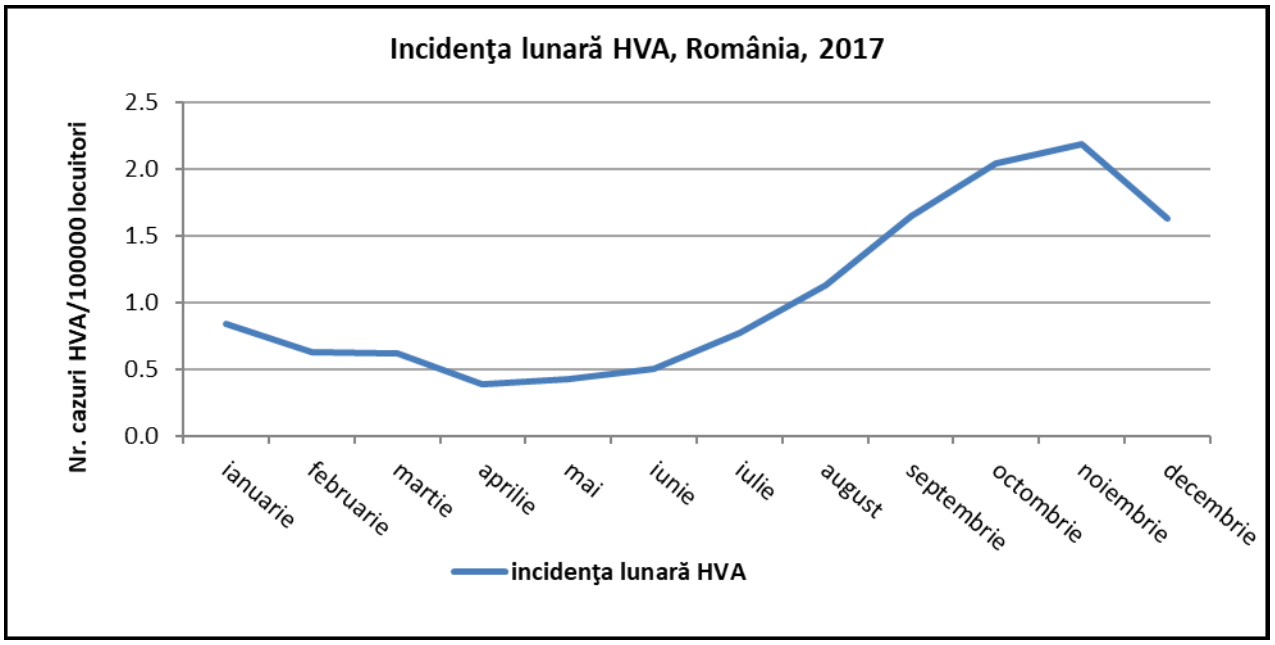


**Fig. 23 Incidenţa lunară HVA, România, 2017**

Cazuri de hepatită virală A au fost raportate în toate județele României exceptând județele: Arad, Brăila și Tulcea, fiind înregistrată o incidența maximă în județul Sibiu (65,5%000) și o incidenţă minimă în județele Prahova, respectiv Neamț, Maramureș (0,7%000).

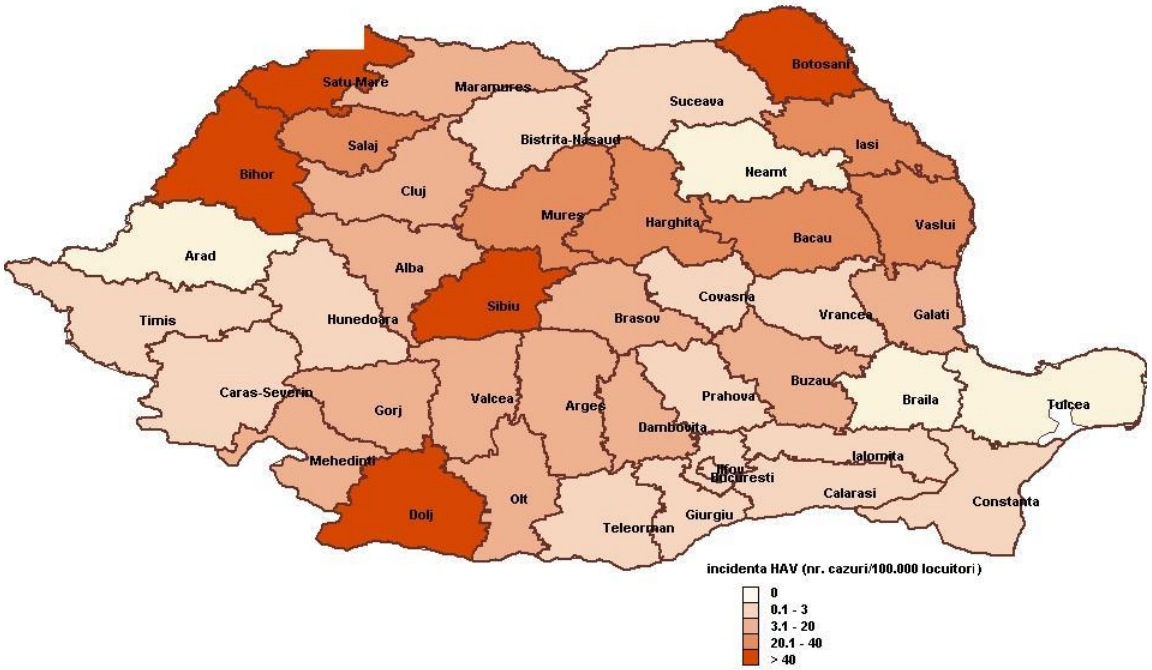


**Fig. 24 Distribuția pe județe a incidenței hepatitei virale A, România, 2017**

Ordinea descrescătoare a primelor 3 grupe de vârstă din punctul de vedere al incidenței (cazuri la 100.000 locuitori) este următoarea: 5-9 ani (74,5%000), 10-14 ani (51,9%000), 0-4 ani (32,8%000).

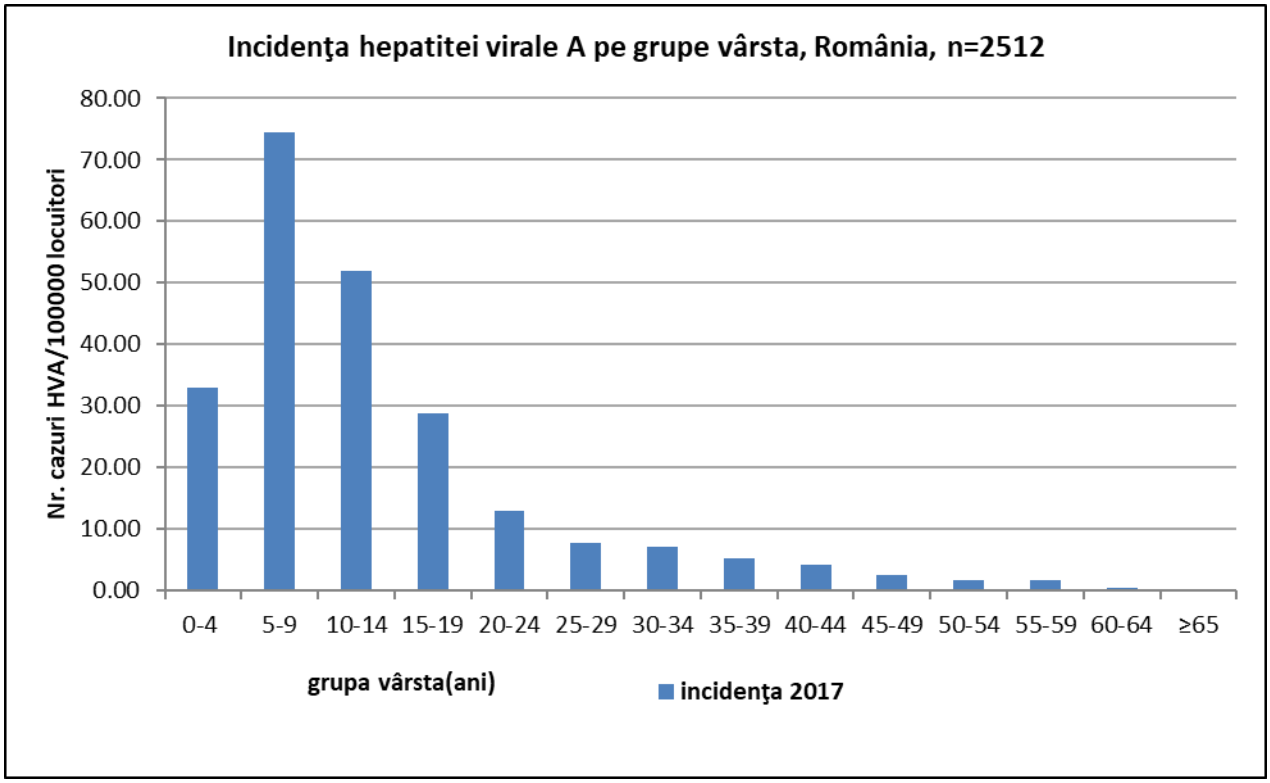


**Fig. 25 Incidenţa hepatitei virale A pe grupe de vârstă, Romania, n=2512**

Din cele 2.512 cazuri de HVA, 50,2% au fost înregistrate la persoanele de sex masculin.

În ceea ce privește mediul de rezidență: 61,1% cazuri provin din mediului rural și 38,9% din mediului urban.

În anul 2017, au fost raportate prin investigații epidemiologice de către DSP-urile județene:

- 123 de focare cu debut în anul 2017 totalizând 1.466 cazuri

A fost considerat focar apariţia a minim 2 cazuri confirmate cu hepatita virală A, care au fost expuse la aceeaşi sursa, în acelaşi timp şi loc. Județele în care s-au raportat cele mai multe focare în anul 2017 sunt: Bihor (25 focare); Iasi (17 focare) şi Dolj(17 focare), respectiv Sibiu (11 focare).

În anul 2017 au fost raportate 94 de focare în mediul rural cu un număr de 1.205 cazuri hepatită virală A și 28 de focare în mediul urban cu un număr de 261 cazuri.

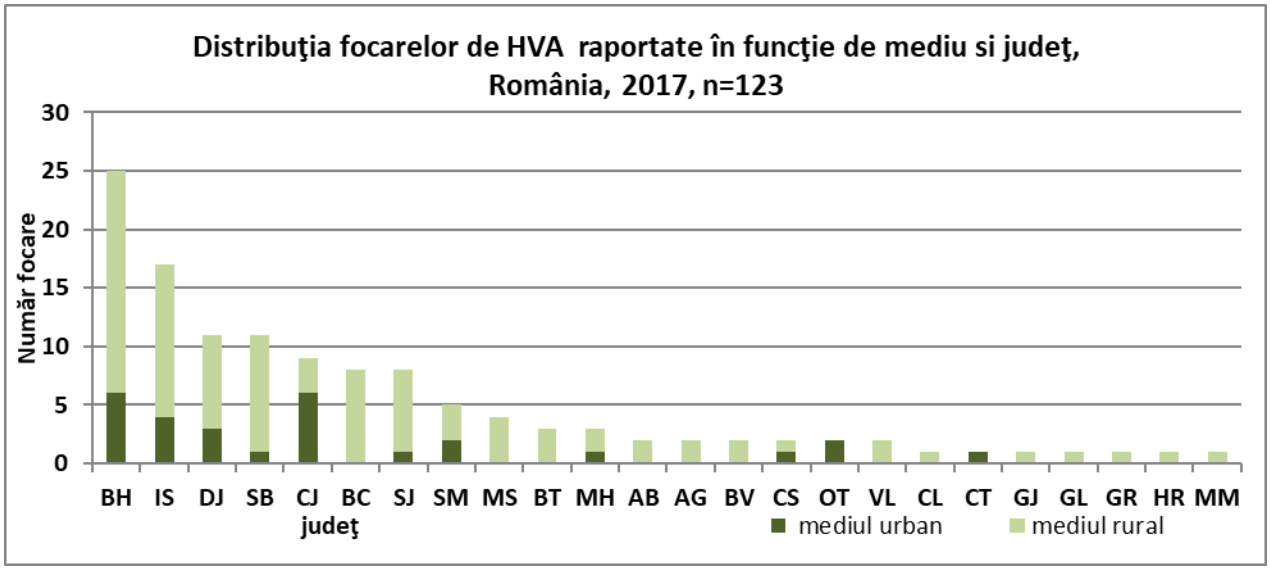


**Fig. 26 Distribuţia focarelor de HVA raportate în funcţie de mediu și judeţ, România, 2017, n=123**

În mediul rural cele mai multe focare au fost raportate în partea de Nord Vest 33 focare (286 cazuri) și partea Nord Est a ţării- 24 focare (375 cazuri). În mediul urban cele mai multe focare au fost raportate în Nord Vestul ţarii- 15 focare (147 cazuri) şi Sud Vestul ţării- 6 focare (69 cazuri) de hepatită virală A.

În 49 de focare din mediu rural au fost recoltate probe de apă din sursa de apă folosită de către comunităţii şi 30 ( 61,2%) de probe nu au fost corespunzătoare din punct de vedere bacteriologic. În 7 focare din mediul urban au fost recoltate probe de apă și toate au fost corespunzătoare din punct de vedere bacteriologic. În cadrul focarelor au fost raportate 1.636 de cazuri de hepatită virală A, fiind identificaţi 11.469 contacți, dintre care un număr de 2.256 contacți (19,7%) au primit profilaxie prin vaccinare. Cele mai multe cazuri- 42,2% din rândul celor raportate în focare, atât în mediul rural cât şi în mediul urban, s-au observat la grupa de vârstă 5-9 ani.

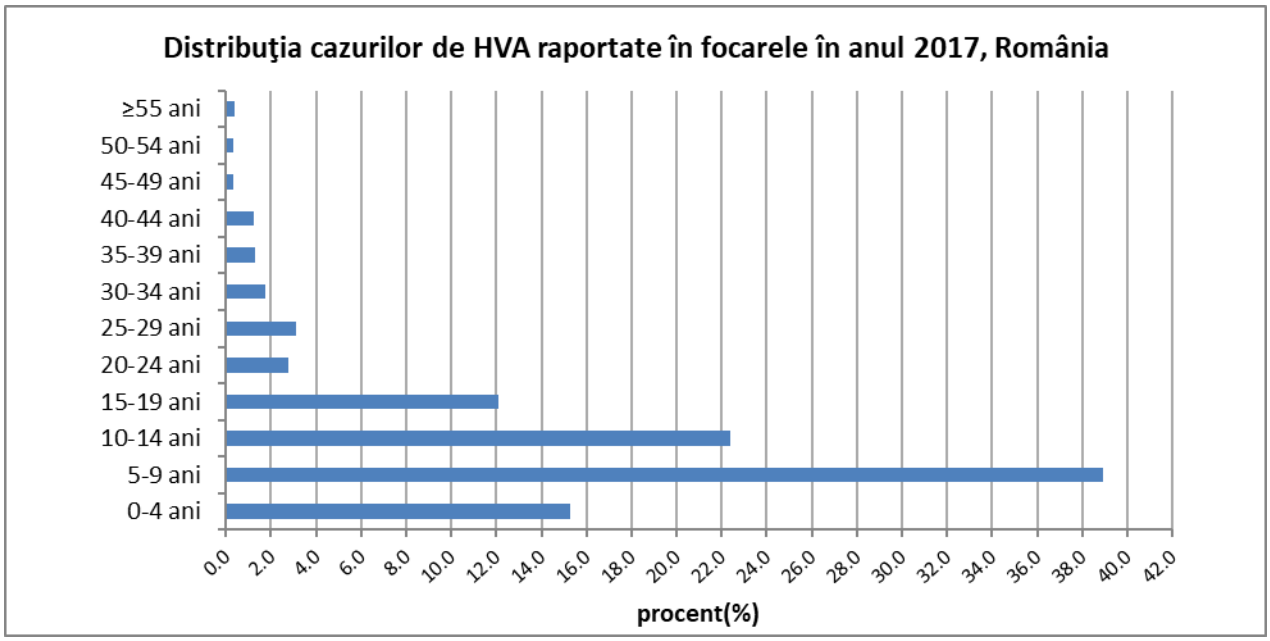


**Fig. 27 Distribuţia cazurilor de HVA raportate în focarele din 2017, România**

Focarele de hepatită virală A cu debut în anul 2017 și declarate închise, având cel mai mare număr de cazuri, au evoluat:

- în localitatea Vurpăr ( Sibiu), în perioada 01.05.2017- 20.12.2017, într-o comunitate cu status social precar care beneficiază de apă de la 2 fântâni și nu beneficiază de reţea de canalizare. Au fost înregistrate 83 cazuri confirmate de hepatită virală A, cu o rată de atac de 35,9%; cele mai multe cazuri (56; 67,5%) au fost înregistrate la grupa de vârsta de 5-9 ani. Au fost identificaţi 153 contacţilor din grupele de vârstă 1-15 ani, dintre care 88,9% au fost vaccinaţi. Rezultatele celor două probe de apă recoltate din cele două fântâni au fost necorespunzătoare din punct de vedere bacteriologic.
- în localitatea Soard ( Mureș) în perioada 23.06.2017- 9.11.2017, într-o comunitate cu status social precar care beneficiază de apă de la o cișmea stradală și nu beneficiază de rețea de canalizare. Au fost înregistrate 50 cazuri hepatită virală A, cu o rată de atac de 20,3%; cu cele mai multe cazuri (31; 62%) înregistrate la grupa de vârsta de 5-9 ani. Au fost identificaţi 105 contacţilor cu vârste între 1-15 ani, dintre care 25, 7% au fost vaccinaţi. Rezultatele probelor de apă recoltate au fost necorespunzătoare din punct de vedere bacteriologic.

Cele mai multe focare s-au datorat nerespectării normelor de igienă, aglomerărilor și au evoluat în comunități cu status social precar.

## 2. Hepatita virală tip B și tip C

În anul 2017 au intrat în sistemul national de supraveghere pentru hepatitele virale tip B și C un număr de 238 cazuri, cu 28% mai puțin e față de anul precedent (329).

Evoluția incidenței hepatitelor virale tip B și C, în România, în perioada 2006-2017 este prezentată în graficul de mai jos. Continuă trendul descendent pentru incidența raportată a hepatitei virale tip B, în paralel cu variații minore, de la un an la altul, pentru hepatita virală tip C.

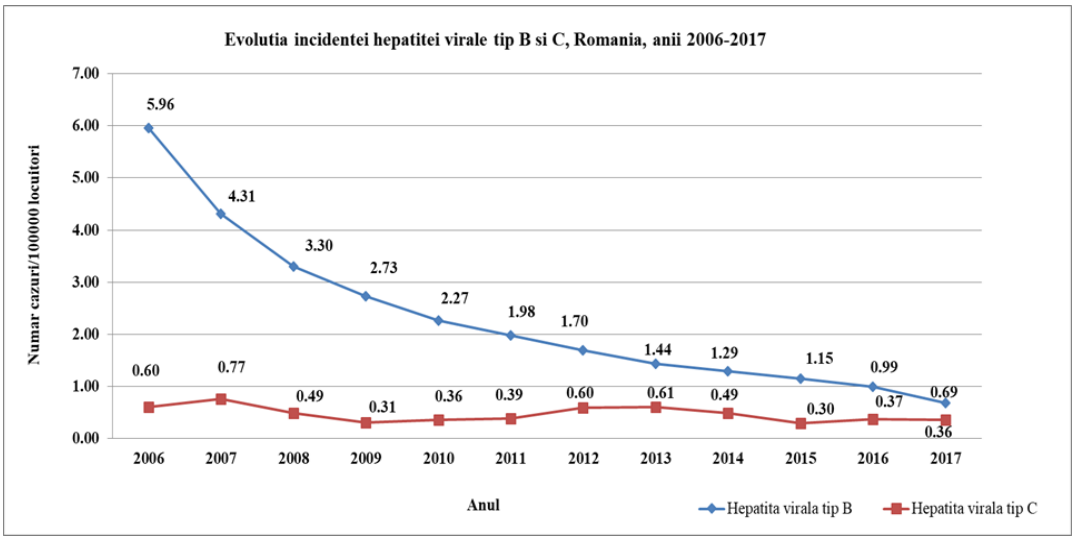


**Fig. 28 Evolutia incidenței hepatitei virale tip B și C, România, 2006-2017**

Incidența hepatitei virale tip B (0,69%000) se situează sub rata de notificare înregistrată în anul 2015 la nivelul EU (4,7%000).

Incidența hepatitei virale tip C (0,36%000) se situează cu mult sub media înregistrată în anul 2015 la nivelul EU (8,6%000).

Clasificarea cazurilor de hepatită virală tip B și C, intrate în sistemul național de supraveghere în anul 2017 (N=238), este prezentată în tabelul de mai jos:

**Tabel IV Clasificarea cazurilor de hepatită virale B și C intrate în sistemul de supraveghere, 2017**

| Tip hepatita virala | Numar cazuri |
|---|---|
| Hepatita virala acuta tip B (HVB acuta) | 133 |
| Hepatita virala cronica tip B (HVB cronica) | 2 |
| Hepatita virala acuta tip C (HVC acuta) | 67 |
| Hepatita virala cronica tip C (HVC cronica) | 3 |
| HVB perinatala* | 1 |
| Suspect HVB acuta | 8 |
| Suspect HVB cronica | 17 |
| Suspect HVC acuta** | 1 |
| Suspect HVC cronica | 7 |
| **Total** | **238** |

## Hepatita virală tip B

În anul 2017, media ratei incidenței a fost depășită cu peste 2 STDEV în județul Covasna. Depășiri cu 1 STDEV ale mediei au fost înregistrate în județele Iași, Călărași, Constanța și Vâlcea. În șapte județe (Brăila, Giurgiu, Harghita, Satu Mare, Sălaj, Suceava, Tulcea) nu s-a introdus niciun caz în sistemul national de supraveghere.

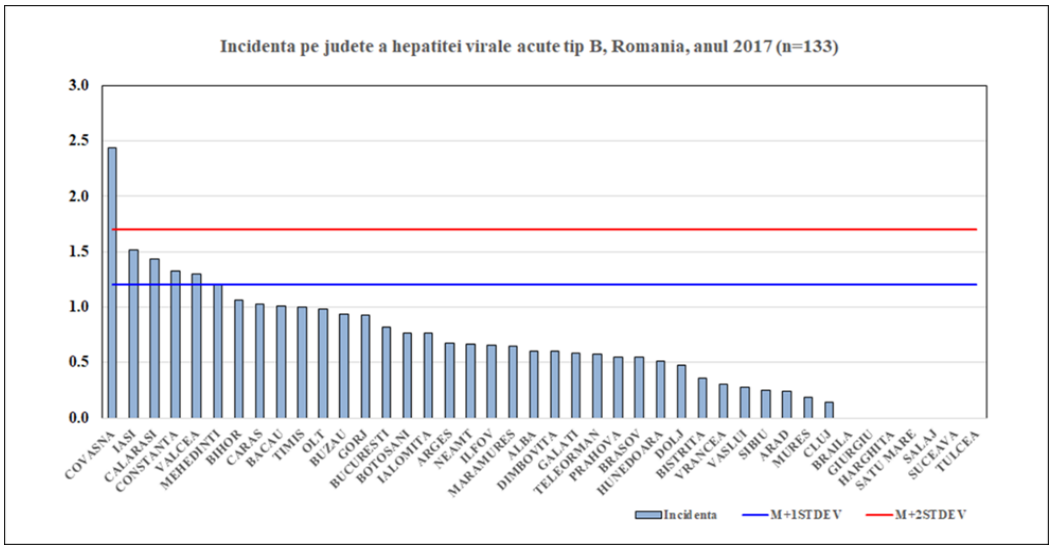


**Fig. 29 Incidenta pe județe a hepatitei virale acute tip B, România, 2017**

În anul 2017, cele mai multe cazuri (28%) au fost înregistrate la grupa de vârstă 35-44 ani. Rata maximă de incidență specifică s-a înregistrat la această grupă de vârstă la sexul masculin (1,6%000), în timp ce la sexul feminin ea a fost înregistrată la grupa de vârstă 45-54 ani (1,3%000). Cu exceptia grupelor de vârstă 5-14 ani și 45-54 ani, ratele de incidență au fost mai mari la sexul masculin. Din cele 6 cazuri înregistrate la copii cu vârstă sub 5 ani, 5 au avut vârsta sub 1 an, iar unul vârsta de 4 ani (nevaccinat). Din cei 5 sugari, unul a avut vârsta de 4 luni la data diagnosticului și primise o singură doza de vaccin hepatitic B, 2 aveau vârsta de 5 luni, din care unul nevaccinat, iar unul primise o singură doză de vaccin, iar alți 2, în vârstă de 7 si, respectiv 8 luni, nu primiseră nicio doză de vaccin.

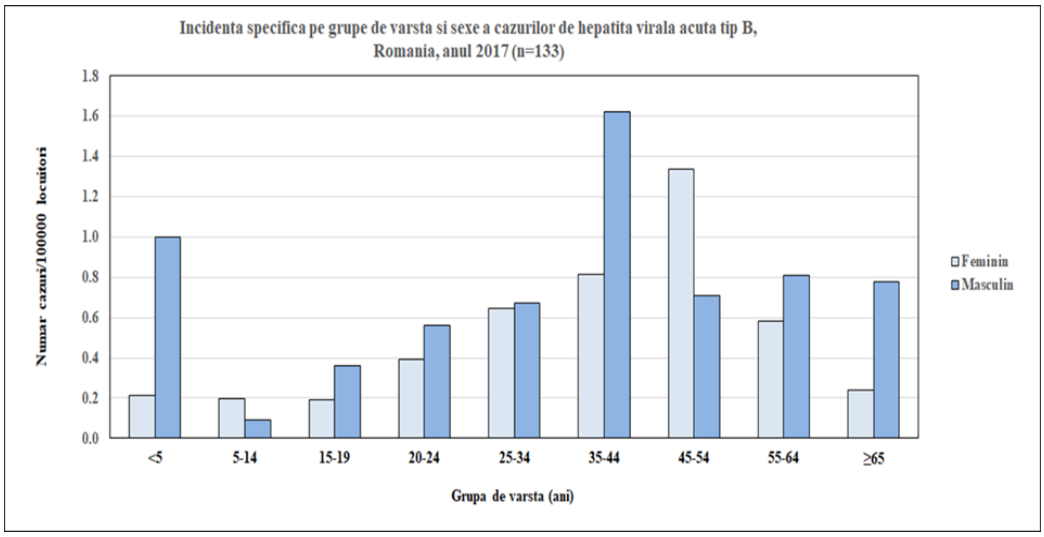


**Fig. 30 Incidenţa specifică pe grupe de vârstă și sexe a cazurilor de hepatită virala acută tip B, România, 2017**

Doar 2 cazuri de HVB cronică au întrunit criteriile din definiția de caz. Acestea au fost raportate în județele Călărași și Covasna.

Valorile maxime ale ratei incidenței pentru stadiul acut s-au înregistrat la adulții din grupa de vârstă 35-44 ani, urmată de grupa de vârsta 45-54 ani, în timp ce pentru stadiul cronic numărul de cazuri este mult prea mic pentru o comparație relevantă.

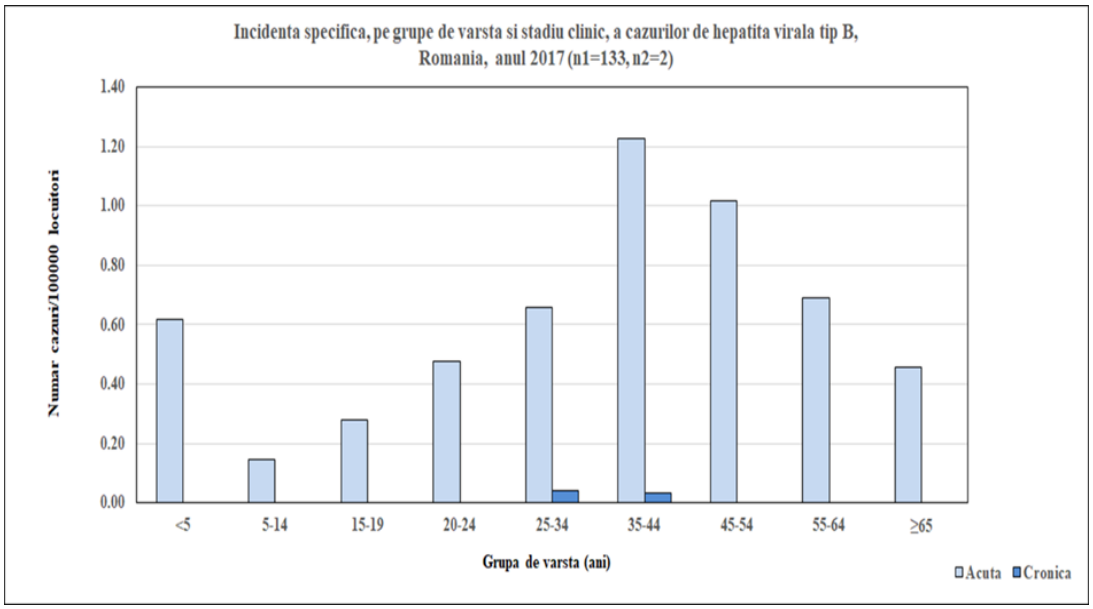


**Fig.31 Incidența specifică pe grupe de vârstă și stadiu clinic a cazurilor de hepatită virala tip B, România, 2017**

Categoriile de transmitere posibile pentru hepatita virală acută tip B, menționate cu frecvența cea mai mare, au fost cea nosocomială (24,1%), urmată de cea hetero-sexuală (nr.parteneri ≥2, cu excluderea altor factori de risc posibili, dar cu includerea pacienților diagnosticați cu ITS) (7,5%). în ceea ce privește posibila transmitere nosocomiala la cazurile de hepatita virala acuta tip B, manevrele stomatologice au fost mentionate și în acest an cu frecventa cea mai ridicata: 9,8% din totalul cazurilor de HVB acuta, cu 2,4% mai mare fata de anul 2016.

Un număr de 8 cazuri de hepatita virală acuta tip B sunt considerate de import, pentru acestea fiind menționată șederea în străinătate pe toata perioada de incubație (2 săptămâni-6 luni). Calea de transmitere a fost cea heterosexuală pentru 2 cazuri, sexuală pentru 1 caz, non-ocupațională pentru 1 caz și necunoscută pentru 4 cazuri.

## Hepatita virală tip C

Media ratei incidenței a fost depășită cu peste 2 STDEV în județele Bihor și Ialomița. Depășirea cu peste 1 STDEV a mediei a fost înregistrată în județele Brăila, Botoșani și Neamț. În 18 județe nu s-a introdus în sistemul de supraveghere niciun caz, cu un județ mai puțin față de anul precedent.

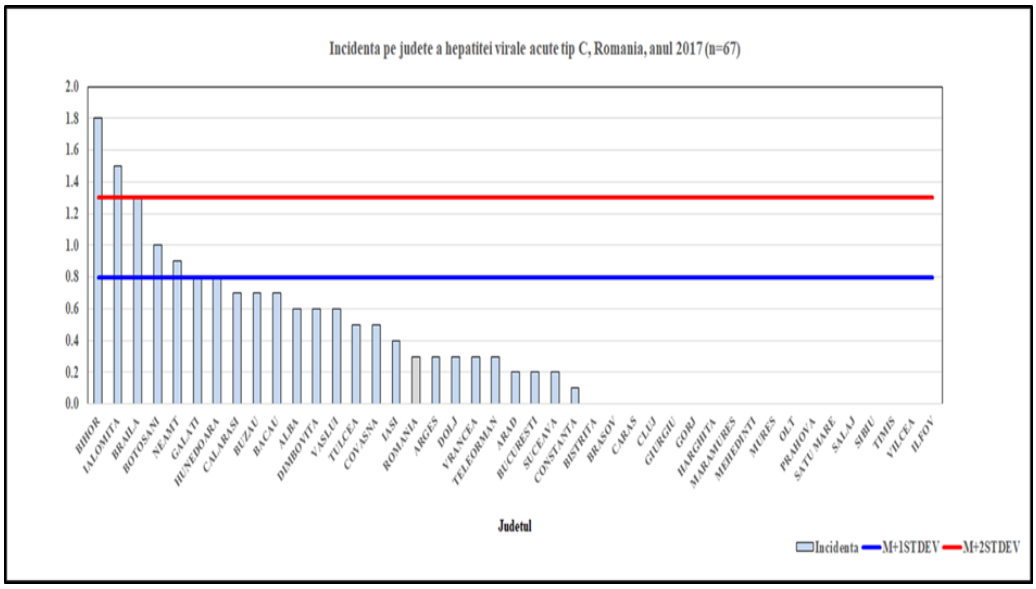


**Fig. 32 Incidența pe județe a hepatitei virale acute tip C, România, 2017**

Ratele maxime de incidență s-au înregistrat la grupa de vârstă 55-64 ani, atât pentru sexul feminin (0,8%000), cât și pentru cel masculin (0,48%000).

Incidența specifică pe sexe a fost de 0,4%000 la sexul feminin și de 0,3%000 la cel masculin.

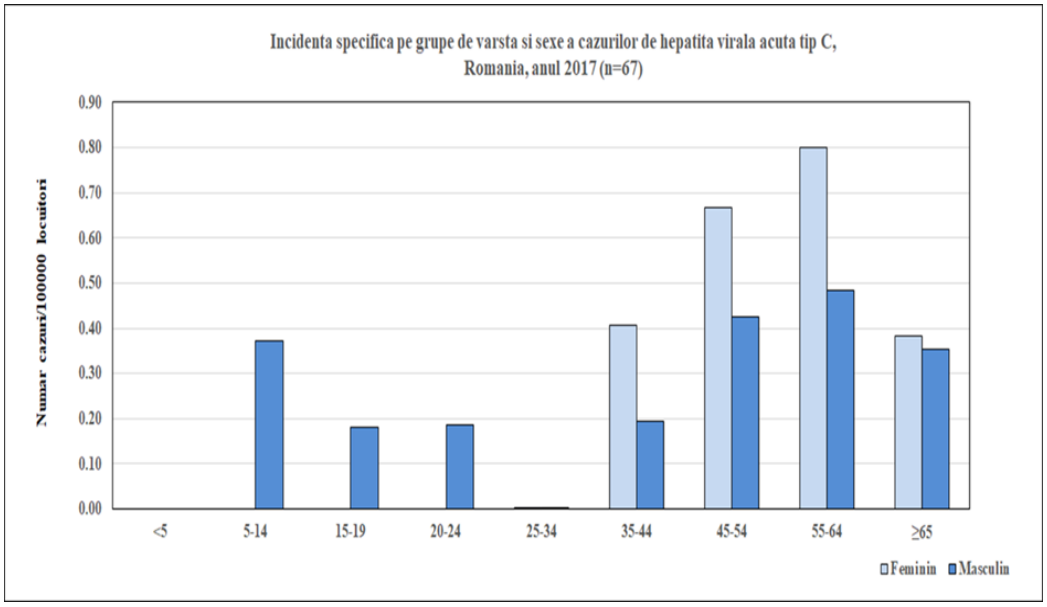


**Fig. 33 Incidența specifică pe grupe de vârstă și sexe a hepatitei virale acute tip C, România, 2017**

Categoria de transmitere posibilă, menționată cu frecvența cea mai mare, a fost cea nosocomială (37,3%). În ceea ce privește posibila transmitere nosocomială la cazurile de hepatită virală acută tip C, ca și în anul 2016, tratamentele injectabile în spital au fost menționate cu frecvența cea mai ridicată: 16,4% din totalul cazurilor de HVC acută, valoare aproape dublă față de cea din anul precedent (8,3%).

Trei cazuri de hepatită virală acută tip C au fost considerate de import, pentru acesta fiind menționată șederea în străinatate pe toata perioada de incubație (2 săptămâni-6 luni). Calea de

transmitere a fost: la un caz în relatie cu ocupația (alta decât personal medico-sanitar); pentru 1 caz, injectarea de droguri pe cale intra-venoasă; iar pentru 1 caz, cea nosocomială.

Numărul de testări realizate în anul 2017 pentru markeri de infecție cu virus hepatitic B și C, precum și rata pozitivității sunt prezentate în tabelul de mai jos:

**Tabel V Testările din anul 2017 pentru markerii de infecție cu virus hepatitis B și C și rata pozitivității a acestora**

| Tip test | | TOTAL | % donatori initiali pozitivi |
|---|---|---|---|
| AgHBs | Nr. donatori testati | 156743 | |
| | din care pozitivi | 1863 | **1.2** |
| Ac anti-VHC | Nr. donatori testati | 155832 | |
| | din care pozitivi | 1211 | **0.8** |

| Tip test | | TOTAL | % persoane pozitive |
|---|---|---|---|
| **AgHBs** | nr. persoane testate | 402486 | |
| | din care pozitive | 24932 | **6** |
| **Ac anti-HBs** | nr. persoane testate | 33411 | |
| | din care pozitive | 13668 | **41** |
| **IgM anti-HBc** | nr. persoane testate | 4905 | |
| | din care pozitive | 605 | **12** |
| **Ac anti-HBc totali** | nr. persoane testate | 17330 | |
| | din care pozitive | 6484 | **37** |
| **AgHBe** | nr. persoane testate | 7828 | |
| | din care pozitive | 516 | **7** |
| **Ac anti-HBe** | nr. persoane testate | 6678 | |
| | din care pozitive | 4409 | **66** |
| **ADN-VHB (PCR)** | nr. persoane testate | 29115 | |
| | din care pozitive | 11964 | **41** |
| **Ac anti-VHC** | nr. persoane testate | 365094 | |
| | din care pozitive | 17437 | **5** |
| **ARN-VHC (PCR)** | nr. persoane testate | 21519 | |
| | din care pozitive | 9992 | **46** |
| **Imunoblot HCV** | nr. persoane testate | 1864 | |
| | din care pozitive | 290 | **16** |

## Cap. III: Meningite

### 1. Meningita meningococică

În anul 2017 s-a înregistrat un număr de 63 cazuri confirmate și probabile de boală meningococică, înregistrând valori relativ scăzute ale incidenței la nivel național (0,32%000), în creștere cu 0,03 %000 față de anul 2016 (0, 29%000).

Rata incidenței anuale a cazurilor confirmate și probabile de boală meningococică înregistrate în România, în perioada 2008-2017, prezentată în graficul de mai jos, evidențiază faptul că în anul 2017 aceasta s-a situat sub valoarea medie (0,4%000) înregistrată în ultimii 10 ani:

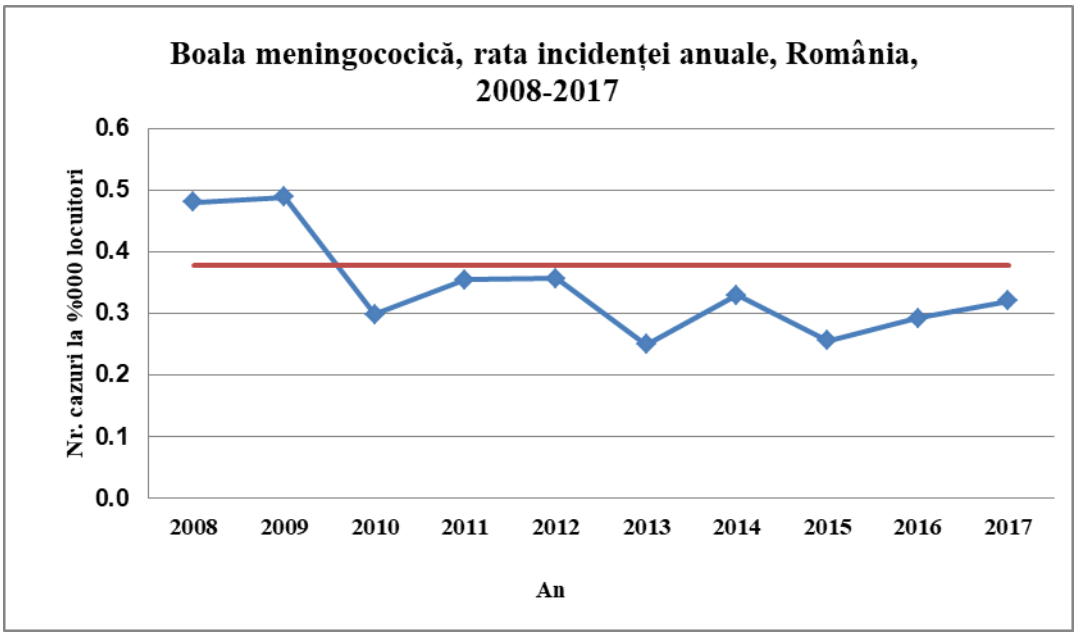


**Fig. 34 Boala meningococică, rata incidației anuale, România, 2008-2017**

Incidența bolii meningococice, în ușoară creștere față de ultimul an, a prezentat cea mai crescută valoare în luna iunie.

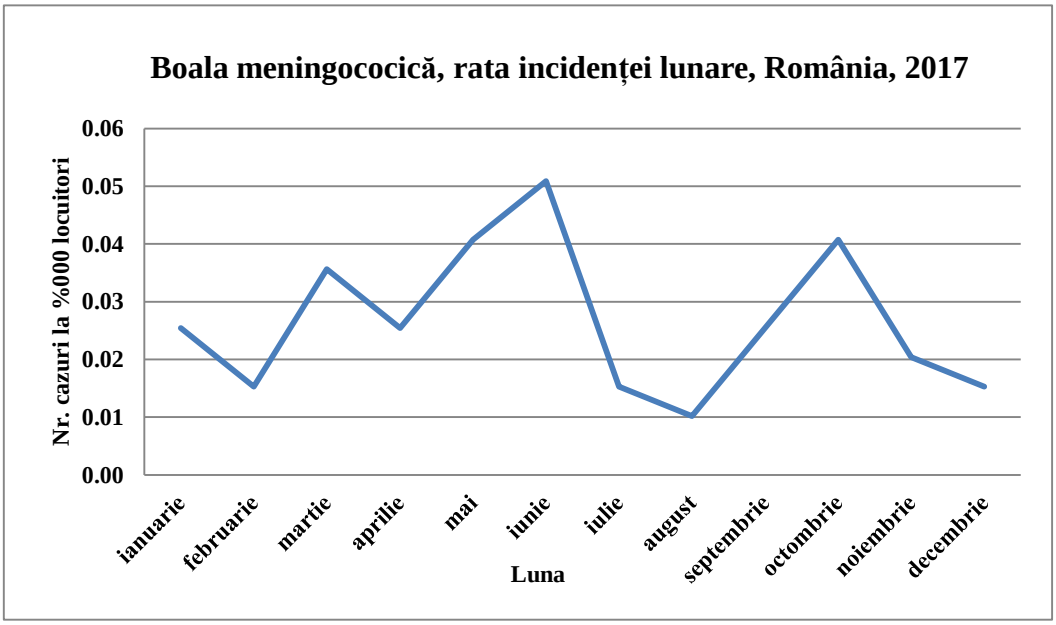


**Fig 35 Boala meningococică, rata incidației lunare, România, 2016**

Din cele 42 de județe, în 29 s-au raportat cazuri suspecte de boală meningococică.

Nu au fost raportate cazuri suspecte de boala meningococică în județele: Arad, Argeș, Bistrița Năsăud, Gorj, Hunedoara, Maramureș, Mehedinți, Satu Mare, Sălaj, Suceava, Teleorman, Timiș și Ilfov.

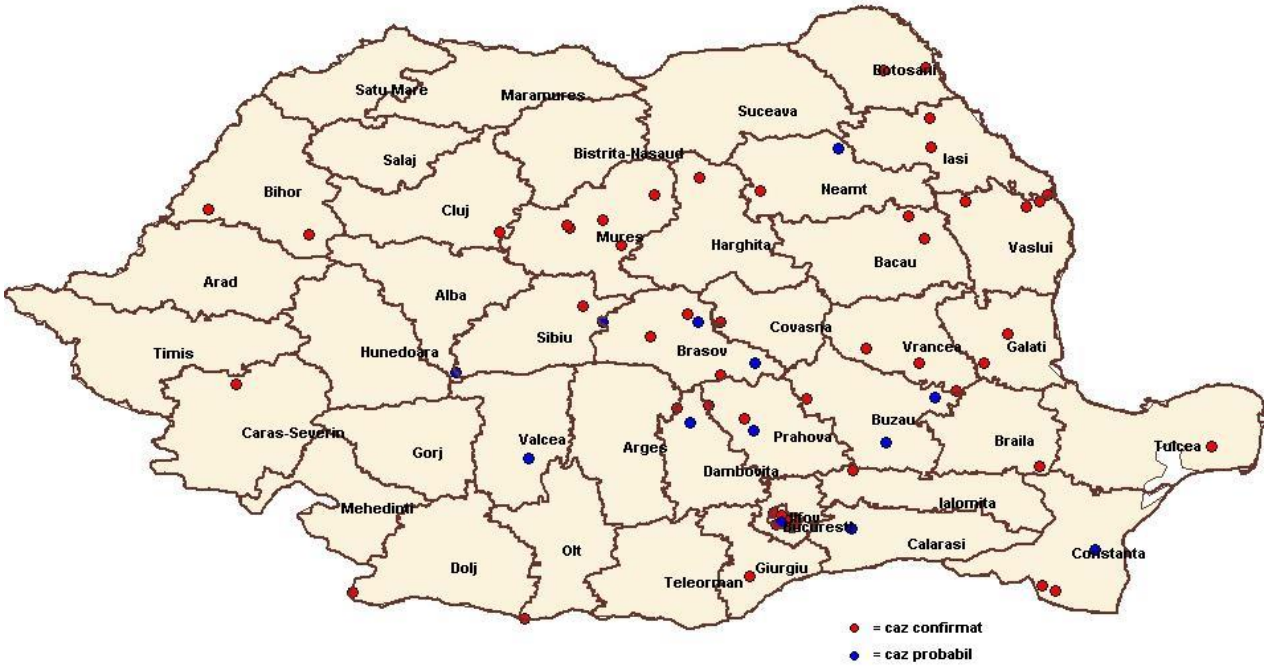


**Fig. 36 Distribuția cazurilor confirmate de boală meningococică pe județe, România, 2017**

Distribuția cazurilor de boală meningococică pe grupe de vârstă, a evidențiat predominanța cazurilor la grupa de vârstă 0-4 ani: 30 cazuri (47,6%), urmată de grupele de vârstă: 15-19 ani – 8 cazuri (12,7%), 10-14 ani – 6 cazuri (9,5%) și 5-9 ani – 5 cazuri (7,9%).

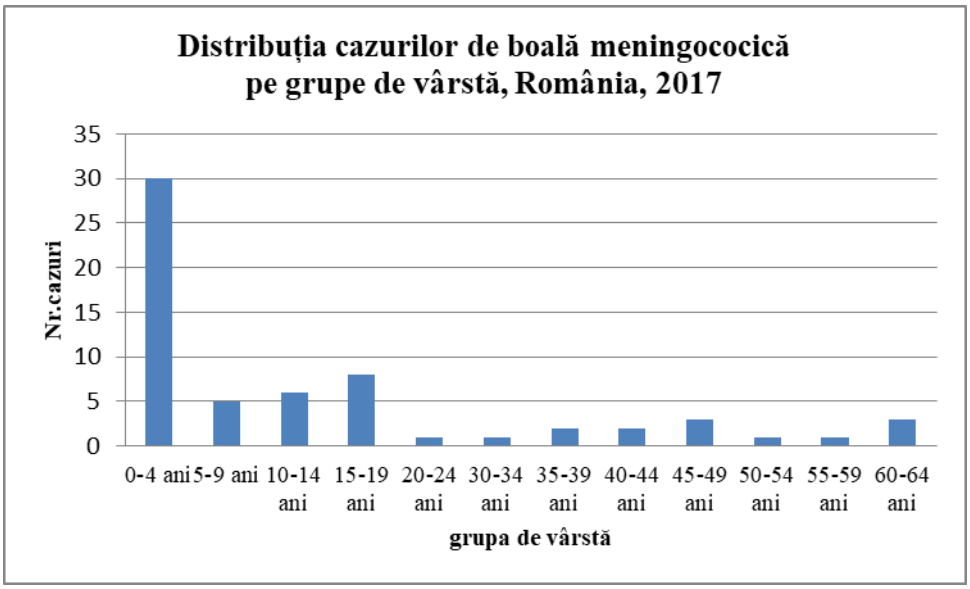


**Fig. 37 Distribuția cazurilor de boală meningococică pe grupe de vârstă, România, 2017**

Raportul pe sexe, masculin:feminin, a fost de 2 : 1.

Distribuția cazurilor pe medii de rezidență a evidențiat o distribuție a cazurilor ușor în favoarea mediului rural – 34 cazuri (54%) față de mediul urban - 29 de cazuri (46%).

Din totalul de 71 cazuri suspecte, 8 (11,3%) au fost infirmate (câte 1 din județele Alba, Botoșani, Brașov, Buzău, Călărași, Constanța, Iași, Vaslui), iar 63 (88,7%) s-au clasificat astfel: 50 confirmate cu laboratorul, 13 probabile. Cele mai multe cazuri confirmate s-au înregistrat în Mun. București - 7 (14%).

Cazurile probabile au fost cazuri în stare gravă și foarte gravă, cu septicemie și sdr. Waterhouse-Friederichsen. Ele au fost clasificate astfel deoarece, chiar dacă rezultatul de laborator pentru meningococ a lipsit uneori (probele biologice neputând fi prelevate din cauza stării grave a pacienților), aceștia au prezent semne clinice caracteristice bolii meningococice.

Cea mai frecventă formă de manifestare clinică a fost meningita meningococică (52 %), urmată de meningococemie (30%), purpura (13%) și meningita cu meningococemie (5%).

Forma de boală a fost severă (50,8% ), medie (39,7%), ușoară (9,5%) din cazuri

S-a înregistrat un număr de 13 decese prin boală meningococică, la cazuri severe, unele (3) depistate tardiv și care au decedat în primele ore de la internarea în serviciul de asistență medicală.

Cazurile de deces s-au înregistrat la grupele de vârstă 0-4 ani (6 cazuri), 40-44 ani (2 cazuri), 10-14 ani, 15-19 ani, 30-34 ani, 35-39 ani, 60-64 ani (câte 1 caz).

Rata mortalității specifice prin boală meningococică pe teritoriul României în anul 2017 a fost de 0,066‰ locuitori, iar rata de fatalitate a fost de 20,6%.

La 14 dintre cazurile confirmate (22,2%) s-a determinat serogrup de meningococ: serogrup B – 12 cazuri, serogrup A – 1 caz, serogrup Y – 1 caz. Pentru 5 cazuri nu s-a putut stabili serogrup, dar a fost exclus serogrup B (ACYW135).

**Tabel VI. Rata mortalității specifice pe grupe de vârstă prin boala meningococică, România, 2017**

| Grupa de vârstă | Rata mortalității specifice (‰ loc.) |
|---|---|
| 0-4 ani | 0,617 |
| 10-14 ani | 0,095 |
| 15-19 ani | 0,093 |
| 30-34 ani | 0,077 |
| 35-39 ani | 0,066 |
| 40-44 ani | 0,131 |
| 60-64 ani | 0,073 |

## 2. Meningita și meningo-encefalita TB

În cursul anului 2017 au fost raportate 29 de cazuri de meningită și meningo-encefalită tuberculoasă, cu 2 mai puțin e față de anul precedent. Dintre acestea, 11 au fost clasificate confirmate (cultură pozitivă) și 11 probabile (PCR pozitiv sau microscopie pozitiva), iar 7 au rămas posibile.

Numărul cazurilor confirmate și probabile (22) l-a depășit cu 2 pe cel din anul precedent. Analiza distribuției pe județe a acestor cazuri relevă faptul că ele au provenit din 14 județe, cu un număr minim de 1 caz și un maxim de 4 cazuri (jud.Vaslui).

Analiza distribuției pe grupe de vârstă a cazurilor confirmate și probabile relevă faptul că cele mai multe cazuri s-au înregistrat la copii din grupa de vârstă 0-4 ani, precum și la 65-74 ani.

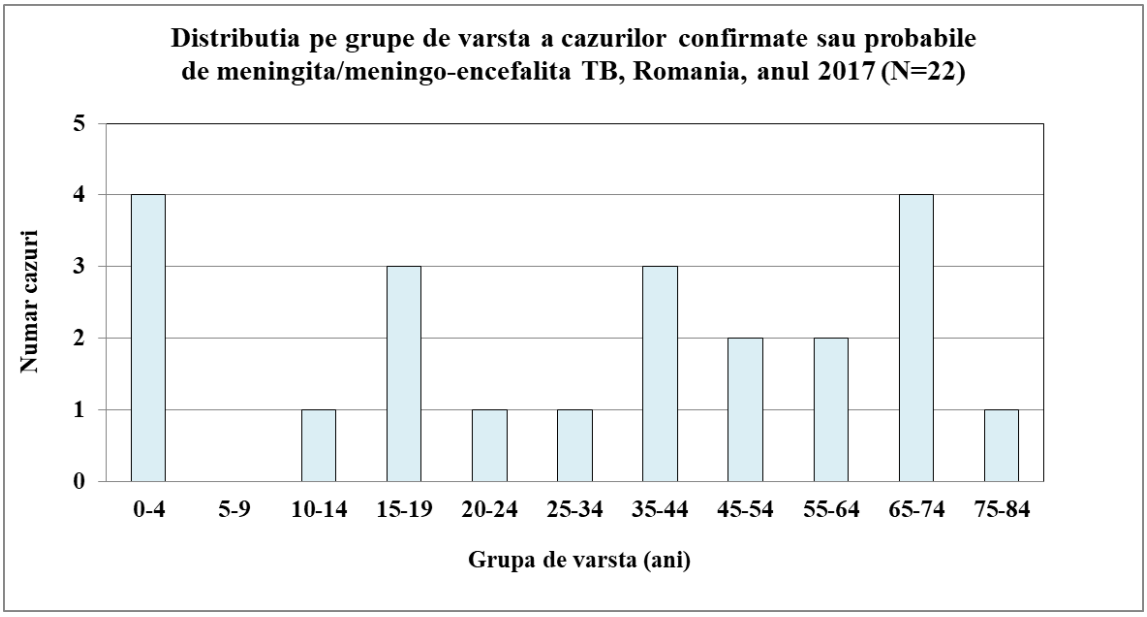


**Fig. 38 Distibuția pe grupe de vârstă a cazurilor confirmate sau probabile de meningita/meningoencefalita TB, România 2017**

Din cele 4 cazuri înregistrate la grupa de vârstă 0-4 ani, 3 fuseseră vaccinate, iar 1 nevaccinat.

Din analiza distribuției cazurilor pe sexe a rezultat că au fost înregistrate câte 11 cazuri la ambele sexe.

Au fost înregistrate 3 decese, câte 1 în jud.Brăila, Iași și Mureș, toate la sexul masculin, din grupele de vârstă 15-19 ani, 45-54 ani și 65-74 ani.

## Cap. IV: Boli cu transmitere prin alimente și /sau factori de mediu

## 1. Botulismul

La nivel național, în anul 2017 rata incidenței cazurilor confirmate de botulism a fost de 0,07%000, valoare ușor mai scăzută comparativ cu cea inregistrata în anul precedent (0,08%000).

Rata incidenței anuale a cazurilor confirmate de botulism înregistrate în România, în perioada 2008-2017, prezentată în graficul de mai jos, a urmat un trend descendent:

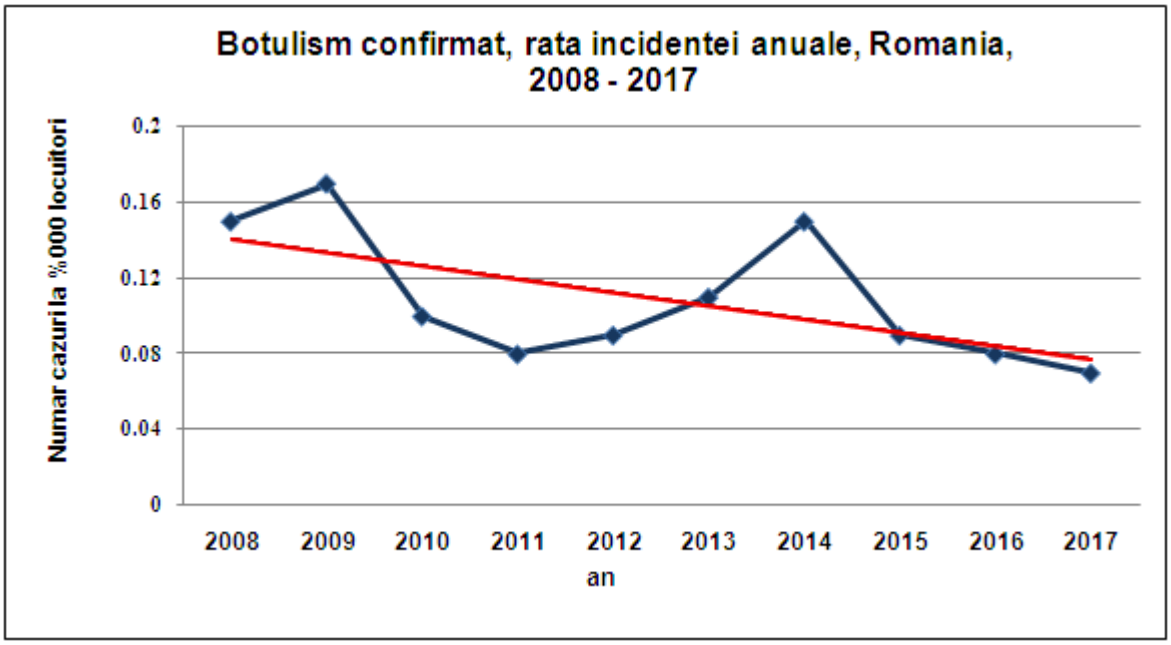


**Fig 39 Botulism confirmat, rata incidenței anuale, România, 2008-2017**

Rata incidenței lunare, prezentată în graficul de mai jos, reflectă o incidență ușor mai crescută a cazurilor de botulism în lunile februarie, martie, iulie și decembrie:

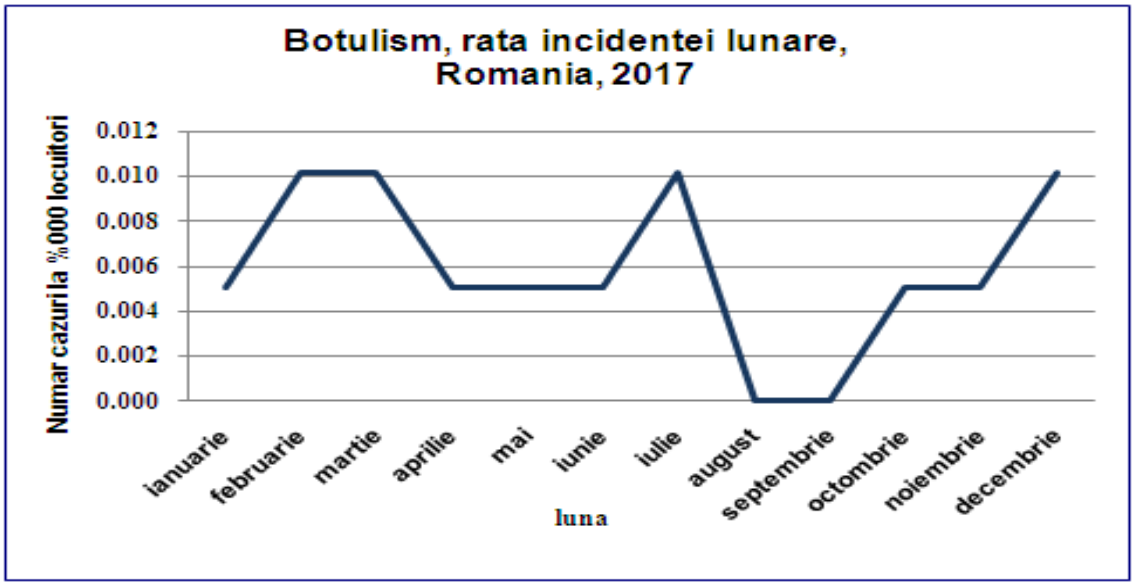


**Fig 40 Botulism, rata incidenței lunare, România, 2017**

În anul 2017, au fost raportate 21 cazuri suspecte de botulism, din care 14 cazuri au fost confirmate cu laboratorul și 1 caz a fost clasificat ca și probabil. Cazurile de botulism au fost înregistrate în județele: Argeș (2), Bihor (4 confirmate și 1 probabil), Buzău (2), Dâmbovița (1), Hunedoara (1), Iași (2), Vaslui (1) și municipiul București (1), Distribuția geografică a cazurilor confirmate este prezentată mai jos:

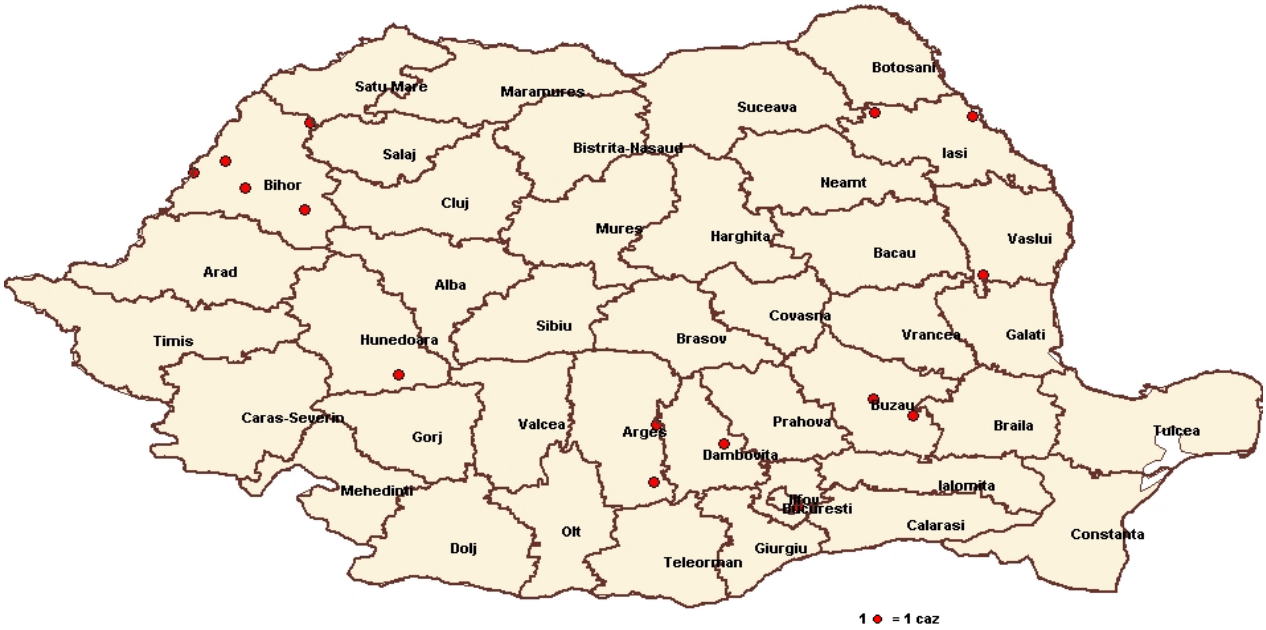


**Fig. 41 Distribuția cazurilor confirmate de botulism pe județe, România 2017**

Diagnosticul serologic complet (determinarea tipului de toxină) a fost stabilit în toate cele 14 cazuri (toxina botulinică tip B). Cele mai multe cazuri de botulism au fost înregistrate la grupa de vârstă 25 – 44 de ani (40%).

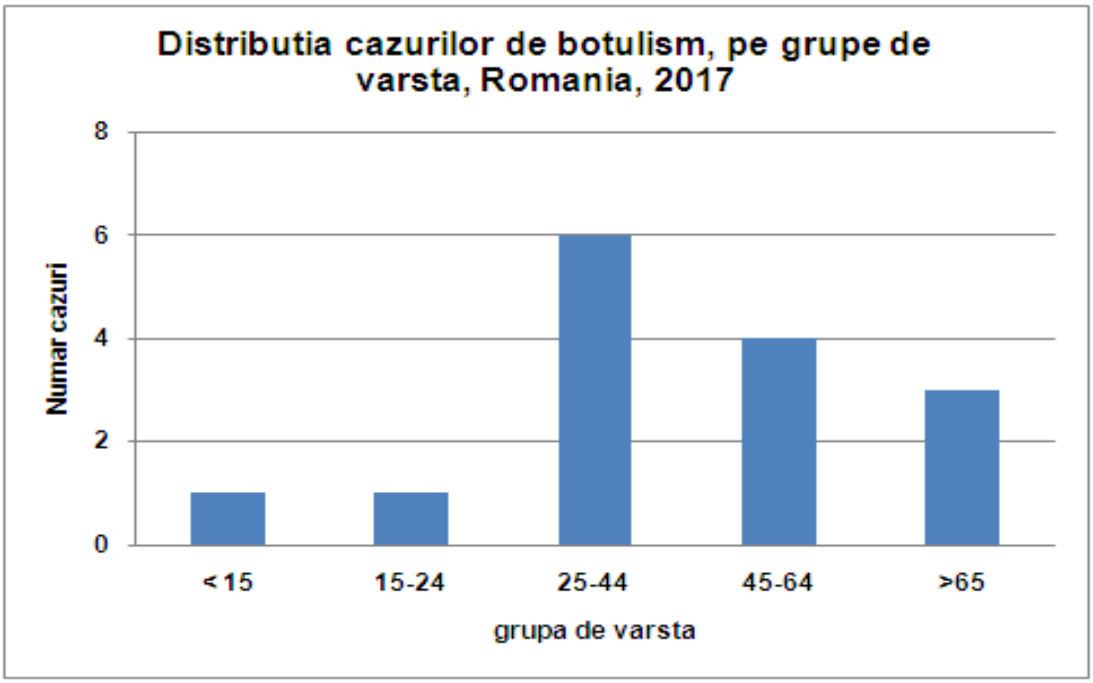


**Fig. 42 Distribuția cazurilor de botulism, pe grupe de vârstă, 2017**

Analiza ponderii pe medii de rezidență a cazurilor de botulism evidențiază un procent crescut de cazuri confirmate în mediul rural (80% - 12 cazuri).

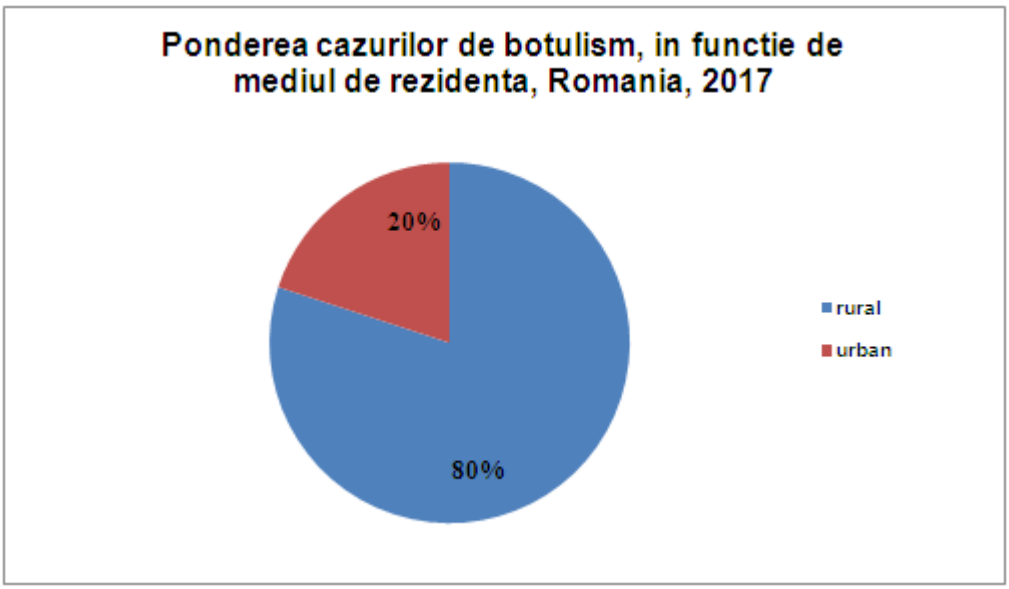


**Fig. 43 Ponderea cazurilor de botulism, în funcție de mediul de rezidență, România, 2017**

În toate cazurile, alimentele posibil incriminate au fost produse alimentare: 11 pe bază de carne, 2 pe bază de pește și 2 pe bază de legume.

## 2. Boala diareică acută

În perioda iunie-octombrie 2017 (s22-s44), au fost raportate un număr de 36.825 cazuri internate de boală diareică acută(BDA).

Cel mai mare număr total de cazuri (3.660 cazuri) din acest sezon s-a înregistrat în săptămâna 31 a anului.

Numărul de cazuri de BDA internate se încadrează în media cazurilor din ultimele sezoane de supraveghere.

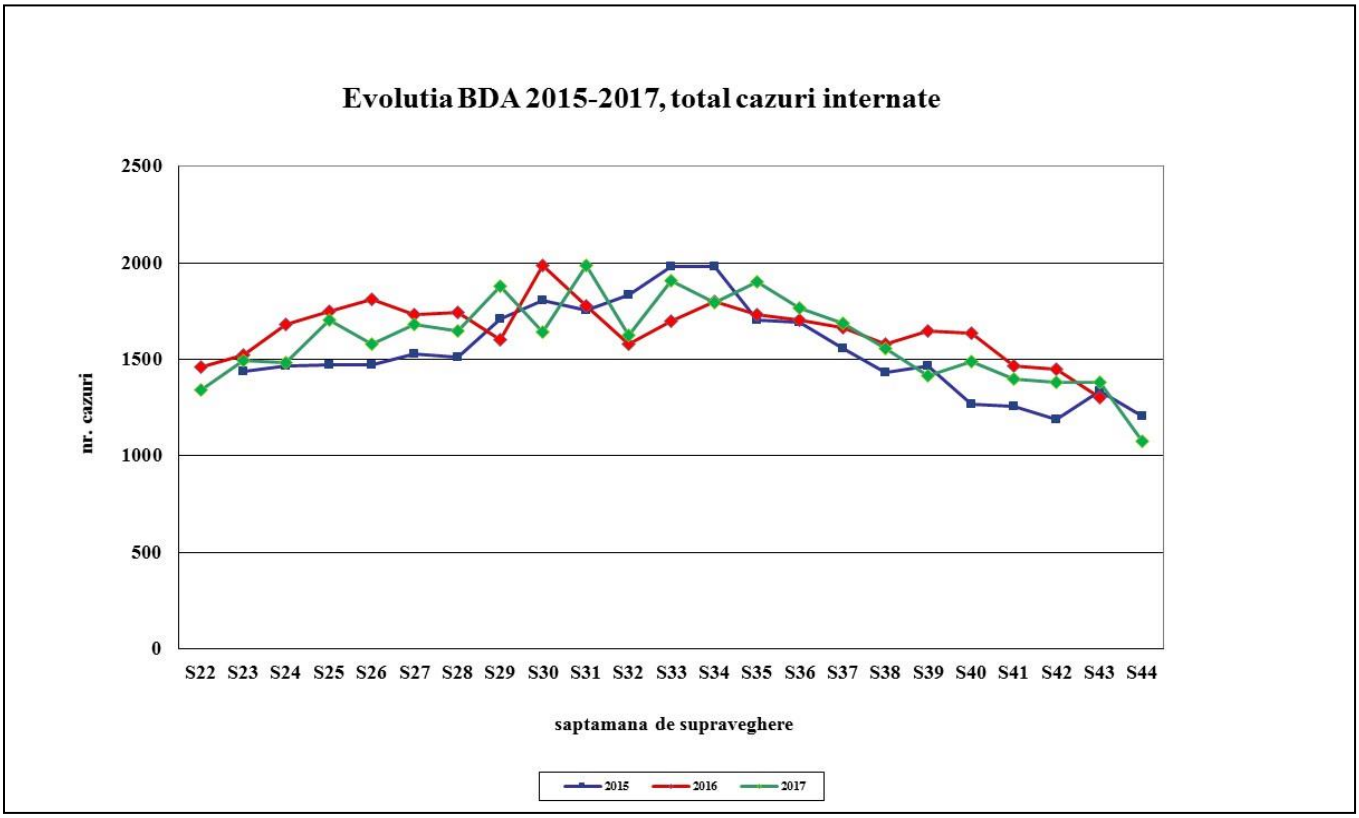


**Fig. 44 Evoluția cazurilorBDA internate , România, 2015- 2017**

Ca și în ceilalti ani, cele mai multe cazuri internate cu BDA au fost la grupele de vârstă 1-4 ani și 15-64 de ani.

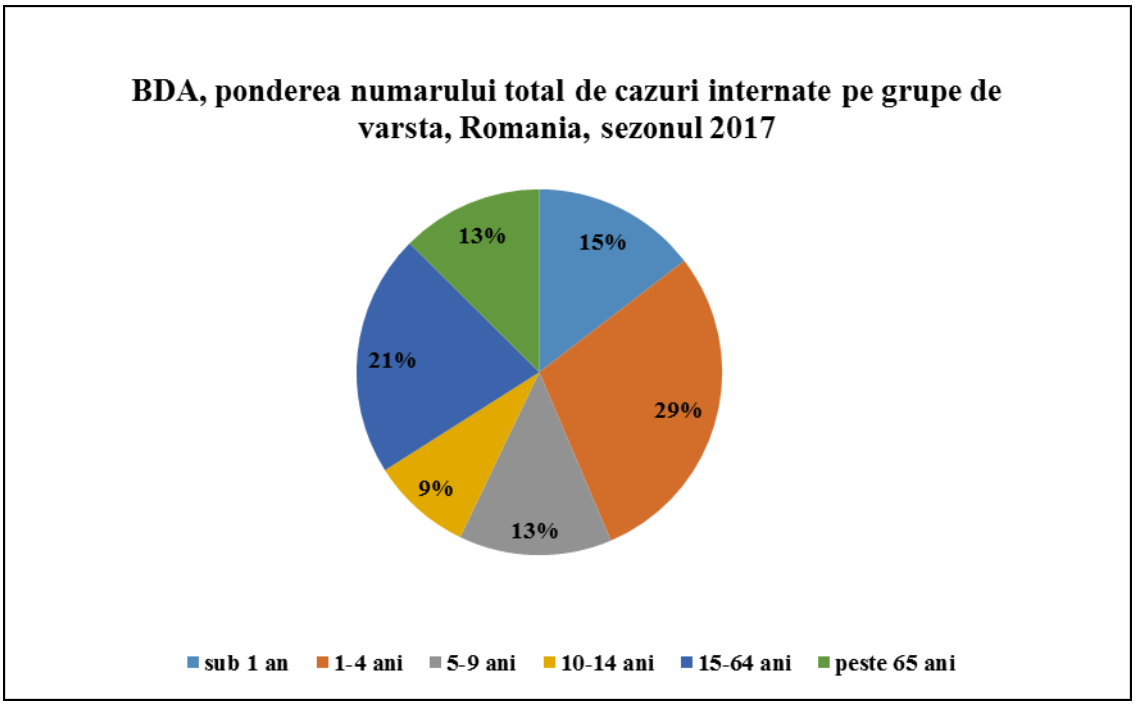


**Fig. 45 BDA, ponderea numărului total de cazuri internate pe grupe de vârstă, România, sezonul 2017**

Cea mai mare rată de incidență estivală specifică a BDA s-a înregistrat la grupa de vârstă sub 1 an (5371.6%000), iar cea mai mică la grupa de vârstă 15-64 de ani (106,4%000).

În acest sezon nu s-a înregistrat niciun deces la grupa de vârstă <1 an. S-au înregistrat 7 cazuri de sindrom hemolitic uremic (SHU), toate s-au confirmat ca și sindrom hemolitic uremic (SHU), doar 2 având ca și etiologie infecția cu *E. coli producător de enterotoxine (STEC/VTEC)*.

În județele sentinelă (Brăila, Constanța, Galați și Tulcea) se constată că:

- total discordant, față de tiparul înregistrat la nivel național (evoluție aproape constantă, cu o singură scădere bruscă în s32), s-au înregistrat 4 vârfuri (în s31, s35, s41 și s43) și 3 scăderi mai bruște (s34, s37, s40 și s42)

- scăderea numărului de cazuri internate se regăsește în supravegherea națională începând cu s33, iar în cea sentinela cu s35.

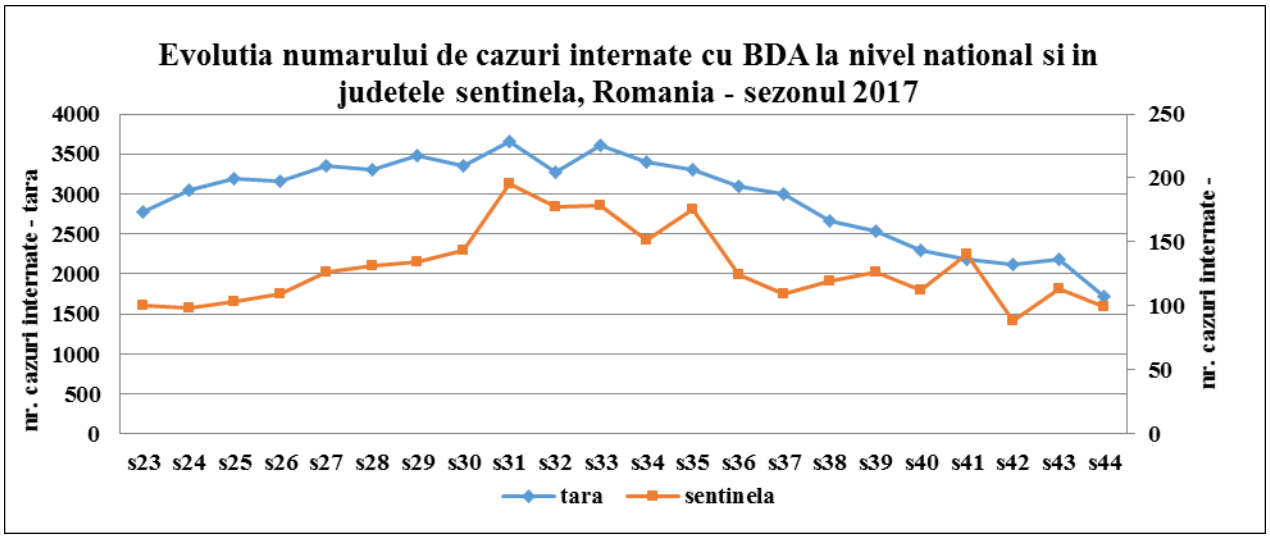


**Fig. 46 Evoluția numărului de cazuri internate cu BDA, la nivel național și în județele sentinelă, România, sezonul 2017**

Ponderea cazurilor diagnosticate internate în județele sentinelă a variat, de-a lungul sezonului, între 64,3% și 89,1%.

În cadrul supravegherii cu laboratorul la nivel național s-a investigat un număr de 609.562 probe. La nivelul laboratoarelor DSPJ s-au lucrat 5,1% din probe, restul de 94,9% fiind lucrate la nivelul altor laboratoare (din sistem public sau privat). Din totalul probelor 43,2% au fost coproculturi, iar 56,8% examene coproparazitologice.

Un procent de 4,2% din coproculturi au fost pozitive, depistându-se/ izolându-se următorii agenți patologici:

- *Rotavirus* – 19,2%;
- *Salmonella* – 10,5%;
- alte patotipuri de E. Coli, în afara *E. Coli O157* – 10,5%;
- *Campylobacter* – 7,8%;
- *Shigella* – 1,4%;
- *Yersinia* – 0,4%;

- alți agenți – 50,2%.

Nu s-a izolat vibrion holeric și nici *E. coli O 157*.

5,7% din examenele coproparazitologice au fost pozitive, majoritatea cu Giardia lamblia (71%).

## 3. Trichineloza

Rata incidenței anuale a trichinelozei în anul 2017 a fost de 0,69%000, în creștere cu 55,5% față de incidența anului 2016.

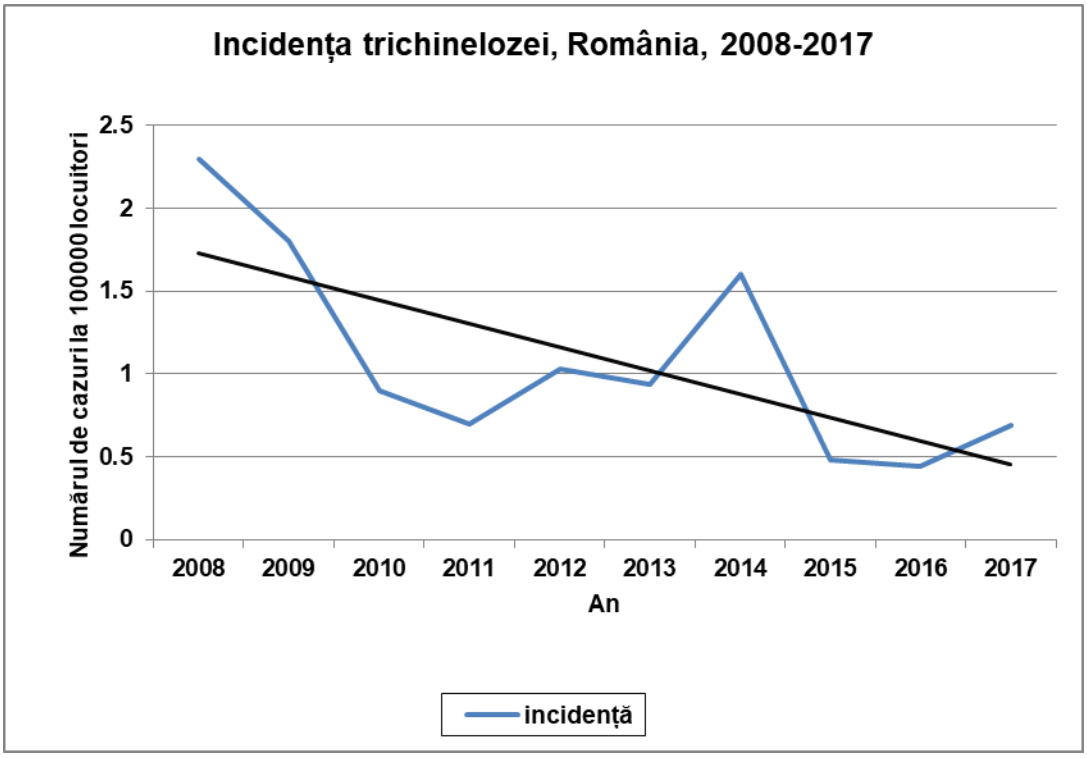


**Fig. 47 Trichineloza, incidența anuală, România, 2008-2017**

Număr total cazuri a fost de 136. Raportul cazurilor din mediul urban față de cel rural a fost de 0,86/1.

Incidența sexului masculin (0,67%000) a fost mai mică decât incidența sexului feminin (0,72%000). Raportul cazurilor pe sexe, masculin: feminin, a fost de 0,83:1.

Cele mai mari valori ale incidenței s-au înregistrat în prima a anului, luna august(focar Ilfov) și septembrie (focar Maramureș) cât și la sfârșitul anului(luna decembrie).

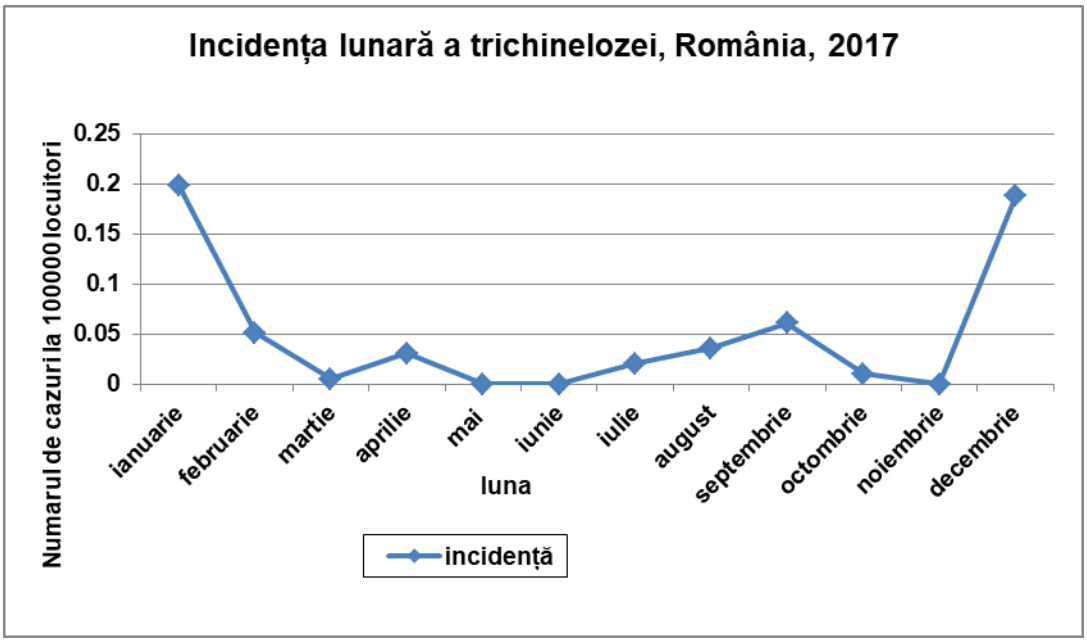


**Fig. 48 Trichineloza, incidența lunară, România, 2017**

Cele mai mari rate ale incidenței s-au înregistrat la grupele de vârstă 45-49 de ani (1,28%000) , 35-39 ani (1,27%000), 30-34 ani (1,16%000), 15-19 ani (1,02%000).

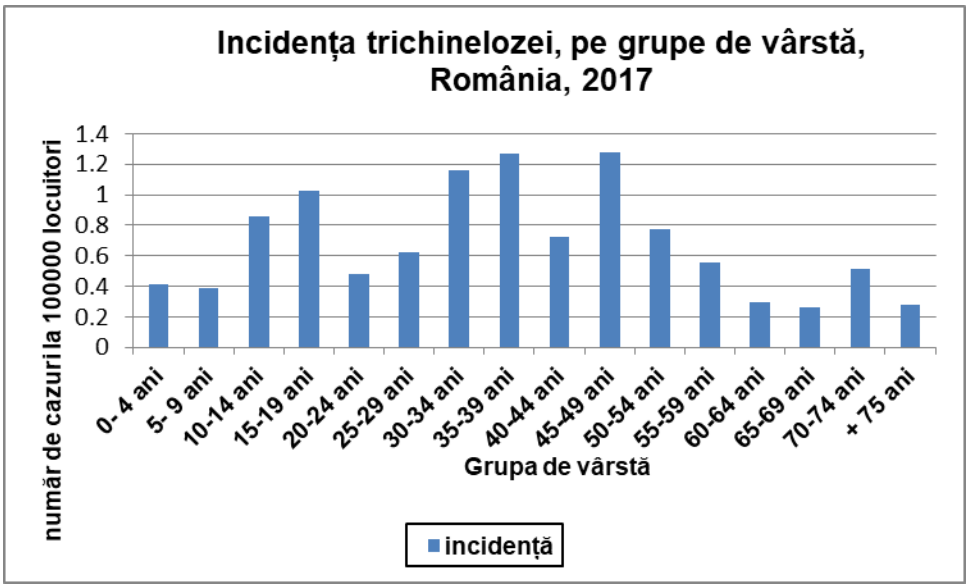


**Fig. 49 Trichineloza, incidența pe grupe de vârstă, România, 2017**

În anul 2017 au fost făcute informări pentru 13 focare suspecte de trichineloză, din care 4 s-au infirmat (fara examene etiologice la cazuri sau pentru carnea consumată). Raportarile pentru focarele de trichineloză confirmate au fost făcute de DSPJ: câte un focar pentru fiecare județ: în luna ianuarie -Argeș, Bihor, Brașov, Caraș Severin, Mehedinți, în luna aprilie- Sălaj, în luna august- Ilfov, în luna septembrie Maramureș, în luna decembrie Cluj, Sibiu, Acestea au apărut în urma consumului de produse din carne neverificată de către autoritățile avizate pentru examen trichineloscopic/înaintea emiterii buletinului de analize.

Sursa principală a fost porcul din gospodărie.

Cele mai afectate județe au fost: Bihor (4,6%000), Maramureș (3,86%000), Harghita (3,27%000), Ilfov(2,60%000), Mehedinți (2,40%000) datorită neverificării trichineloscopice a cărnii provenite din gospodăria proprie sau din vânat, asociate obiceiurilor de a consuma carne nepreparată/insuficient preparată termic.

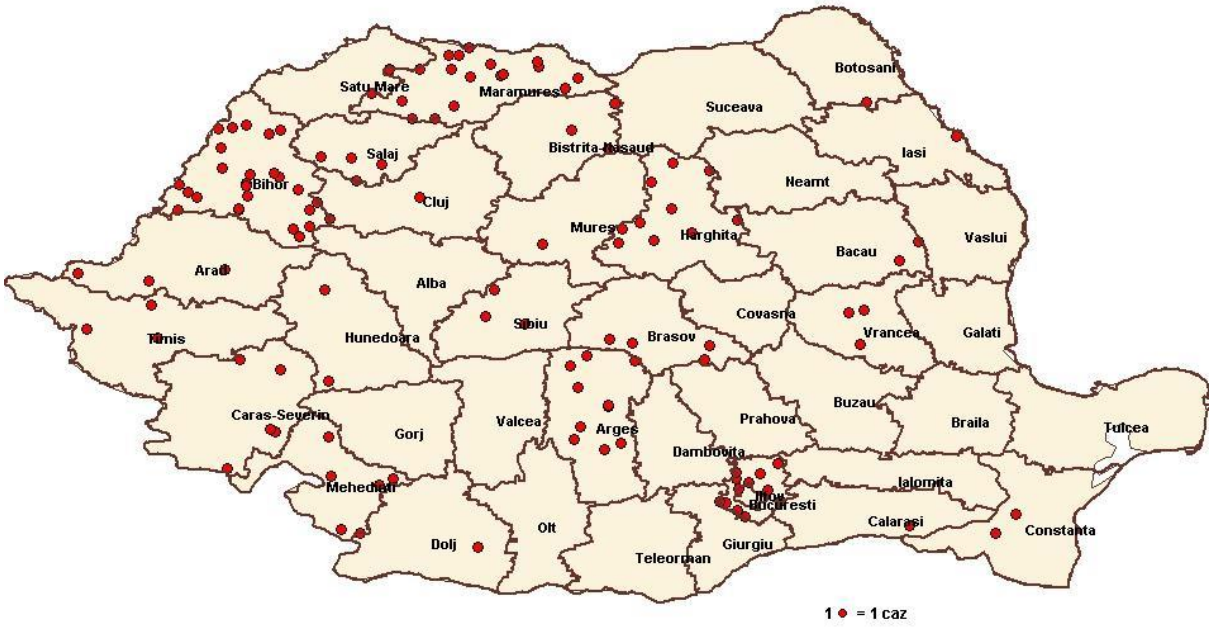


**Fig. 50 Distribuția cazurilor de trichineloză pe județe, România, 2017**

## 4. Leptospiroza

Rata incidenței anuale a leptospirozei în anul 2017 a fost 0,40%000, în creștere cu 19,5% față de anul 2016 (0,32%000).

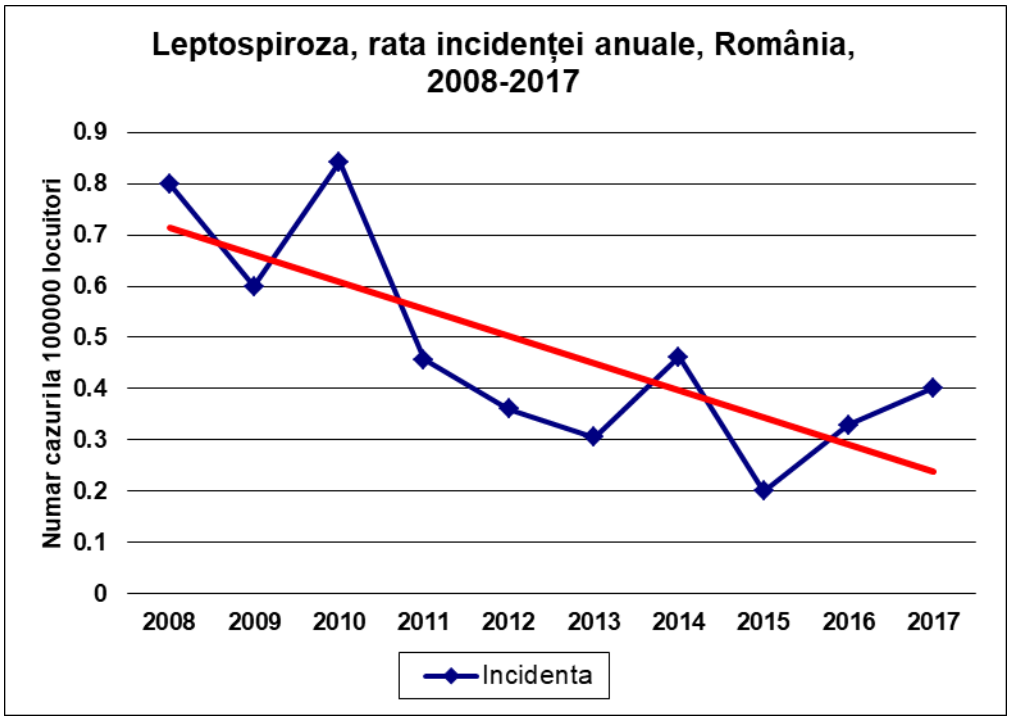


**Fig. 51 Leptospiroza, incidența anuală, România, 2008-2017**

Cele mai multe cazuri s-au înregistrat în a doua parte a anului, cu un maxim în luna august(12) dintr-un total de 52 cazuri.

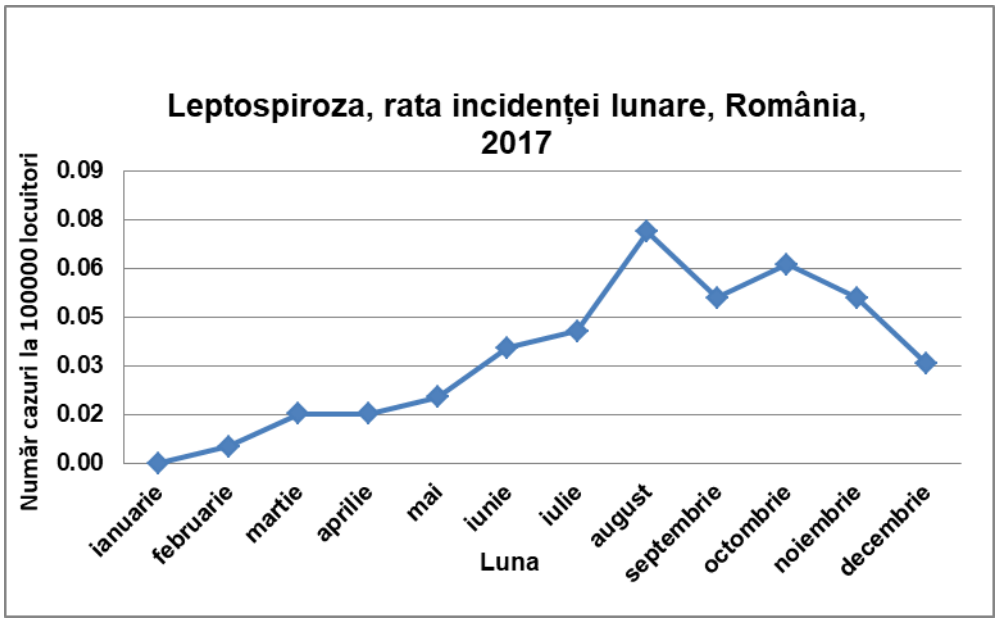


**Fig. 52 Leptospiroza, incidența lunară, România, 2017**

Proporția cazurilor de sex masculin a fost de 61,5%.

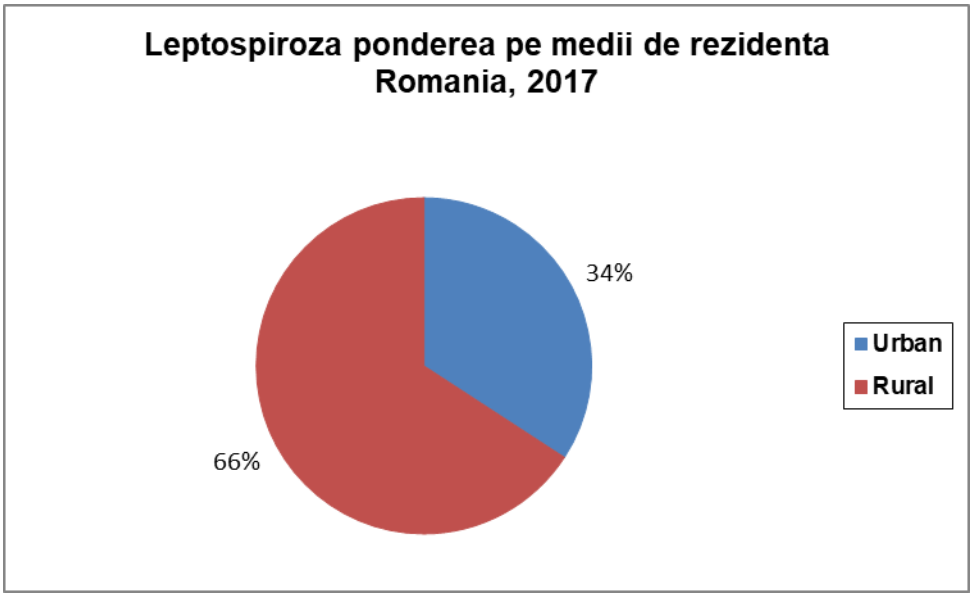


**Fig. 53 Leptospiroza, pondere pe medii de rezidență, România, 2017**

Incidența leptospirozei a fost mai mare în mediul rural (0,49%000) decât în mediul urban(0,19%000).

Boala a afectat în principal adulții, cu incidențele cele mai mari înregistrate la grupele peste 45 de ani. A fost raportat decesul la 7 cazuri.

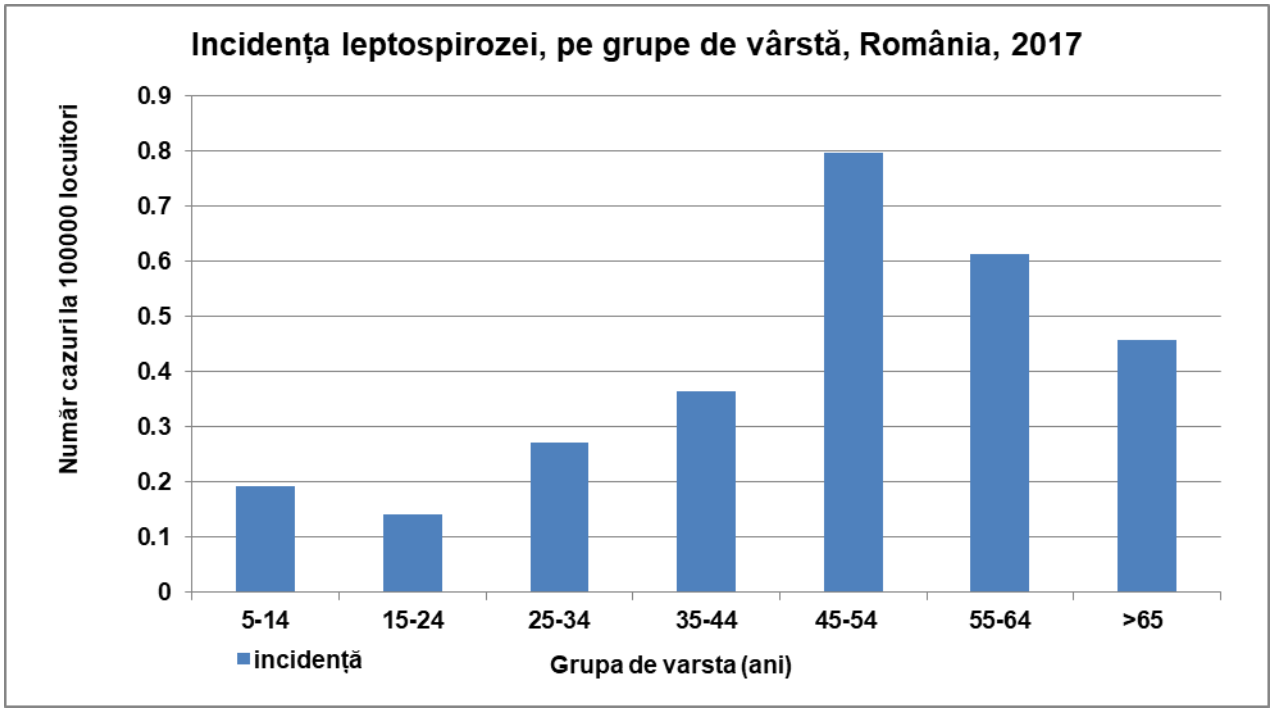


**Fig. 54 Leptospiroza, incidența pe grupe de vârstă, România, 2017**

Incidențele cele mai ridicate s-au înregistrat în județul Bihor (2,65%000), Neamț (2,44%000), județul Tulcea (1,49%000), urmat de județul Suceava 1,43%000).

**Fig. 55 Distribuția cazurilor de leptospiroză pe județe, România 2017**

## 5. Bruceloza

În anul 2017 au fost raportate 3 cazuri suspecte de bruceloză în județul Harghita, diagnosticul fiind confirmat serologic. Din cele 3 persoane, sex masculin, cu vârste cuprinse între 43-68 ani, doar una a avut contact cu animale, la celelate două nu a fost pusă în evidență sursa de infecție. Evolutia bolii a fost favorabilă sub tratament la toate cele 3 cazuri.

## 6. Febra Q

În cursul anului 2017, au fost raportate 48 de cazuri de Febră Q, cu 15 mai multe față de anul precedent. Acestea corespund unei incidențe de 0,24%000, cu 0,08%000 mai mare față de anul precedent și cu 0,22%000 mai mică față de cea înregistrată la nivelul UE în anul 2014 (0,2%000).

Distribuția pe județe a cazurilor a fost următoarea: 12 în Dâmbovița, 12 Tulcea, 4 în București, 3 Cluj, 3 Calarasi, 3 Harghita, 2 Constanta, 2 Ilfov și câte 1 caz în județele Buzău, Dolj, Giurgiu, Gorj, Ialomița, Olt și Teleorman.

Trei cazuri au fost înregistrate la grupa de vârsta 0-4 ani, 1 la 5-9 ani, 1 la 15-19 ani, 2 la 20-24 ani, 3 la 25-34 de ani, 11 la 35-44 de ani, 10 la 45-54 de ani, 10 la 55-64 de ani, 6 la 65-74 de ani și 1 la 75-84 de ani. Referitor la distribuția pe sexe, 37 de cazuri (77%) au fost înregistrate la sexul masculin.

## 7. Legioneloza

În cursul anului 2017, au fost înregistrate 19 cazuri de pneumonie cu *Legionella*, cu 17 mai multe față de anul precedent. Acest fapt s-a datorat îmbunătățirii diagnosticului în unele laboratoare spitalicesti, în special în INBI “Prof.Dr.Matei Balș”.

Rata notificării la nivelul țărilor EU/EEA în anul 2015 a fost de 1,4%000 locuitori.

Din cele 19 cazuri, 15 au fost clasificate confirmate, iar 4 probabile.

Evaluarea riscului a fost realizată pentru 7 cazuri, iar rezultatul de laborator a fost pozitiv pentru probele de mediu recoltate pentru 3 cazuri. Astfel, la acestea a putut fi stabilita filiația probabilă între probele de mediu și caz.

Au fost gestionate, în colaborare cu DSP județene și a municipiului București, un număr de 4 alerte, din care 3 confirmate. Dintre acestea din urmă, 2 au fost asociate cu unități de cazare din România.

## 8. Rabia

În anul 2017, a fost raportat un caz suspect de rabie la om, dar care nu a fost confirmat.

## 9. Antraxul

În anul 2017, au fost raportate 12 cazuri suspecte de antrax cutanat, din care:

- 5 cazuri au fost confirmate (a fost izolat Bacilul anthracis din probe clinice): o persoană (43 de ani, sex masculin) din județul Botoșani, o persoana (44 ani, sex feminin) din județul Dolj și 3 persoane (47 ani, sex masculin, 39 ani, sex feminin și 38 ani, sex masculin) din județul Călărași
- 3 cazuri a fost clasificate ca și probabile (rezultatele de laborator au indicat o creştere în dinamică a anticorpilor anti B. Anthracis): o persoană (44 ani, masculin) din județul Dolj, o persoană (60 ani,de sex masculin) din județul Giurgiu și o persoană (66 ani, masculin) din județul Teleorman.

În anul 2017 s-au înregistrat cele mai multe cazuri de antrax (confirmat și probabil) din ultimii zece ani:

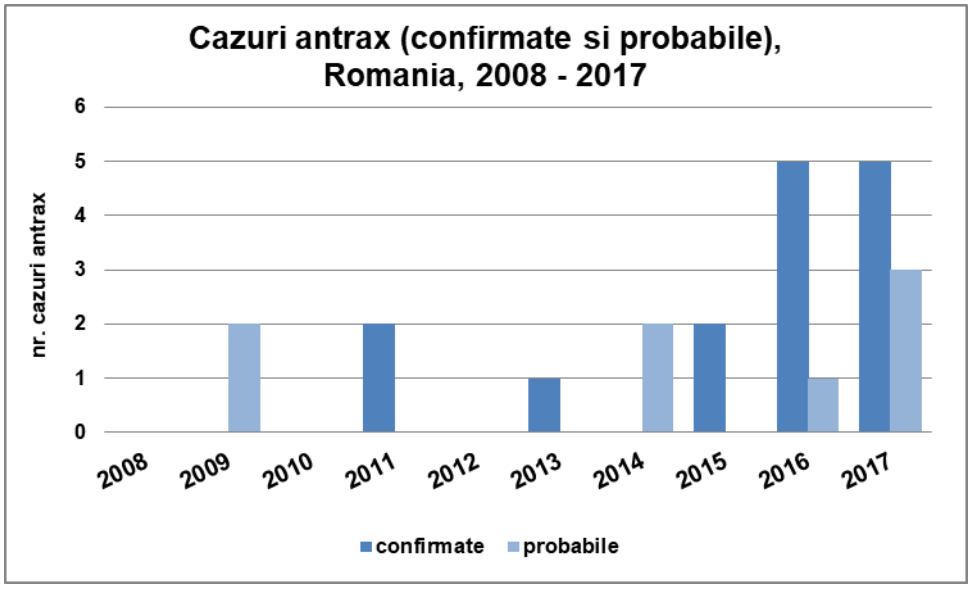


**Fig. 56 Distribuția cazurilor de antrax, România, 2008- 2017**

# Cap. V: Infecțiile respiratorii

## 1. Infecțiile respiratorii acute și gripa

În sezonul 2017 – 2018, în România a existat o cocirculatie a virusurilor gripale tip A și tip B, cu predominanţa tipului B (66,4 % detecţii din numărul total al cazurilor confirmate raportate).

În cadrul supravegherii virologice au fost detectate 1.751 virusuri gripale, un număr de 2,3 ori mai mare faţă de confirmările din sezonul precedent (758), din care :

- 1.335 la cazurile clinice compatibile cu gripa (ILI),
- 415 la cazurile de infecţii respiratorii acute severe (SARI şi alte cazuri spitalizate).

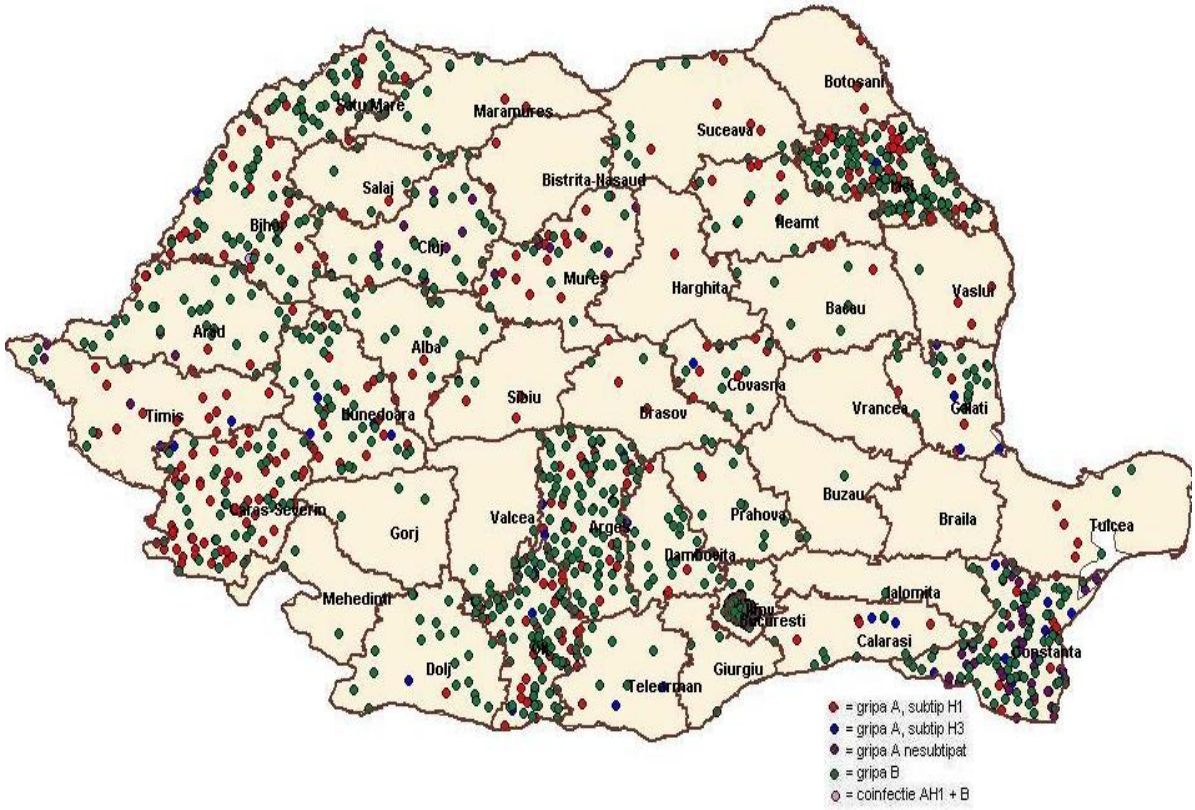


**Fig. 57 Repartiția geografică a detecțiilor de virusuri gripale, România, sezon 2017-2018**

Ratele de incidenţă ILI + ARI (cazuri clinice compatibile cu gripa + infecţii respiratorii acute) au avut valori comparabile cu cele înregistrate în ultimele 2 sezoane până în săptămâna S 05/2018, după care au fost înregistrate valori mult mai crescute până în săptămâna 14/2018. Trendul a fost sinuos datorită:

- perioadelor de subraportare din numeroasele “minivacanţe” și sărbători ;
- contactului scăzut în colectiviţăti ca urmare a acestor “minivacanţe”.

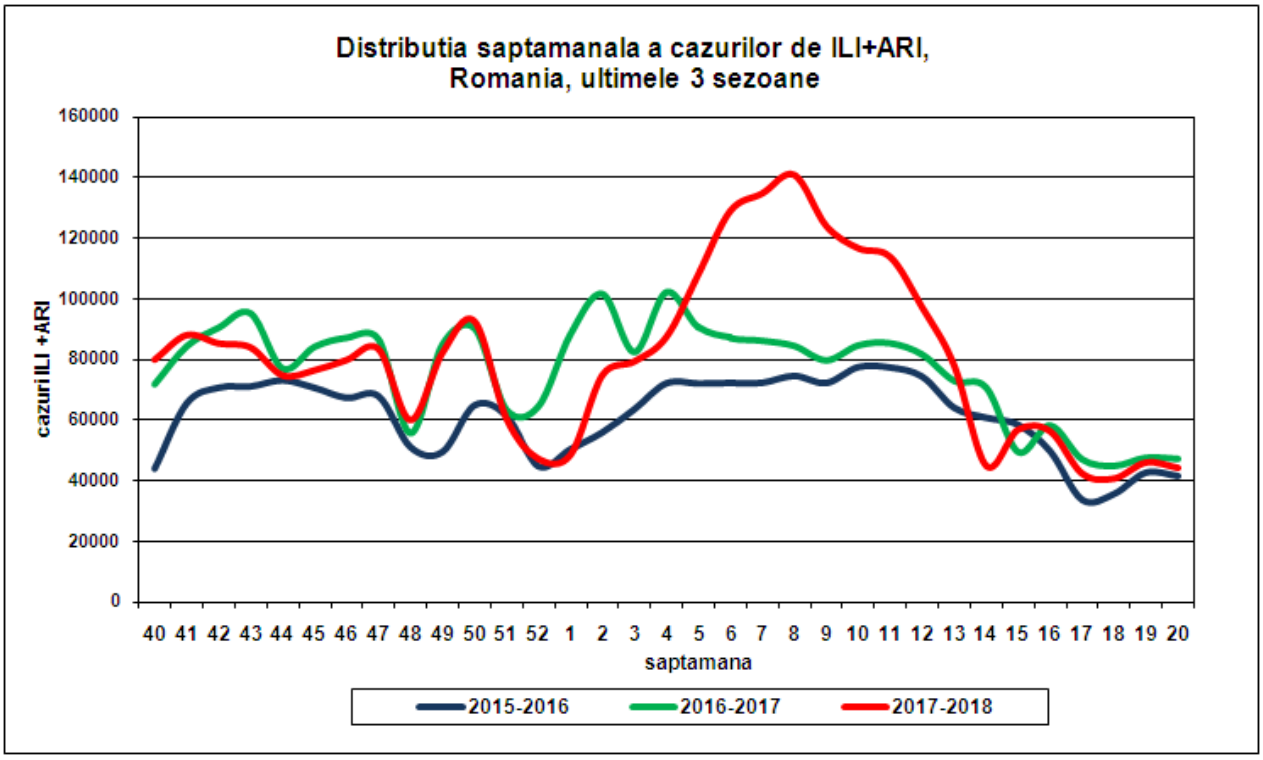


**Fig 58 Distribuția săptămânală a cazurilor ILI+ARI, România, 2015-2018 (3 sezoane)**

Au fost înregistrate 11.527 cazuri ILI, de 3,5 ori mai multe comparativ cu sezonul precedent (3301 ILI), cu apariţia vărfului epidemic cu 7 săptămâni mai tarziu.

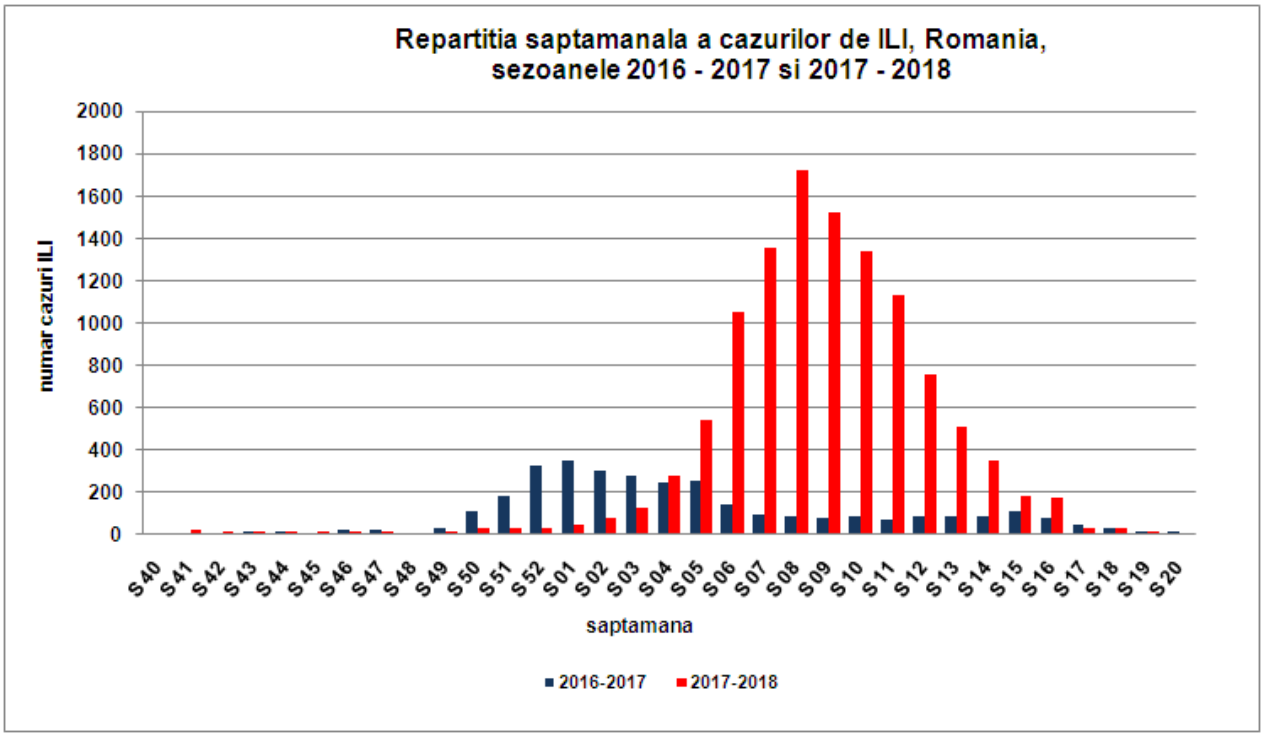


**Fig 59 Distribuția săptămânală a cazurilor ILI, România, sezoanele 2016-2017 și 2017-2018**

Cele mai multe cazuri de ILI s-au înregistrat la grupa de vârstă 15- 49 de ani (36.9%), urmate de grupele 5 – 14 ani (17.9%) şi 50-64 ani (14.4%)

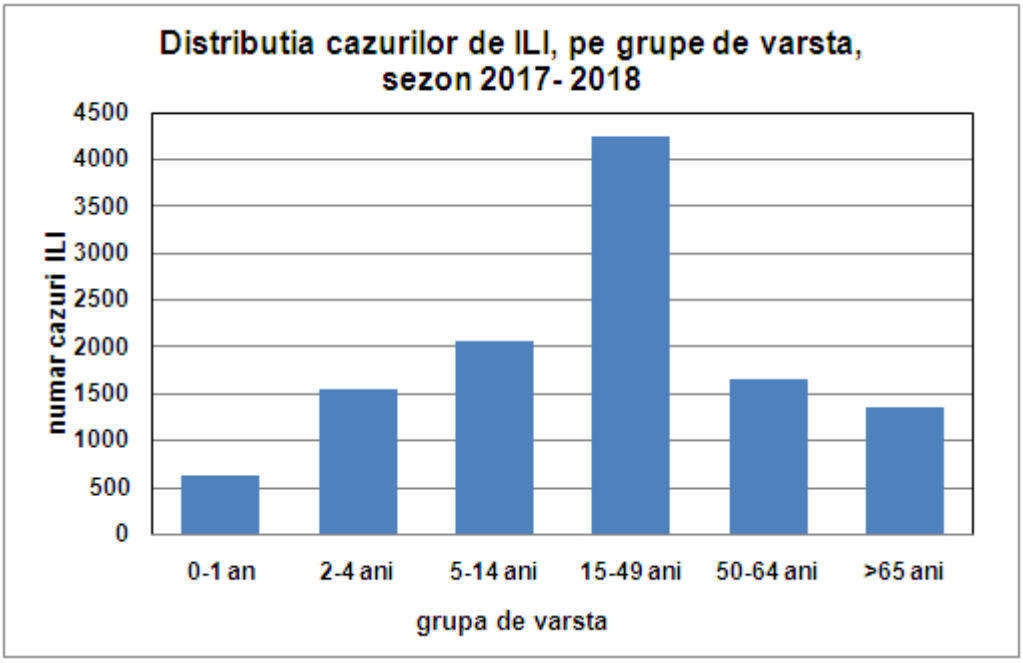


**Fig 60 Distribuția a cazurilor ILI pe grupe de vârstă, România, sezon 2017-2018**

Ponderea internărilor afecțiunilor clinice compatibile cu gripa :

- din cele 11.527 cazuri de afecțiuni clinice, compatibile cu gripa raportate, un procent de 44,6% s-au internat (5.139 cazuri),
- cele mai multe cazuri care au necesitat internarea au fost persoanele cu vârstă > 65 de ani.

**Tabel VII Ponderea cazurilor ILI internate pe grupe de vârstă**

| Total | 0-1 an | 2-4 ani | 5-14 ani | 15-49 ani | 50-64 ani | >65 ani |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 44.6% | 55.7% | 42.2% | 36.4% | 38.3% | 50.3% | 67.4% |

Numărul cazurilor confirmate cu gripă în cadrul supravegherii afecțiunilor clinice compatibile cu gripa (ILI) a fost de 1335:

- 447 cu virusuri gripale tip A:
  - ✓ 297 subtip H1,
  - ✓ 50 subtip H3,
  - ✓ 100 nesubtipate,
- 886 cu virusuri gripale tip B;
- 2 coinfecție AH1 +B.

S-a observat o pondere crescută a virusul gripal tip B începând cu săptămâna a doua a anului 2018, aceasta menținându-se până la sfârșitul sezonului.

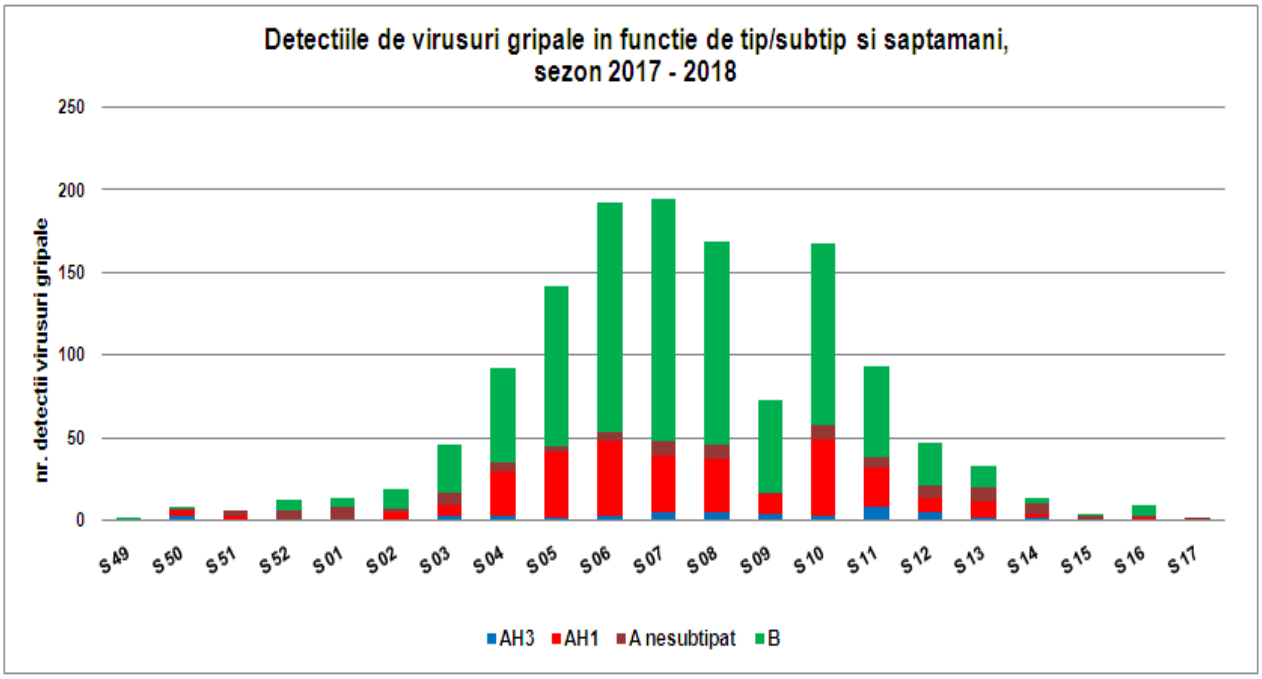


**Fig 61 Distribuția săptămânală a virusurilor gripale în funcție de tip/subtip pentru cazurile ILI, sezon 2017-2018**

Vaccinarea antigripală în sezonul 2017-2018:

- Au fost distribuite de către MS 1.019.133 doze de vaccin gripal pentru vaccinarea grupelor populaționale considerate la risc ;
- Au fost vaccinate 1.016.724 persoane, acoperirea vaccinală în populația generală în acest sezon fiind de 5,2% , mai mare comparativ cu cea din sezonul precedent (2,5 %).

## 2. Infecțiile Respiratorii Acute Severe (SARI)

În sezonul 2017/2018, sentinela SARI a funcționat în șase județe (Cluj, Constanța, Dolj, Iași, Mureș, Timiș) și municipiul București, cu un total de 19 de spitale. Au fost validate 487 de cazuri de SARI (de 2,5 ori mai multe față de anul precedent), din cele 492 notificate.

Incidența SARI a fost de 12,7%000, cu 7,8%000, mai mare față de cea din sezonul precedent. Incidența a fost de 12,7%000 în aria de accesibilitate a sentinelei SARI care a reprezentat 20% din populația României. Prin extrapolare la întreaga populație a României, numărul total de cazuri de SARI estimat a fost de 2435.

Din cele 487 cazuri, 84% au fost investigate cu laboratorul.

Rata totală a pozitivității a fost de 41,4%, iar rata pozitivității pentru virus gripal, de 38,4%.

Evolutia săptămânală a numărului de cazuri de SARI și a etiologiilor detectate poate fi observată în graficul de mai jos:

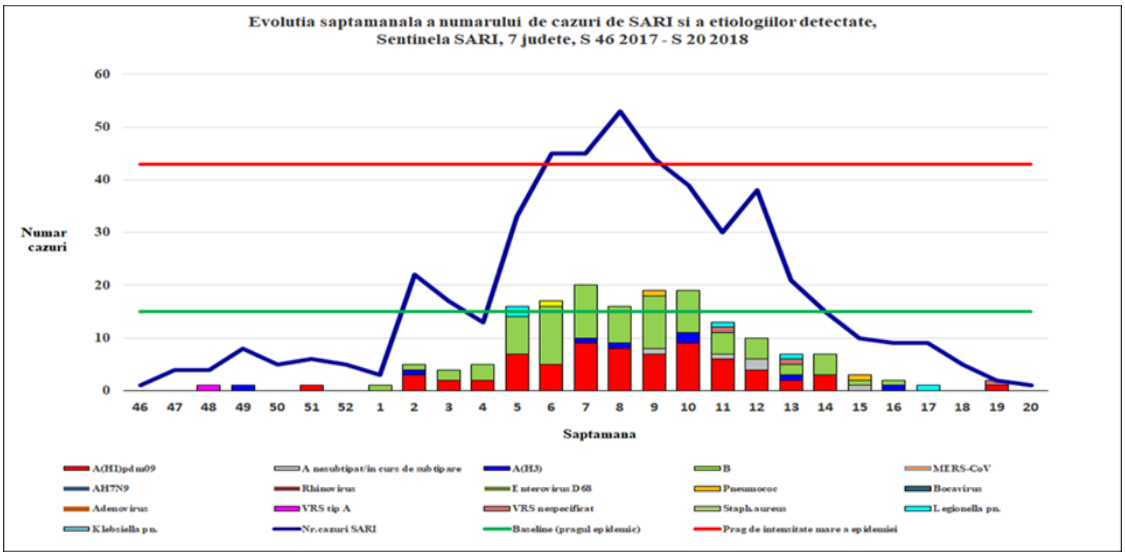


**Fig. 62 Evoluția săptămânala a cazurilor de SARI și a etiologiilor detectate, România, sentinela SARI, sezonul 2017-2018**

Imaginea sezonului 2017-2018, proiectată pe cea a tuturor anilor anteriori de supraveghere SARI, se prezintă astfel:

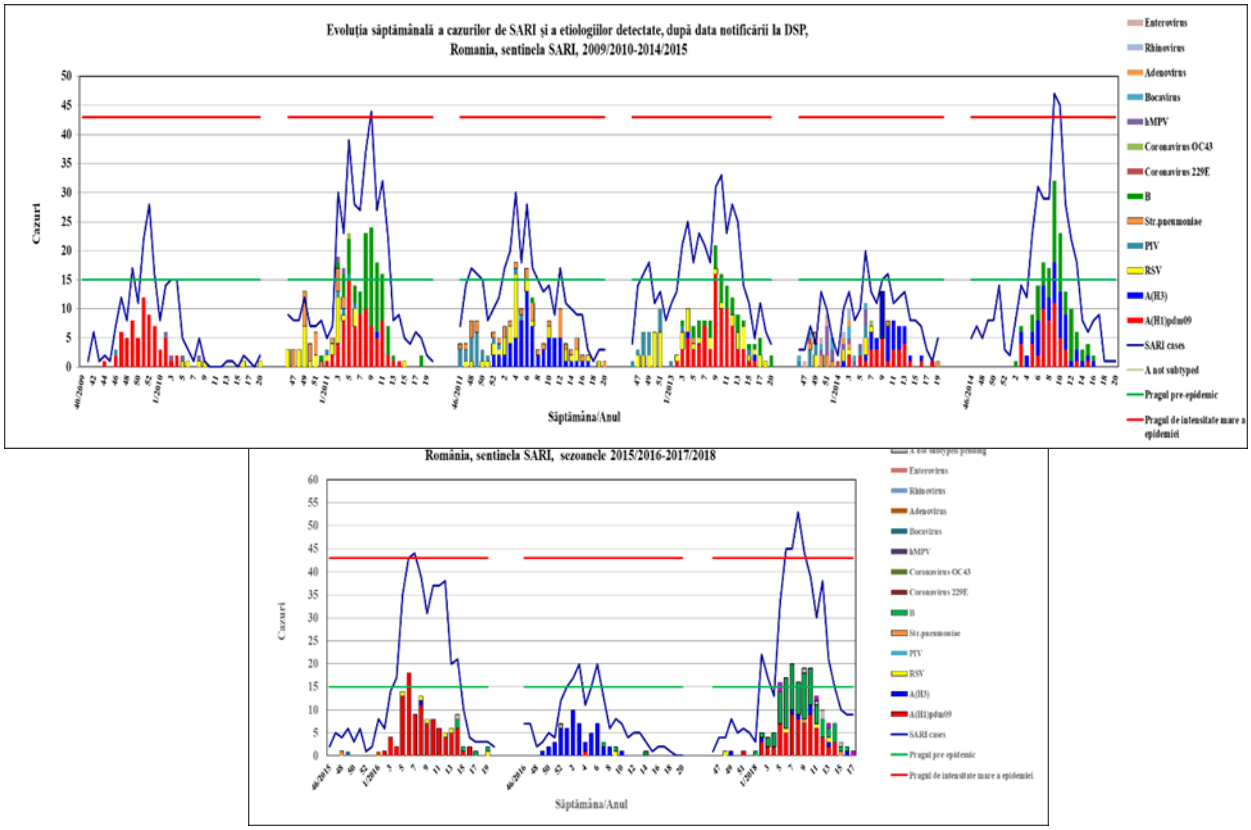


**Fig. 63 Evoluția săptămânală a cazurilor de SARI și a etiologiilor detectate, Romania, sentinela SARI, perioada 2009/2010 – 2017/2018**

Se observă depășirea pragului de intensitate mare a epidemiei pe componenta de severitate tocmai în anii cu co-circulație de virus gripal A(H1)pdm09 și B. Acest aspect poate veni în sprijinul pregătirii rețelei sanitare, în vederea diminuării impactului asupra acesteia.

Sentinela SARI din România a relevat faptul că, în sezonul 2017-2018, la ceva mai multe cazuri a fost detectat virus gripal tip A (82) față de B (76).

- Dintre cazurile confirmate internate în sectii/compartimente de (A)TI, la 52% a fost detectat virus gripal tip A (include subtipurile H1 și H3 și cazurile nesubtipate/in curs de subtipare; 46% cu virus gripal A(H1)pdm09), respectiv 48% cu tipul B.

- Dintre cazurile confirmate internate în alte sectii decat ATI, 52% au fost confirmate cu tipul A (include subtipurile H1 și H3 și cazurile nesubtipate; 42% cu virus gripal A(H1)pdm09), respectiv 48% cu tipul B.

Pentru 338 din cele 487 cazuri de SARI (69%) a fost menționată, ca și complicație, insuficiența respiratorie acută, iar pentru 255 (52%), pneumonia secundară bacteriană.

Au fost înregistrate 129 decese confirmate cu virus gripal, din care 63 tip A, subtip (H1)pdm09, 2 tip A, subtip H3, 4 tip A nesubtipat și 60 tip B, față de 27 în întreg sezonul precedent, din care 22 cu virus gripal tip A, subtip H3, 1 cu A(H1)pdm09, 3 tip A, nesubtipat și 1 tip B.

Evoluția numărului de decese confirmate cu virus gripal, după săptămâna decesului, este reprezentată în graficul de mai jos. Se observă că vârful numărului de decese, după săptămâna decesului, a fost atins în săptămâna 9.

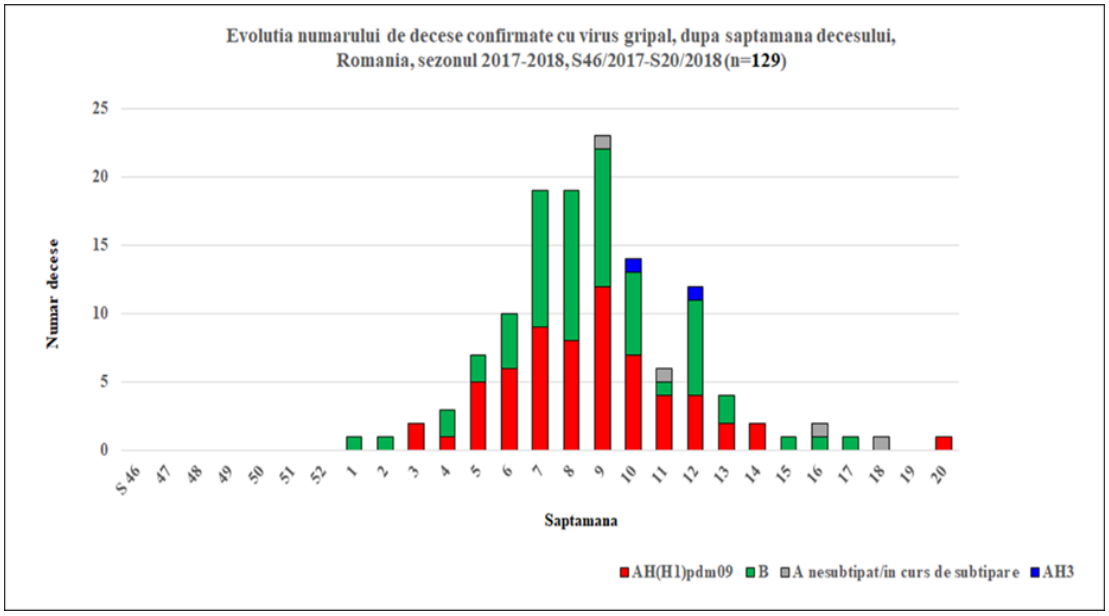


**Fig. 64 Evolutia numărului de decese confirmate cu virus gripal, dupa săptămâna decesului, Romania, sentinela SARI, sezonul 2017-2018**

Caracteristicile deceselor confirmate cu virus gripal A(H1)pdm09, respectiv B, raportate la CNSCBT (N=123), provenind atât din sistemul sentinela SARI, cât și din cel de rutină, sunt prezentate în tabelul de mai jos:

**Tabel VIII Caracteristicile deceselor confirmate cu virus A(H1)pdm09 si, respectiv, B, Romania, sentinela SARI, sezonul 2017-2018**

| Caracteristici decese confirmate cu virus gripal | A(H1)pdm09 | B |
|---|---|---|
| **Nr.decese** | **63** | **60** |
| Mediana varstei (ani) | 55 | 70 |
| Mediana varstei la adulti (ani) | 58 | 70 |
| Sex feminin | 27 (43%) | 40 (67%) |
| Sex masculin | 36 (57%) | 20 (33%) |
| Conditii medicale preexistente | 57 (90%) | 54 (90%) |
| Vaccinare anti-gripala | 1 (2%) | 1 (2%) |
| Tratament antiviral | 47 (75%) | 54 (90%) |
| Mediana interval debut-internare (zile) | 4 | 2 |
| Mediana interval debut-terapie antivirala (zile) | 5 | 4 |

Se observă intervalul mare de timp între data debutului și cea a instituirii terapiei antivirale, în conditiile în care aceasta ar trebui sa aibă loc în primele 48 de ore de la debut.

## 3. Scarlatina

În anul 2017, în sistemul de supraveghere a cazurilor de scarlatină la copii cu vârsta ≤ 14 ani, au fost raportate 2.379 de cazuri suspecte de scarlatină din care 1922 au fost clasificate ca fiind cazuri de scarlatină, restul (457 de cazuri) fiind infirmate. Din cazurile de scarlatină: 1541 (80, 2%) au fost confirmate cu laboratorul, 47 (2, 4%) au fost clasificate cazuri probabile și 334 (17, 4%) au fost cazuri posibile. Incidența bolii în anul 2017 la nivelul României pentru populația ≤ 14 ani a fost de 47,7%000 locuitori cu 9,5% mai mică decât în anul 2016 când a fost 52,6%000 loc.

Cea mai mare incidență a cazurilor de scarlatină s-a înregistrat la grupa de vârsta 5-9 ani, urmată de grupa de vârsta 1-4 ani.

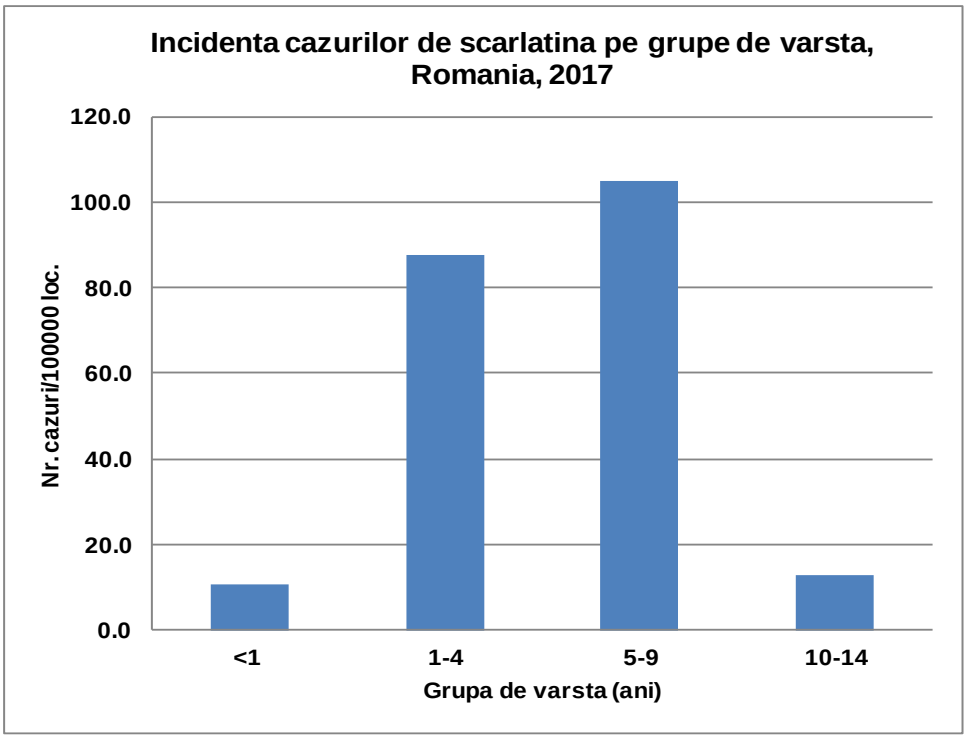


**Fig. 65 Incidența cazurilor de scarlatină pe grupe de vârstă, România, 2017**

Distribuția cazurilor pe genuri arată ca s-au înregistrat multe cazuri la genul masculin decât la cel feminin.

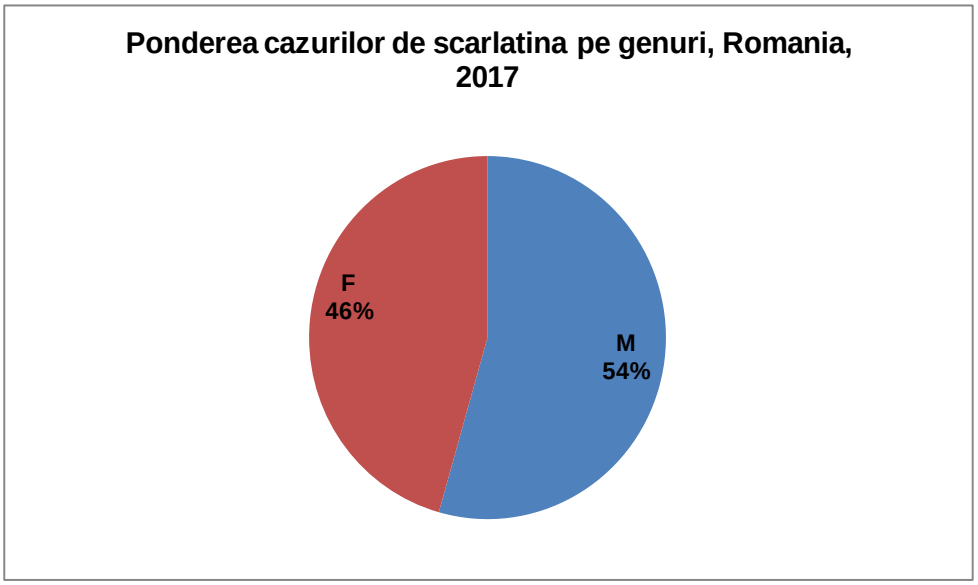


**Fig. 66 Ponderea cazurilor de scarlatină pe genuri, România, 2017**

Cele mai multe cazuri s-au înregistrat în sezonul rece, cea mai mare incidență fiind în luna martie.

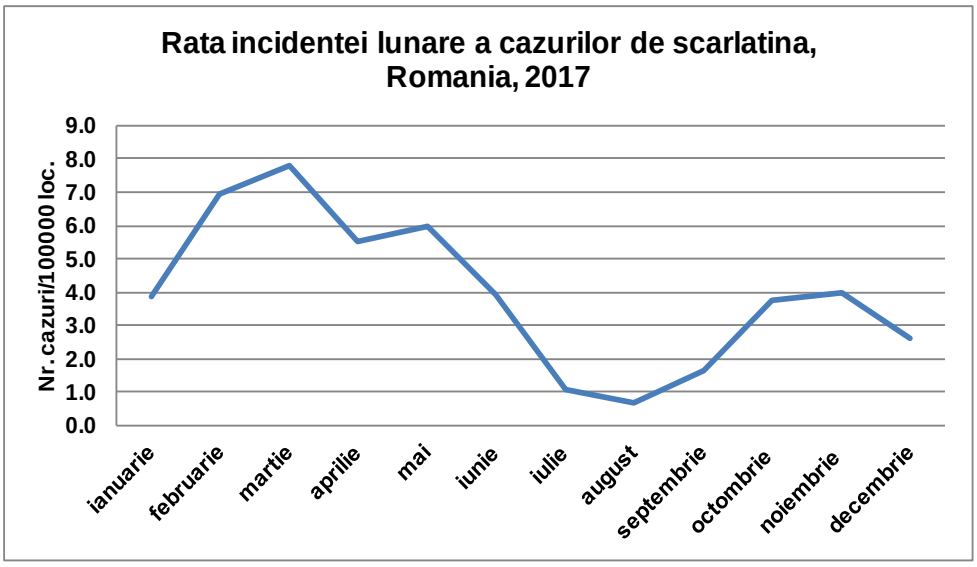


**Fig. 67 Incidența lunară a cazurilor de scarlatină, România, 2017**

Majoritatea cazurilor de scarlatină (66%) au avut domiciliul în mediul urban și numai 34% în mediul rural.

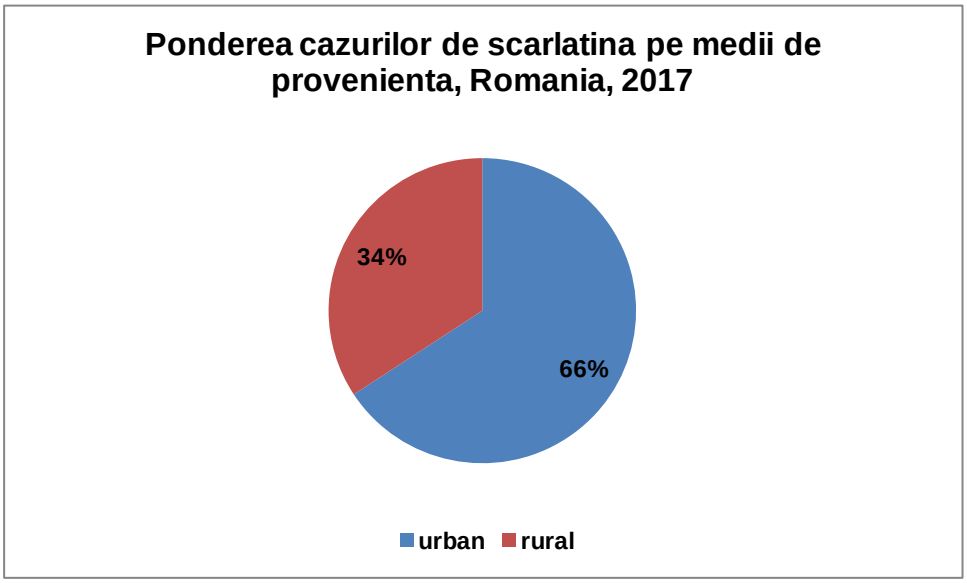


**Fig. 68 Ponderea cazurilor de scarlatină pe genuri, România, 2017**

Din punct de vedere al distribuției geografice cele mai mari incidenţe s-au înregistrat în judeţele: Brașov-261,7 %000, Sibiu-211,3%000, Dâmbovița-206,1 %000. În județele Argeș, Harghita și Giurgiu nu s-a raportat niciun caz de scarlatină.

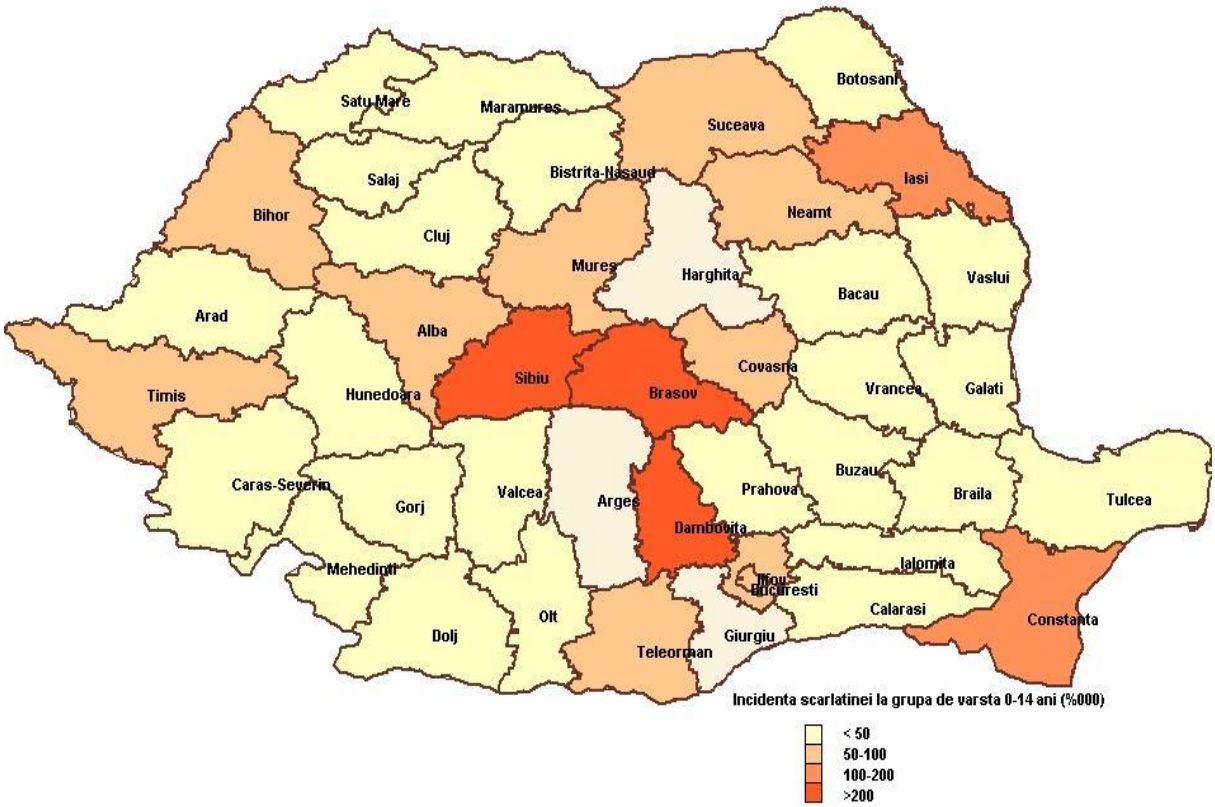


**Fig. 69 Distribuția georgafică a incidenței scarlatinei, România, 2017**

Din totalul de 1.922 de cazuri de scarlatină 139 cazuri (7,2%) s-au grupat în focare (109 cazuri au costituit focare de colectivitate și 30 de cazuri focare familiale), restul fiind cazuri izolate.

## Cap. VI: Boli transmise prin vectori

### 1. Malaria

În anul 2017 au fost înregistrate 15 cazuri confirmate de malarie de import. Nu s-a înregistrat niciun deces.

Incidența malariei pentru anul 2017 este de 0,07%000, în scădere cu 28,6% față de anul 2016. În ultimii 10 ani există o tendință ascendentă a numărului de cazuri de malarie, pe fondul mobilității crescute a persoanelor la nivel global și a nerespectării profilaxiei nespecifice (protecție mecanică) și specifice (chimioprofilaxie).

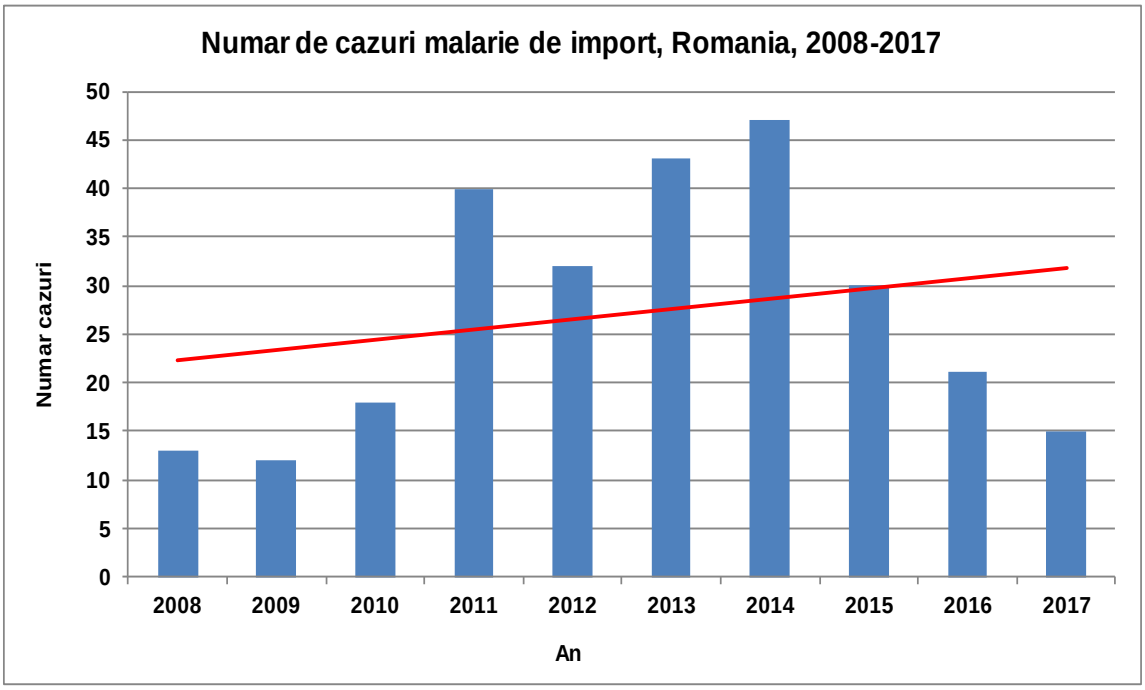


**Fig. 70 Distribuția cazurilorde malarie de import, România, 2008-2017**

În ceea ce privește motivul călătoriei au fost identificate urmatoarele:

- călătorie în scop lucrativ: 7 persoane,
- călătorie în scop turistic: 3 persoane,
- personal militar: 1 persoană,
- persoane care fac parte din echipaje maritime/aeriene: 1 persoană,
- persoane imigrante/refugiate în România provenind din țări endemice de malarie: 2 persoane,
- persoane venite în România din țară endemică pentru malarie, cu ocazia studiului (student): 1 persoană.

Majoritatea cazurilor au fost înregistrate la cetățeni români, o persoana are dublă cetățenie (gaboneză si română) iar două persoane au altă cetățenie decât română (afgană, nigeriană).

Toate cazurile au avut proveniența infectării pe continentul african iar ca specie predomină *Plasmodium falciparum* (12 cazuri).

**Tabel IX Distribuția în funcție de țara de călătorie și specia de *Plasmodium* a cazurilor de malarie de import, România 2017**

| tara | număr total cazuri | SPECIA de Plasmodium | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | P. vivax | P. falciparum | P. ovale | P. spp. |
| Afganistan | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Nigeria | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Africa Centrala | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Gabon | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Ghana | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| SierraLeone | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Camerun | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Chad | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Congo | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Thailanda | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| **Total cazuri** | **15** | **2** | **12** | **1** | **0** |

**Tabel X Distribuția pe sexe și grupe de vârstă a cazurilor de malarie de import, România, 2017**

| Grupa de varsta | Cazuri importate | |
|---|---|---|
| | Barbati | Femei |
| 0 - 4 | 0 | 0 |
| 5 - 10 | 0 | 0 |
| 11 - 20 | 2 | 0 |
| 21 - 30 | 1 | 2 |
| 31 - 40 | 4 | 2 |
| 41 - 50 | 3 | 0 |
| 50 + | 1 | 0 |
| **TOTAL** | **11** | **4** |

Unitățile administrative din care s-au raportat cazuri de malarie sunt: București (4), Ilfov (2), Vâlcea (2), Giurgiu (2) și câte un caz fiecare din următoarele județe: Bihor (1), Constanţa (1), Maramureş (1), Argeş(1) şi Olt (1)

Doar 1 caz a primit chimioprofilaxie anterior călătoriei.

## 2. Meningita cu virus West Nile

În cadrul sistemul de supraveghere al meningitelor/meningoencefalitelor produse de virusul West Nile(WNv) s-au identificat anual (excepție anul 2002), cazuri de meningită West Nile, așa cum putem observa în graficul de mai jos.

În anul 2017 s-au înregistrat 66 de cazuri, realizând o incidență de 0,3 %000 locuitori. S-au înregistrat 14 decese (RF=21,2%), toate cazurile decedate au avut boli asociate.

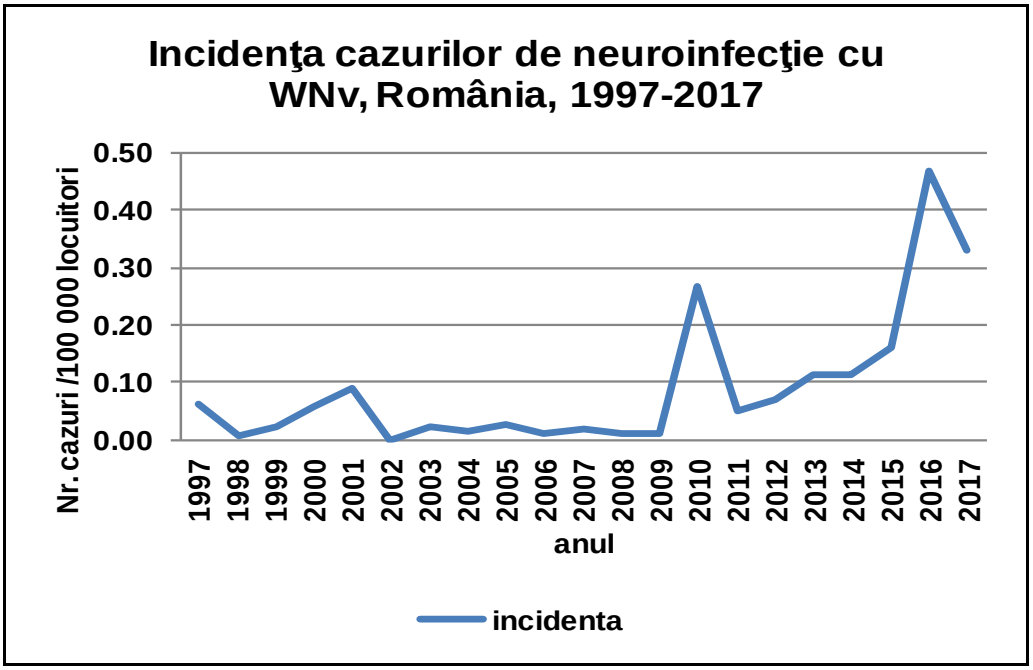


**Fig. 71 Incidența cazurilor de neuroinfecție cu WNv, România, 1997- 2017**

Distribuţia în timp arată că majoritatea cazurilor au debutul în luna august (53%) urmată de luna septembrie (43,9%).

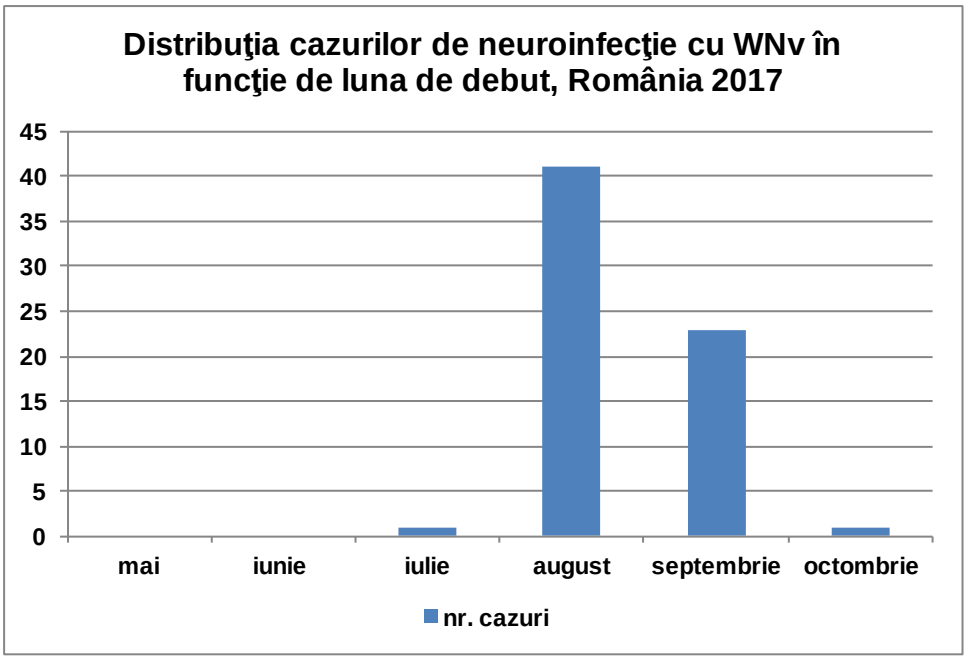


**Fig. 72 Distribuția cazurilor de neuroinfecție cu WNv, în funcție de luna de debut, România, 2017**

Raportul cazurilor pe genuri a fost în favoarea celui masculin (1,4:1).

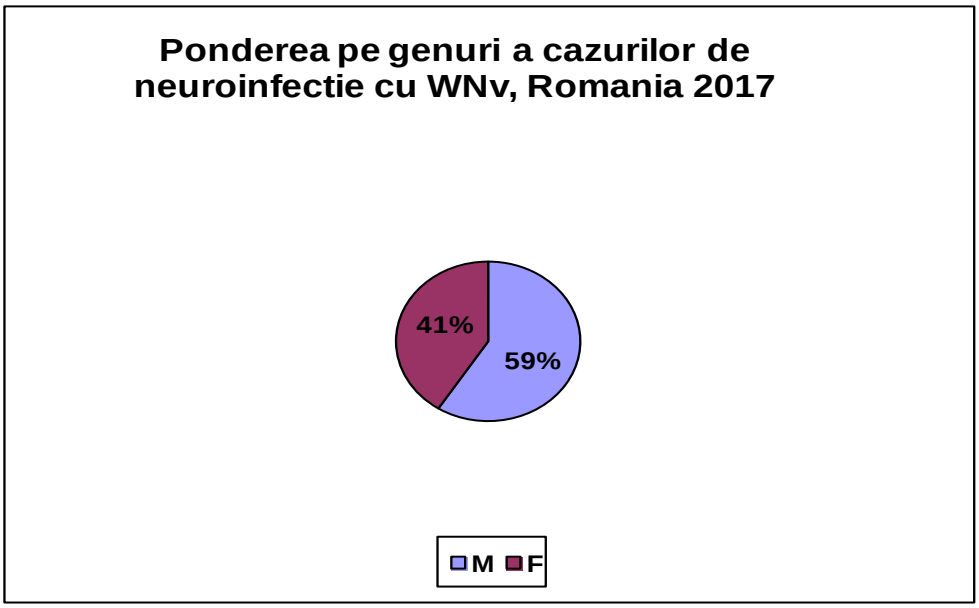


**Fig. 73 Ponderea cazurilor de neuroinfecție cu WNv, pe sexe, România, 2017**

Incidenţa cazurilor pe grupe de vârstă arată că cea mai afectată grupă de vârsta a fost ≥65 de ani (incidenţa specifică 0,94%000).

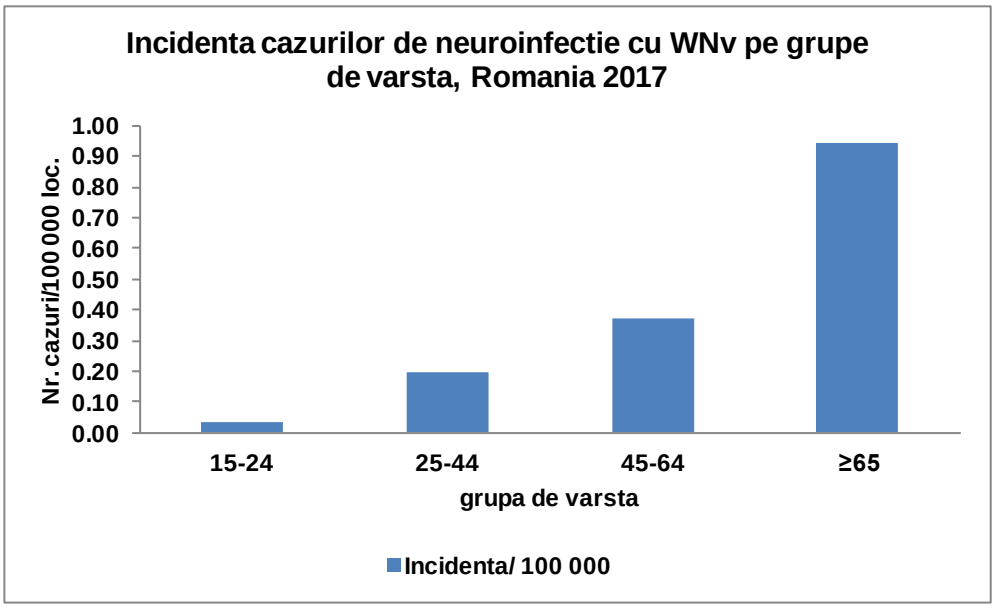


**Fig. 74 Incidența cazurilor de neuroinfecție cu WNv pe grupe de vârstă, România, 2017**

Distribuţia cazurilor pe medii de provenienţă arată că, un număr mai mare de cazuri s-au înregistrat în mediul urban decât în cel rural datorită aglomerărilor umane asociate lipsei măsurilor de combatere a vectorilor.

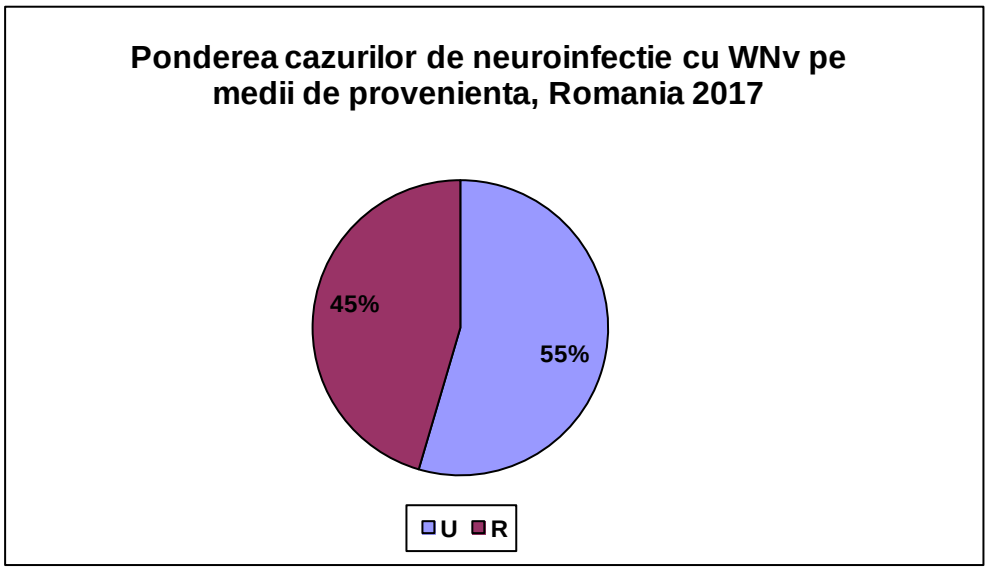


**Fig. 75 Ponderea cazurilor de neuroinfecție cu WNv, pe medii de provenienţă, România, 2017**

Distribuţia geografică a cazurilor arată că cele mai multe s-au înregistrat în partea de sud şi sud est a ţării, cunoscută ca arie endemică de infecţie cu virus West Nile, dar s-au înregistrat cazuri şi în zona centrală şi nordică a ţării, judeţul Hunedoara fiind arie nouă afectată anul 2017.

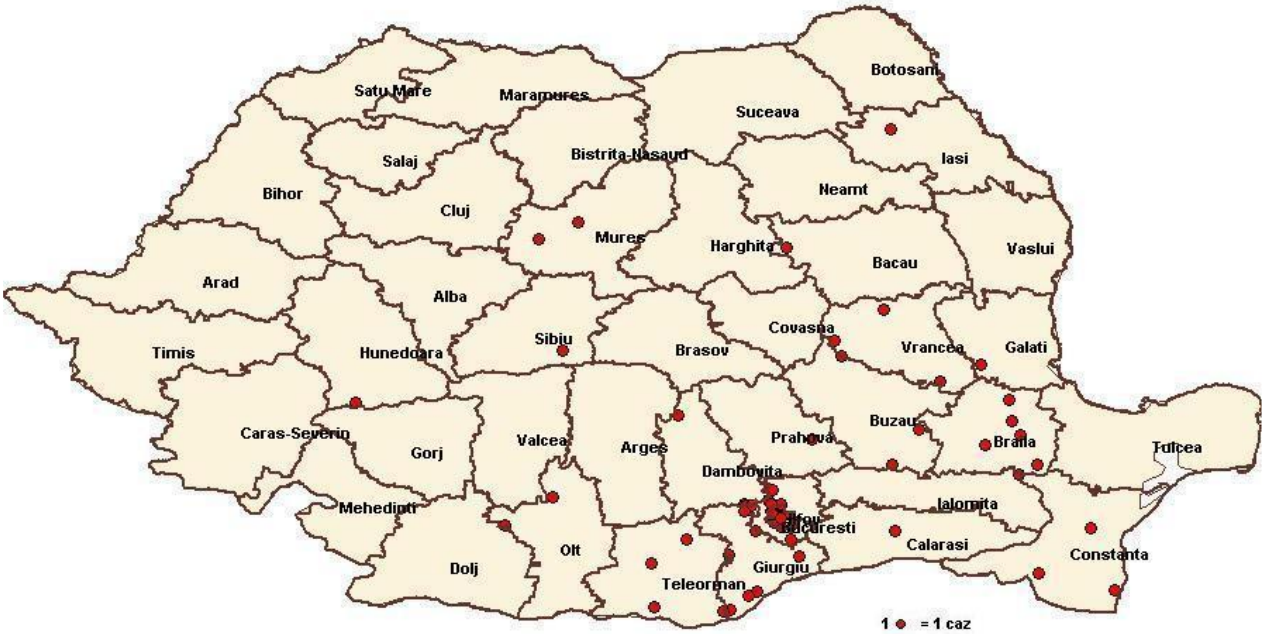


**Fig 76 Distribuția cazurilor de neuroinfecţie cu WNv după județul de expunere, România, 2017 (n=66)**

## 3. Febra Denga

În anul 2017 au fost înregistrate 7 cazuri de febră Denga de import, realizând o incidenţă de 0,04 %000 locuitori. Cazurile au prezentat formă clinică de bolă uşoară, nu s-a înregistrat niciun deces.

Incidenţa cazurilor de febră Denga pentru anul 2017 este egală cu cea din anul precedent şi în uşoară creştere faţă de anul 2015 când s-a înregistrat o incidenţă de 0,03%000. În ultimii 10 ani există o tendinţă ascendentă a numărului de cazuri de febră Denga înregistrate datorită călatoriilor în ţări endemice de febră Denga asociate lipsei aplicării masurilor de profilaxie nespecifică pentru acesta.

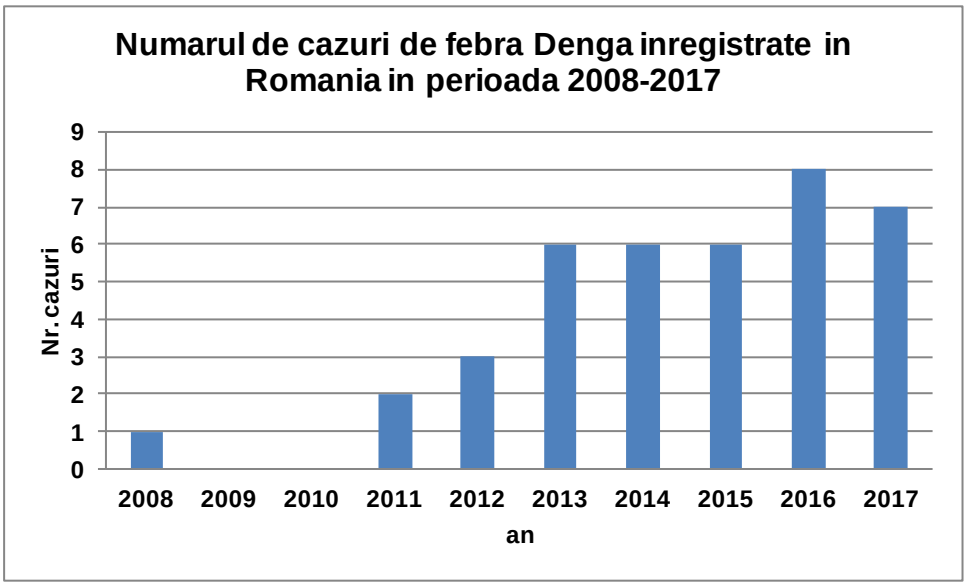


**Fig. 77 Numărul de cazuri de febră Denga de import, România, 2008-2017**

Ordinea descrescătoare după grupa de vârstă a fost 25-34 ani (5 cazuri), urmată de 35-44 ani (2 cazuri) și 15-24 ani (1 caz).

S-au înregistrat mai multe cazuri de febră Denga la persoane de gen feminin decât la cele de gen masculin.

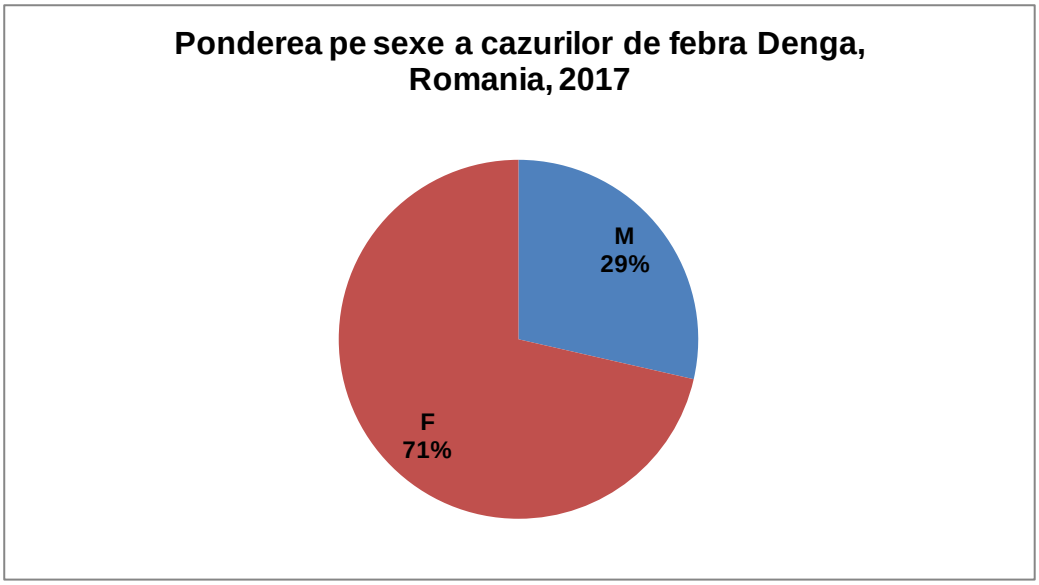


**Fig. 78 Febra Denga ponderea pe sexe a cazurilor, România, 2017**

În ceea ce privește sezonalitatea, cazurile au fost înregistrate în perioadele reci la noi, acest lucru fiind legat cel mai probabil de alegerea locului de petrecere a concediului de odihna, toate cazurile avand ca scop al caltoriei, turismul.

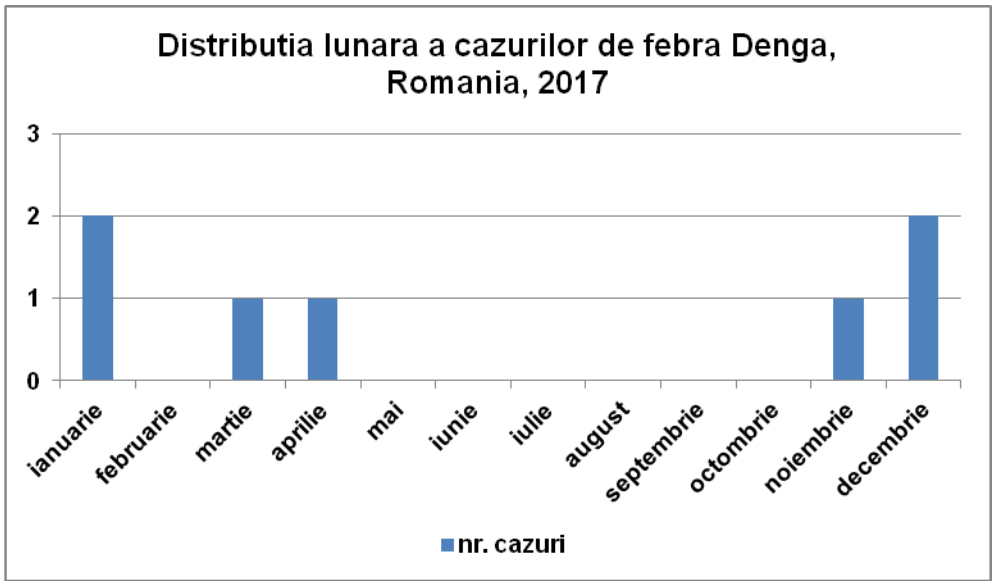


**Fig. 79 Febra Denga, distribuția lunară, România, 2017**

În ceea ce priveşte ţara de import: 3 cazuri au călătorit în Thailanda, 1 caz în India, 1 caz în Gabon, 1 caz în Filipine şi 1 caz în China.

Unitățile administrative în care s-au înregistrat cazuri de febră Denga sunt: Bucureşti (5 cazuri), Argeș (1caz) şi Bihor (1 caz).

## 4. Infecţia cu virusul Zika

Ca răspuns la creşterea abruptă a numărului de copii născuţi cu microcefalie şi a cazurilor de sindrom Guillain-Barré in perioada 2015-2016, din America Latina şi Caraibe, la 1 februarie 2016, directorul general al OMS a declarat că, aceste clustere de cazuri de microcefalie şi tulburări neurologice, constituie o urgenţă de sănătate publică de importanţă internaţională (USPII), în conformitate cu Regulamentul Sanitar International (2005).
Ca urmare a USPII, în România s-a instituit un sistem de supraveghere a infecţiei produse de virusul Zika în scopul identificării cazurilor de infecţie cu virus Zika la om, în vederea instituirii, de către autorităţile responsabile, a măsurilor de sănătate publică.
În cadrul acestui sistem de supraveghere, în anul 2017, nu a fost confirmat niciun caz comparativ cu anul 2016 când s-au înregistrat 3 cazuri.

## 5. Boala Lyme

În anul 2017, au intrat în sistemul național de supraveghere și au fost clasificate final 839 de cazuri suspecte de boala Lyme, cu 22% mai multe față de anul precedent. Dintre acestea, 323 au fost confirmate (38%), 17 au fost clasificate ca probabile (2%), 461 infirmate (55%) și 38 posibile (5%).

Incidența bolii (cazuri confirmate și probabile) în perioada 2010-2017 este prezentată în graficul următor:

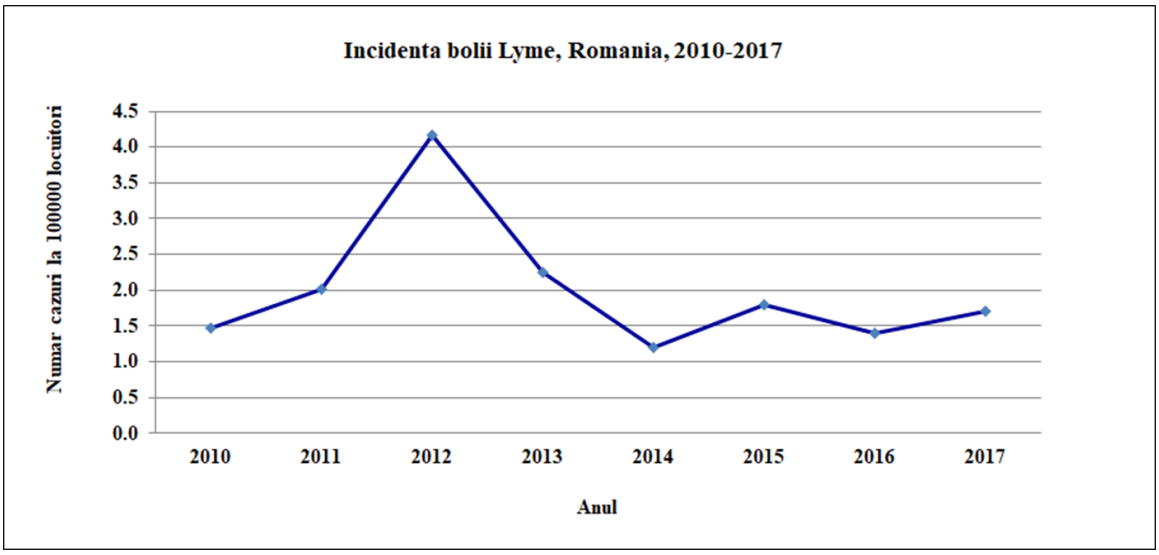


**Fig. 80 Boala Lyme, incidența anuală, România, 2010-2017**

Analiza distribuției cazurilor confirmate și probabile după anul/luna debutului evidențiază, ca și în anii precedenți, un număr mai mare de cazuri în perioada caldă a anului. Explicația constă în intensitatea mai mare a activității vectorilor în această perioadă.

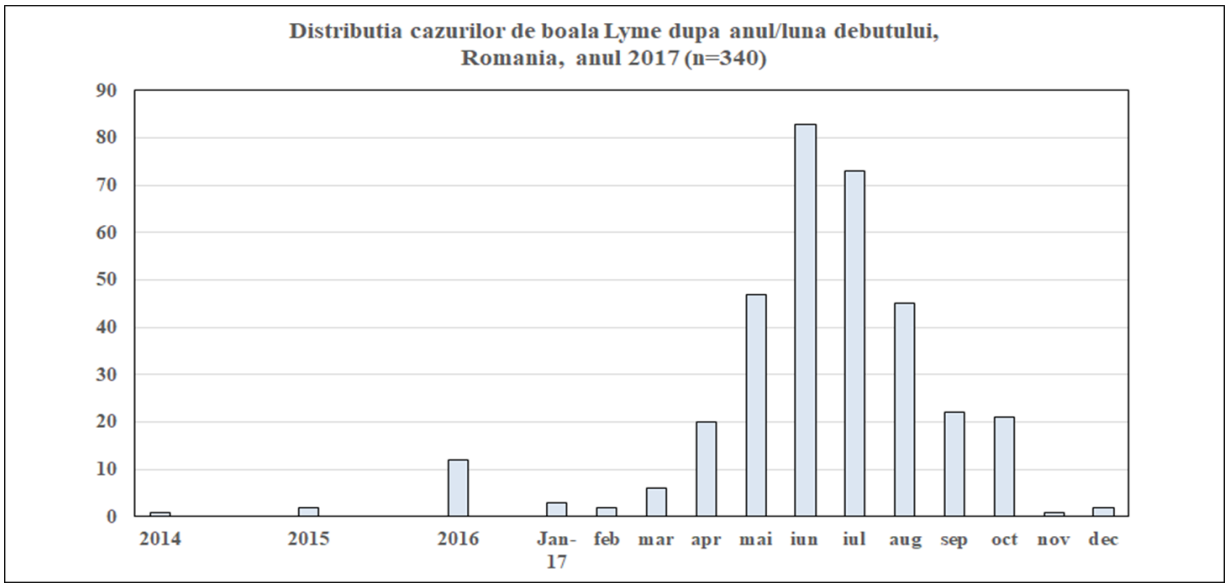


**Fig. 81 Boala Lyme, distribuția cazurilor după anul/luna debutului, România, 2017**

În cartograma de mai jos este reprezentată incidența pe județe a bolii Lyme în anul 2017.

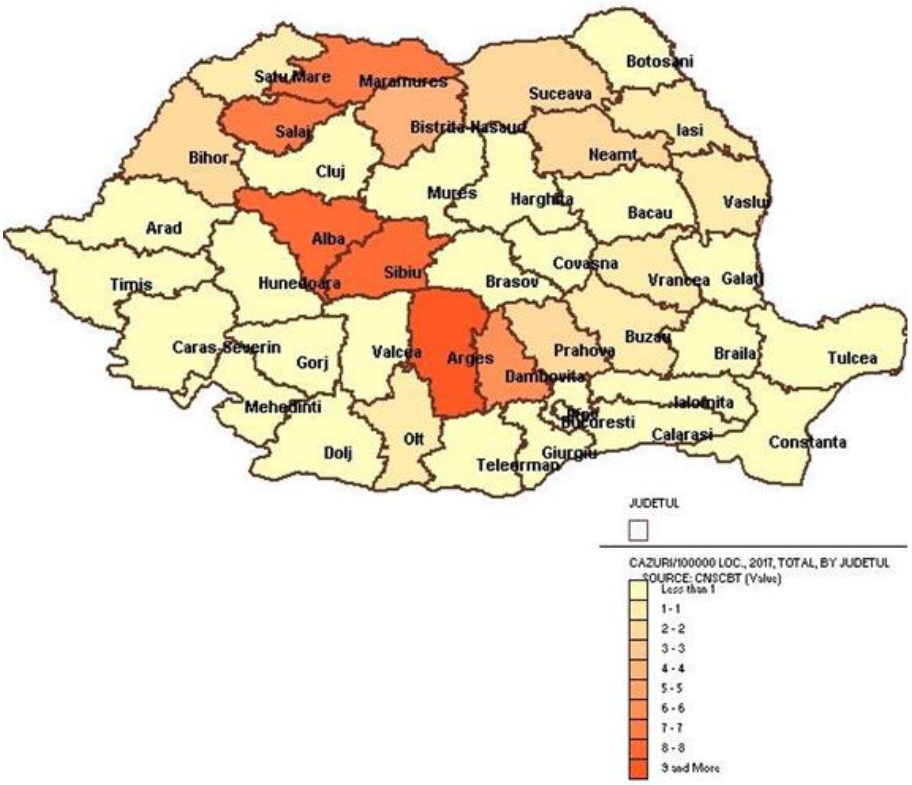


**Fig. 82 Incidența pe județe a bolii Lyme, România, anul 2016 (n=340)**

Analiza incidenței Bolii Lyme pe județe, prezentată în graficul următor, relevă faptul că, spre deosebire de ultimii 2 ani, când aceleași județe și în aceeași ordine descrescătoare - Alba, Sibiu și Sălaj, ocupau primele 3 locuri, depășind media statistică cu peste 2 deviații standard, în anul 2017 pe primul loc s-a situat județul Argeș, iar un număr total de 5 județe au depășit media + 2 deviații standard: Argeș, Sibiu, Alba, Sălaj și Maramureș. Incidența bolii în județului Dâmbovița a depășit media + 1 deviație standard.

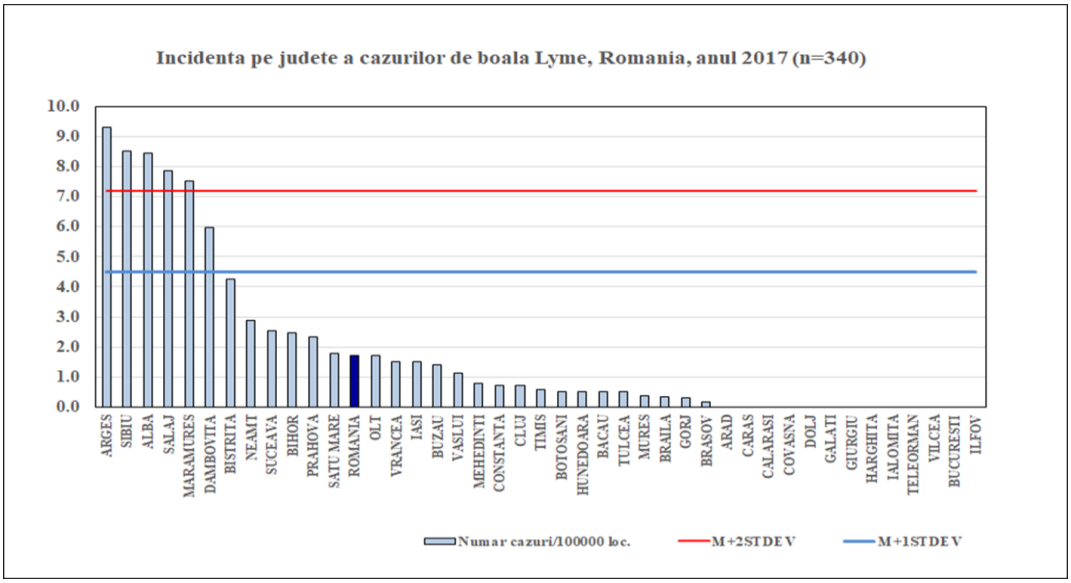


**Fig. 83 Incidența pe județe a bolii Lyme, România, anul 2017 (n=340)**

Analiza incidenței specifice pe grupe de vârstă relevă faptul ca pentru nicio grupă de vârstă valoarea înregistrată nu a depășit cu peste 2 deviații standard media statistică, iar cele de la grupa de vârstă 25-34 ani și 45-54 ani au depășit media cu o deviație standard.

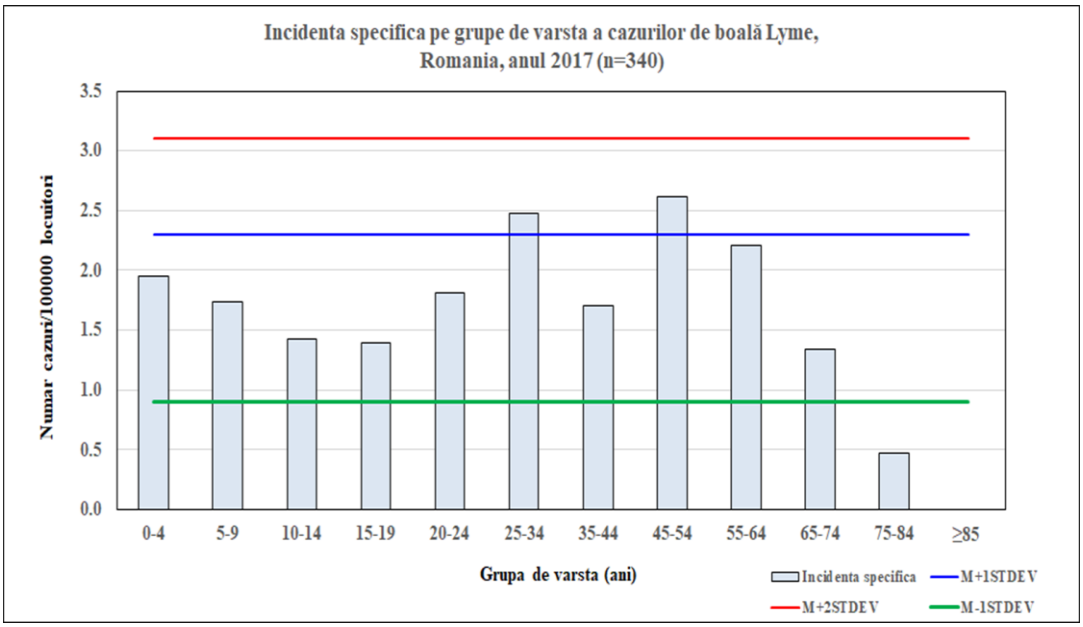


**Fig. 84 Incidența bolii Lyme pe grupe de vârstă, România, anul 2016 (n=340)**

Incidența specifică pe sexe a fost mai mare la sexul feminin (2,1%000) față de cel masculin (1,3%000).

Ca și în anii precedenti, o proporție mai mare de cazuri intrate în sistemul de supraveghere (56%) au avut domiciliul în mediul urban.

Incidența specifică a fost și ea mai mare în mediul urban: 1,8%000, față de 1,6%000 în rural.

O posibilă explicație poate fi mai buna informare, precum și accesibilitatea și adresabilitatea mai crescute la serviciile medicale, pentru populația din mediul urban.

Pentru toate cazurile confirmate și probabile, o proporție cu 33% mai mare față de anul precedent, a fost menționat județul de expunere.

Referitor la cazurile confirmate și probabile aflate în Stadiul I (Boala localizată), cu excepția a 10 cazuri, județul de domiciliu a coincis cu județul de expunere. Pentru alte 3 cazuri, expunerea a avut loc în alte țări EU: 2 în Germania și 1 în Grecia (cazuri de import).

Înțepătura de căpușă a fost menționata pentru 81% din numărul total al cazurilor confirmate sau probabile, cu 14% mai multe fata de anul precedent. Pentru 89% din cazurile confirmate sau probabile aflate în stadiul I, de boală localizată, a fost facută această mențiune.

Din punct de vedere al tabloului clinic, pentru 301 cazuri (confirmate/probabile), reprezentând 88% (cu 10% mai multe față de anul precedent), a fost menționat stadiul I - *Borrelioza incipientă*, localizată. Dintre acestea, pentru 93% a fost menționat *eritemul migrator*. Borrelioza Lyme diseminată (stadiul II) a fost menţionată pentru 33 de cazuri (confirmate/probabile) (10%), iar *Borrelioza Lyme cronică* (stadiul III), pentru 6 cazuri (2%).

Nu a fost înregistrat niciun deces.

Investigarea cu laboratorul, conform algoritmului din metodologia de supraveghere, a cazurilor cu manifestări neurologice lasă de dorit. Îmbunătățirea diagnosticului ar trebui sa devină o prioritare și în contextul în care, începând cu anul viitor, neuroborrelioza devine raportabilă la ECDC.

## Cap. VII: Boli cu transmitere sexuală

### 1. Sifilisul

În anul 2017, s-a înregistrat un număr de 840 de cazuri de sifilis, incidența fiind de 4,28%000 de 1,1% mai mica față de cea din anul 2016. Cu toate că incidența cazurilor de sifilis este în continuă scădere în ultimii 10 ani, România este incă una din țările cu incidența crescută pentru sifilis în rândul țărilor Uniunii Europene.

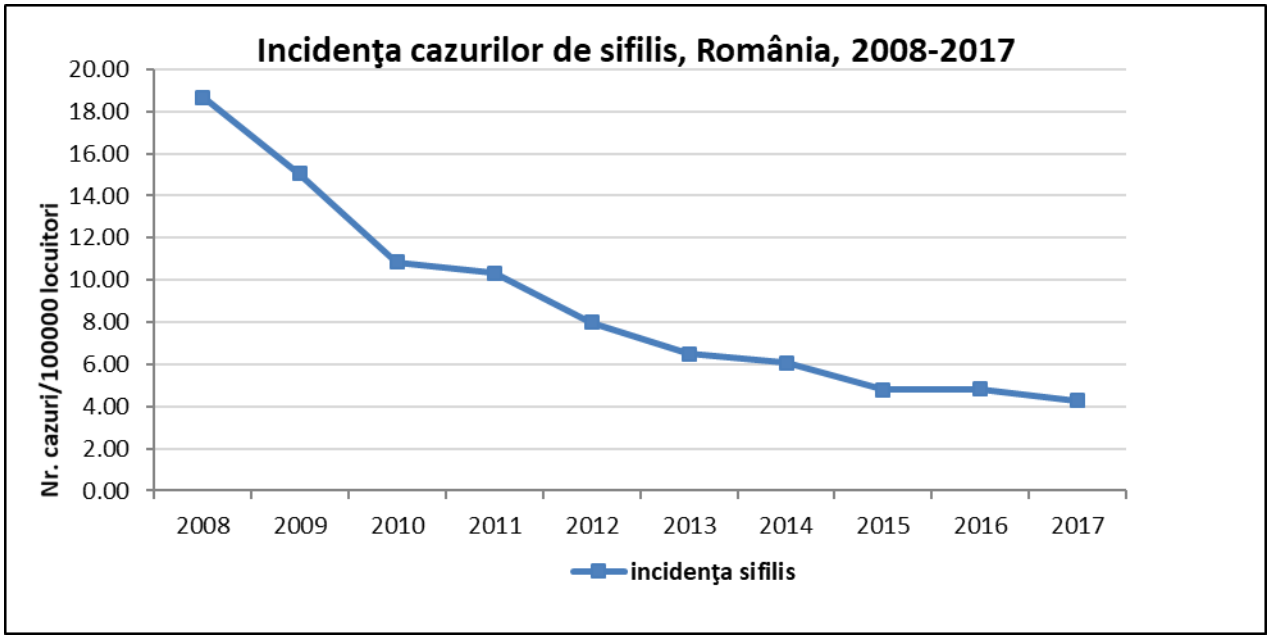


**Fig. 85 Incidenţa cazurilor de sifilis, România, 2008-2017**

Incidențe crescute au fost înregistrate în județele, Brăila 13,4%000, Mureș 11,1%000, Galați 10,9%000, Sibiu 10,3%000, Arad 9,7%000 în restul județelor valoarea fiind sub 7%000. Cea mai mică incidență ( 0,5%000) a fost înregistrată în județul Covasna. În județele Caraș-Severin, Dolj, Giurgiu nu au fost înregistrat niciun caz de sifilis.

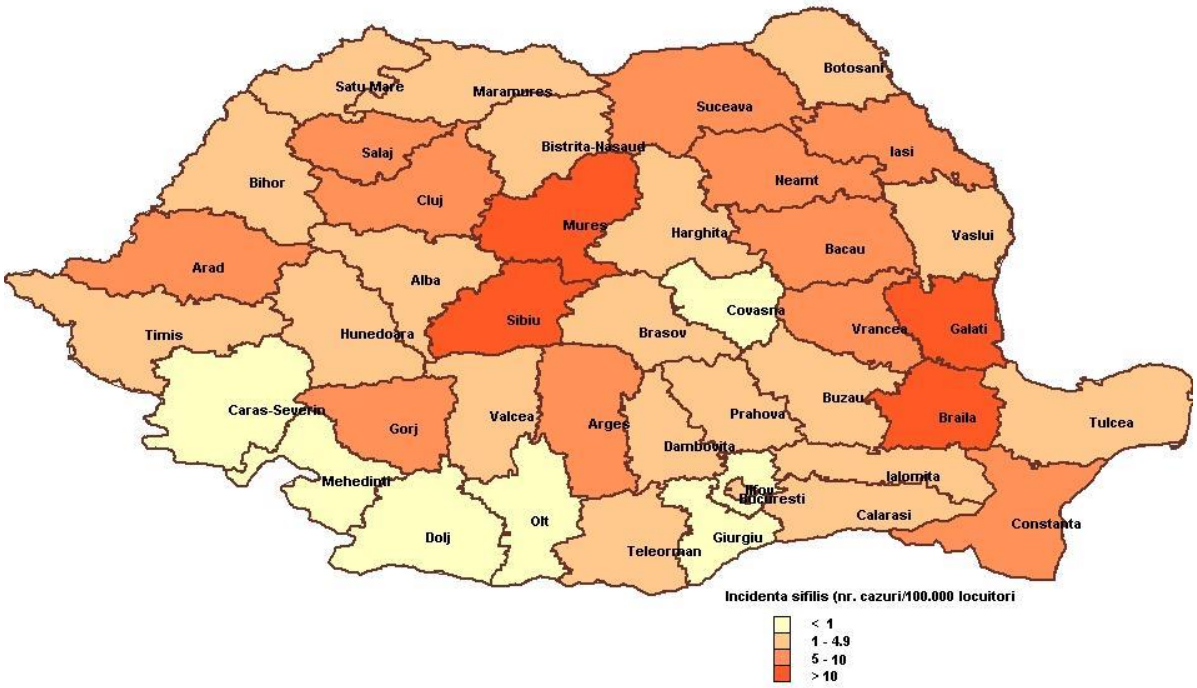


**Fig. 86 Incidența cazurilor de sifilis pe județe, România, 2017**

Raportul cazurilor de sifilis între cele două sexe masculin:feminin este de 1,2:1.

În rândul persoanelor de sex masculin s-au înregistrat 454 cazuri de sifilis, iar incidențe crescute au fost înregistrate la grupele de vârstă: 20-24 ani - 10,4%000, 30-34 ani-10,1%000 și 25-29 ani -8,8%000.

În rândul persoanelor de sex feminin s-au înregistrat 386 cazuri de sifils, iar incidențe crescute au fost înregistrate la grupele de vârstă: 20-24 ani-12,3%000, 25-29 ani -11,8%000, și grupa de vârstă 30-34 ani – 10,6%000.

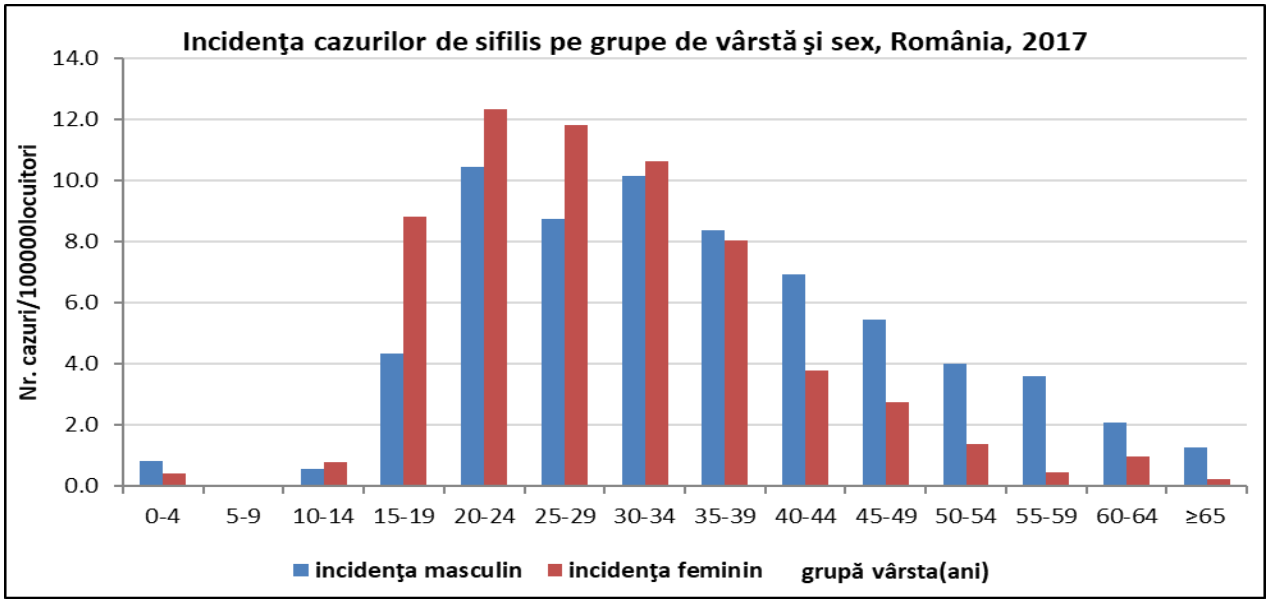


**Fig. 87 Incidența cazurilor de sifilis pe grupe de vârstă și sex, România, 2017**

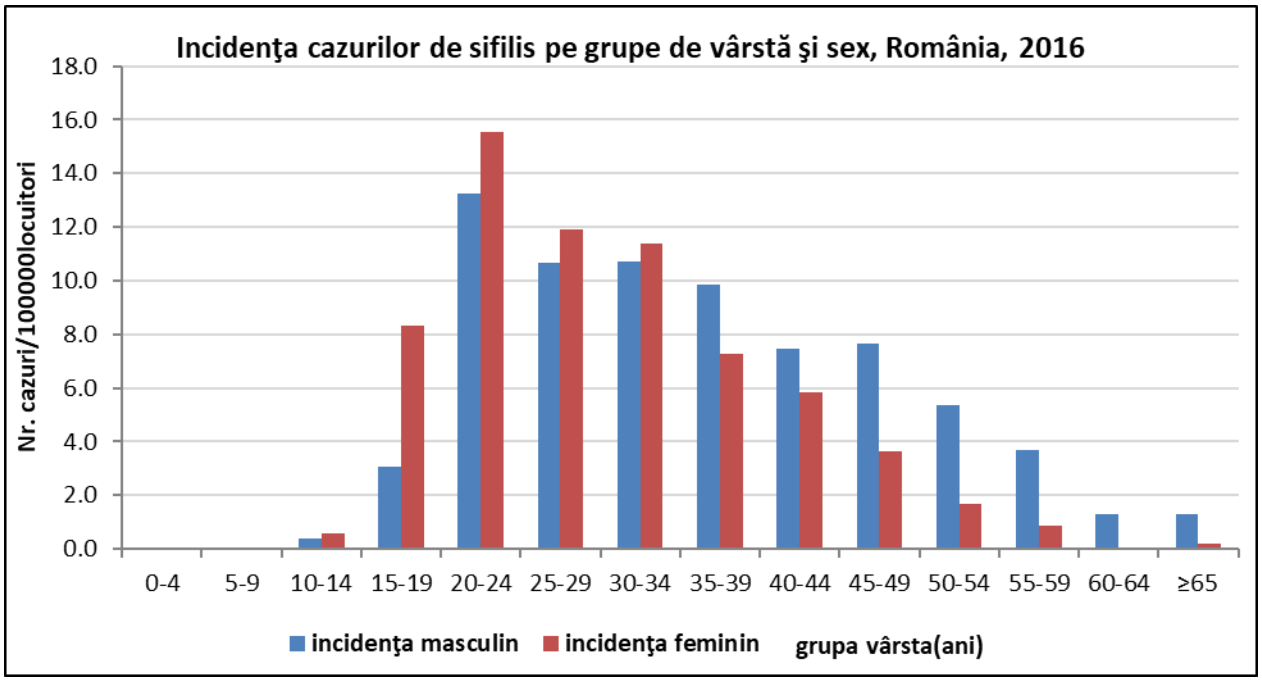


**Fig. 88 Incidenţa cazurilor de sifilis pe grupe de vârstă și sex, România, 2017**

Cele mai multe cazuri au fost depistate cu formă de sifilis latent (74,4,7%), fiind urmate de cazurile cu: sifilis secundar (14,9%), sifilis primar (8,0%), sifilis terţiar (0,5%) și necunoscut (2,2%).

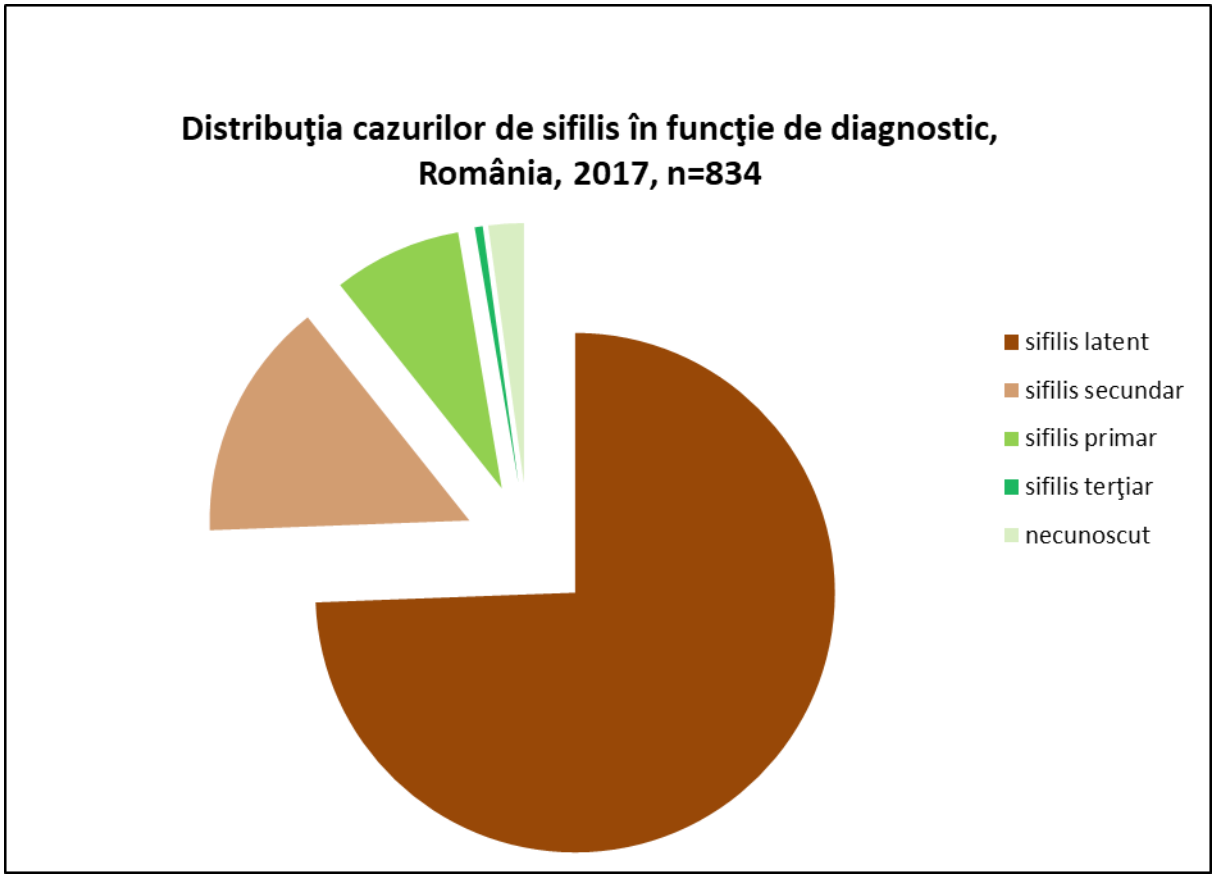


**Fig. 89 Distribuţia cazurilor de sifilis în funcţie de diagnostic, România, 2017, n=834**

Dintre cazurile înregistrate la persoanele de sex feminin, 115 (29,8%) au fost la gravide. În rândul gravidelor diagnosticate cu sifilis: 23 (20,0%) cazuri au fost depistate în primul trimestru

de sarcină, 36 (31,3%) cazuri în al II-lea trimestru de sarcină și 56 (48,7%) cazuri în al III-lea trimestru de sarcină. Din punct de vedere al testării gravidelor pentru HIV:

- 68 (59,1%) gravide au avut testul HIV negativ. Dintre gravidele testate negativ pentru HIV: 28 au fost testate negativ pentru HVB și HVC, un caz a fost testat pozitiv pentru HVB și negativ pentru HVC, un caz nu a fost testat pentru HVC și a fost negativ pentru HVB și 38 de cazuri nu au fost testate pentru HVB și HVC;
- 1 (0,9%) gravidă cu test HIV pozitiv nu a fost testată pentru HVB și HVC;
- 1 (0,9%) gravidă cu test HIV, dar fara rezultat precizat rezultatul nu a a fost testată pentru HVB și HVC,
- 44(38,3%) gravide nu au fost testate HIV. Dintre acestea 40 gravide au fost testatate și au avut rezultate negative pentru HVB și HVC, o gravidă a fost testată pozitiv pentru HVC și negativ pentru HVB, 2 gravide au fost testate negativ pentru HVB și netestate pentru HVC și 1 gravidă a fost testată negativ pentru HVC și nu a fost testată pentru HVB;
- Pentru 1(0,9%) gravidă testarea HIV nu a fost precizată, nefiind precizate rezultatele la testele HVB și HVC..

Din punct de vedere al comportamentului sexual, în rândul cazurilor diagnosticate cu sifilis au fost identificate 18 cazuri cu parteneri multipli, 23 cazuri de homosexuali.

**Tabel XI Distribuţia cazurilor de sifilis în funcţie de comportamentul sexual, România, 2017**

| Sex | Comportament sexual | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | Heterosexual | Parteneri multipli | Homosexual | Neprecizat | |
| masculin | 414 | 13 | 23 | 0 | 450 |
| feminin | 379 | 5 | 0 | 0 | 384 |
| total | 793 | 18 | 23 | 0 | 834 |

În rândul celor diagnosticați cu sifilis în ceea ce privește factorii de risc (sex comercial, droguri):

- 9 persoane au declarat că practică sexul comercial : 6 persoane de sex feminin și 3 persoane de sex masculin.

- 6 persoane au declarat că utilizează droguri: 2 persoane de sex feminin și 4 persoane de sex masculin.

Dintre pacientii diagnosticați cu sifilis, peste 45% nu au fost testati pentru HIV și peste 60% nu au fost testați pentru HVB sau HVC.

**Tabel XII Distribuţia rezultatelor cazurilor de sifilis testate pentru HIV, HVB, HVC, România, 2017**

| Rezultat testare | HIV | HVB | HVC | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| pozitiv | 14 | 18 | 4 | 36 |
| negativ | 369 | 218 | 222 | 809 |

| Rezultat testare | HIV | HVB | HVC | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| confidențial | 4 | NA | NA | 4 |
| netestat | 440 | 555 | 560 | 1519 |
| necompletat | 43 | 43 | 48 | 134 |
| TOTAL | 834 | 834 | 834 | 2502 |

**Sifilisul congenital**

În anul 2016, au fost înregistrate 6 cazuri de sifilis congenital, reprezentând 0,7% din totalul cazurilor de sifilis, incidența cazurilor de sifilis congenital fiind 3,39 de la 100.000 nou-nascuți vii. Cele 6 cazuri de sifilis au fost raportate în județele: Cluj-2 cazuri, Ilfov-3 cazuri și Mures-1 caz.

## 2. Gonoreea

În anul 2017, la nivel național au fost raportate un număr de 78 cazuri de gonoree, incidența fiind de 0,39%000 în scadere față de anul 2016 cu 12,8%. Incidența istorică pentru infecțiile cu gonococ 2008– 2017 la 100.000 locuitori este prezentată în graficul de mai jos:

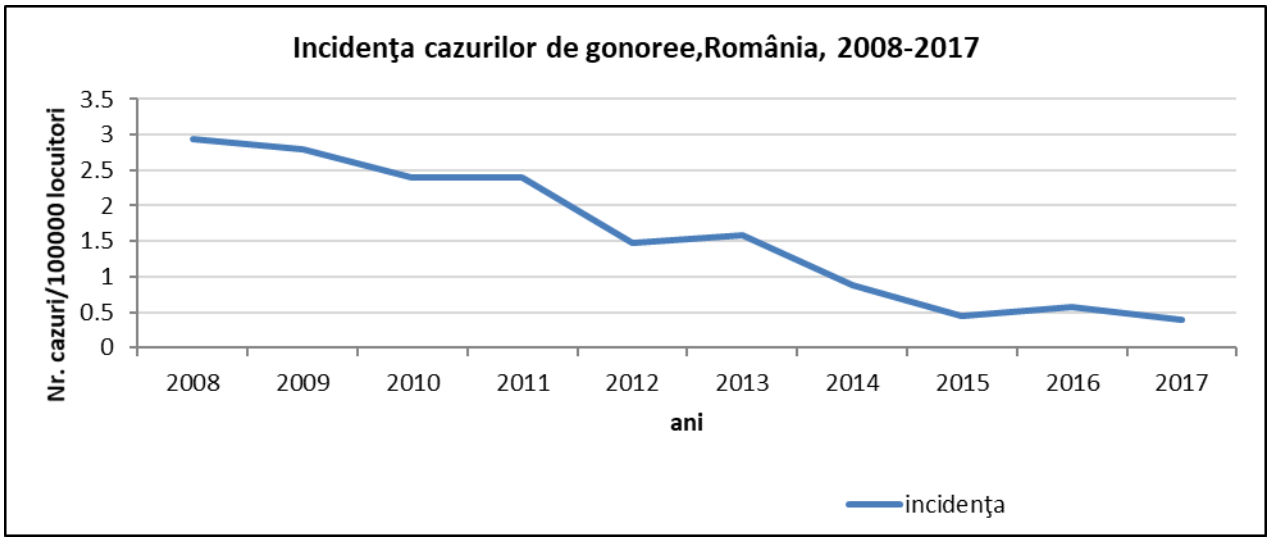


**Fig. 90 Incidenţa cazurilor de gonoree, România, 2008-2017**

Dintre cele 41 de județe și municipiul București, în 22 județe nu s-a raportat niciun caz. Incidența pe județe pentru gonoree, la populația generală este prezentată în graficul de mai jos:

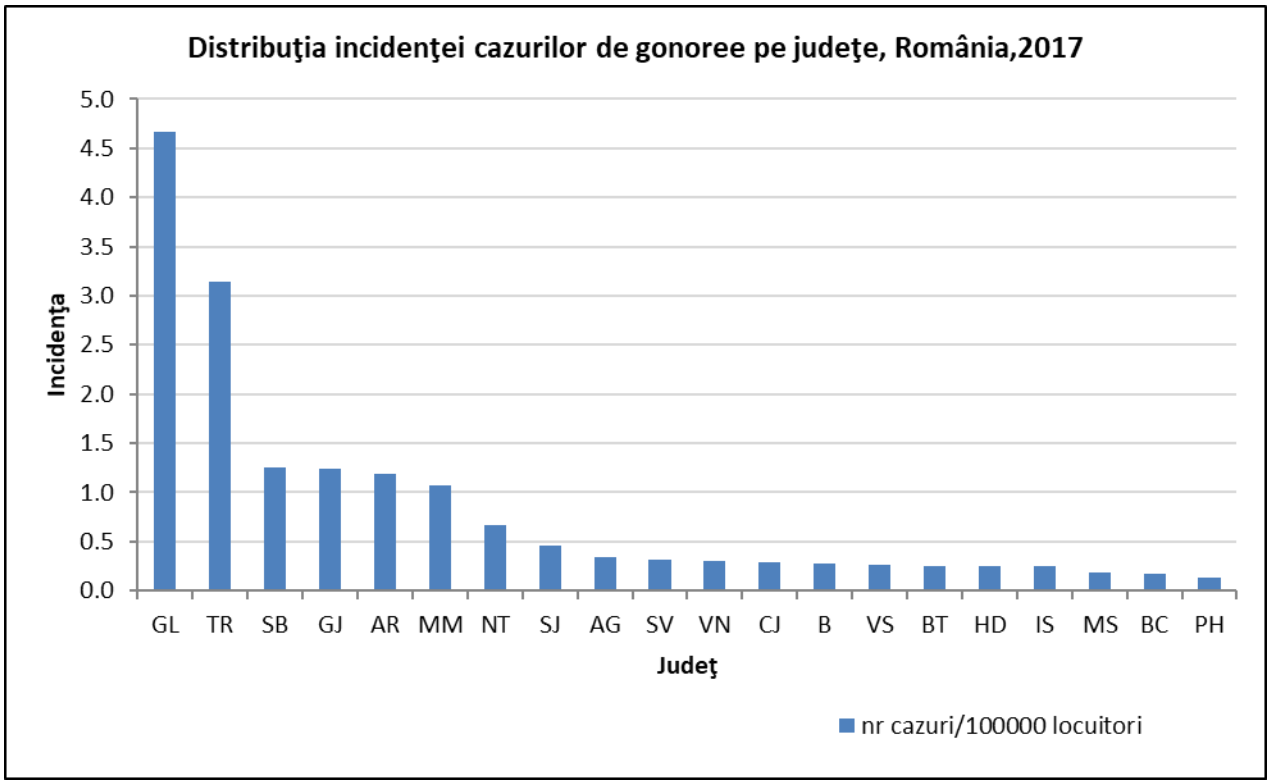


**Fig. 91 Distribuţia incidenţei cazurilor de gonoree pe judeţe, România, 2017**

Din punct de vedere al repartiției pe sexe, în rândul populației de sex masculin au fost raportate 72 cazuri de gonoree - cu cele mai multe cazuri înregistrate în mediul urban și în rândul populației de sex feminin: 6 cazuri de gonoree, din mediul urban.

**Tabel XIII Distribuţia cazurilor de gonoree pe mediu şi sex, România, 2017**

| Sex | Mediul | | Total |
|---|---|---|---|
| | urban | rural | |
| masculin | 47 | 25 | 72 |
| feminin | 6 | 0 | 6 |
| Total | 53 | 25 | 78 |

Cele mai multe cazuri de gonoree la persoanele de sex masculin au fost înregistrate la grupa de vârstă de 20-24 ani-19 de cazuri, iar la persoanele de sex feminin la grupele de vârstă de 15-19 ani, respectiv 35-39 ani- cu câte 2 cazuri.

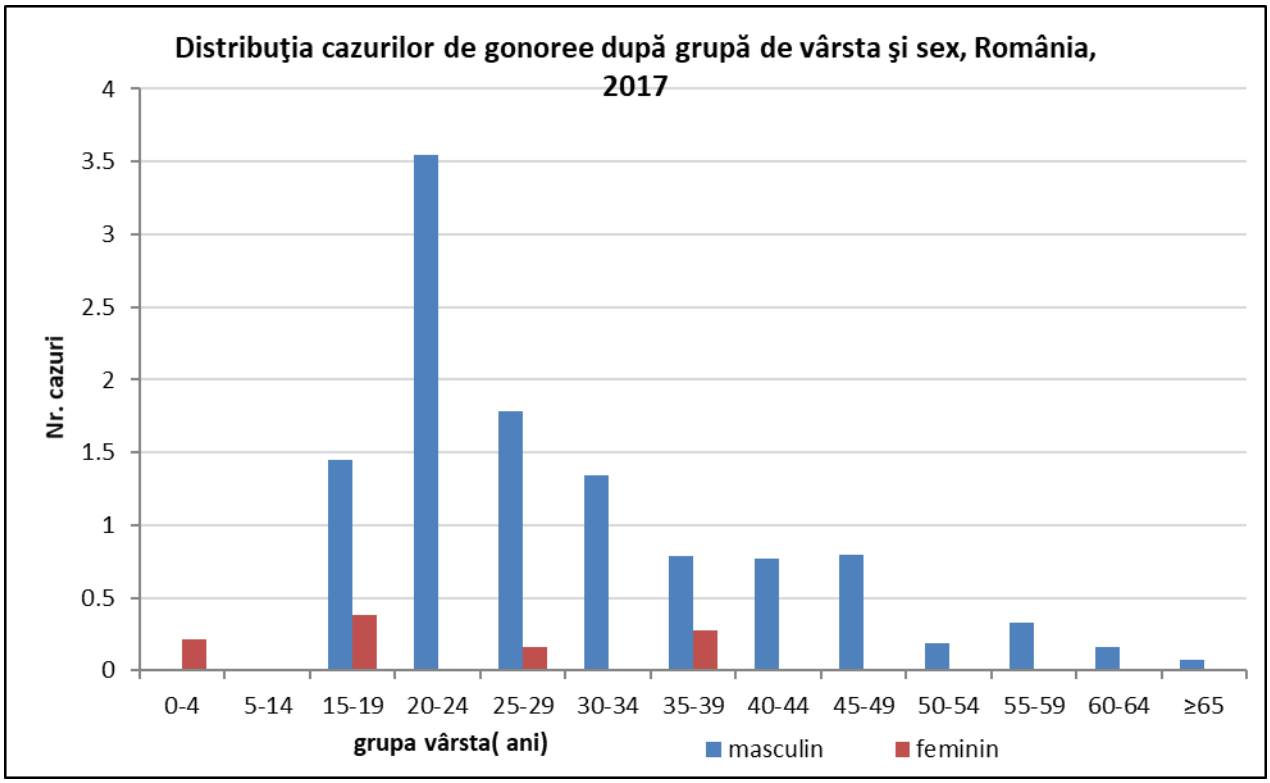


**Fig. 92 Distribuţia cazurilor de gonoree pe grupă de vârstă și sex, România, 2017**

Ca și modalitate de depistare: 2 (2,6%) cazuri au fost depistate în urma investigației epidemiologice, 7(9,0%) cazuri în urma efectuării controalelor periodice 11(14,1%) de cazuri depistate cu ocazia altor investigații și în 58(74.4%) cazuri au fost depiste pasiv. Dintre cazuri:76 au fost diagnosticate cu gonoree genito-urinară și doua cazuri cu altă formă de localizare..

Din punct de vedere al comportamentului sexual, calea de transmitere a fost heterosexuală în 75 cazuri, pentru 2 cazuri au fost declarați parteneri multipli și pentru 1 caz- sugar infecția a fost transmisă de la mamă.

Din rândul cazurilor de gonoree: 24 de persoane au fost testate pentru HIV dintre care o persoana a avut testul pozitiv și 14 persoane au fost testate pentru HVB și pentru HVC având testele negative. Dintre persoanele testate pentru HIV, 11 au fost testate atât pentru HVB, cât și pentru HVC.

**Tabel XIV Distribuţia statusului cazurilor de gonoree testate pentru HIV, HVB, HVC, România, 2017**

| Status | HIV | HVB | HVC | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| pozitiv | 1 | 0 | 0 | 1 |
| negativ | 23 | 14 | 14 | 51 |
| confidențial | 0 | 0 | 0 | 0 |
| netestat | 48 | 59 | 59 | 166 |
| necompletat | 6 | 5 | 5 | 16 |
| TOTAL | 78 | 78 | 78 | 234 |

## 3. Infecția genitală cu Chlamydia

În cursul anului 2017, la nivel național au fost declarate 21 de cazuri de infecție genitală cu *Chlamydia Trachomatis,* incidența fiind de 0,11%000. Din cele 21 de cazuri, 18 cazuri s-au înregistrat la persoane de sex masculin și numai 3 cazuri în rândul persoanelor de sex feminin, 10 cazuri fiind diagnosticate pasiv și 11 activ în urma controlului periodic( 1 caz), a investigatiilor epidemiologice( 1 caz) și altor investigații ( 9 cazuri). Cazurile de infecție cu Chlamydia au fost raportate în 6 județe: și municipiul București.

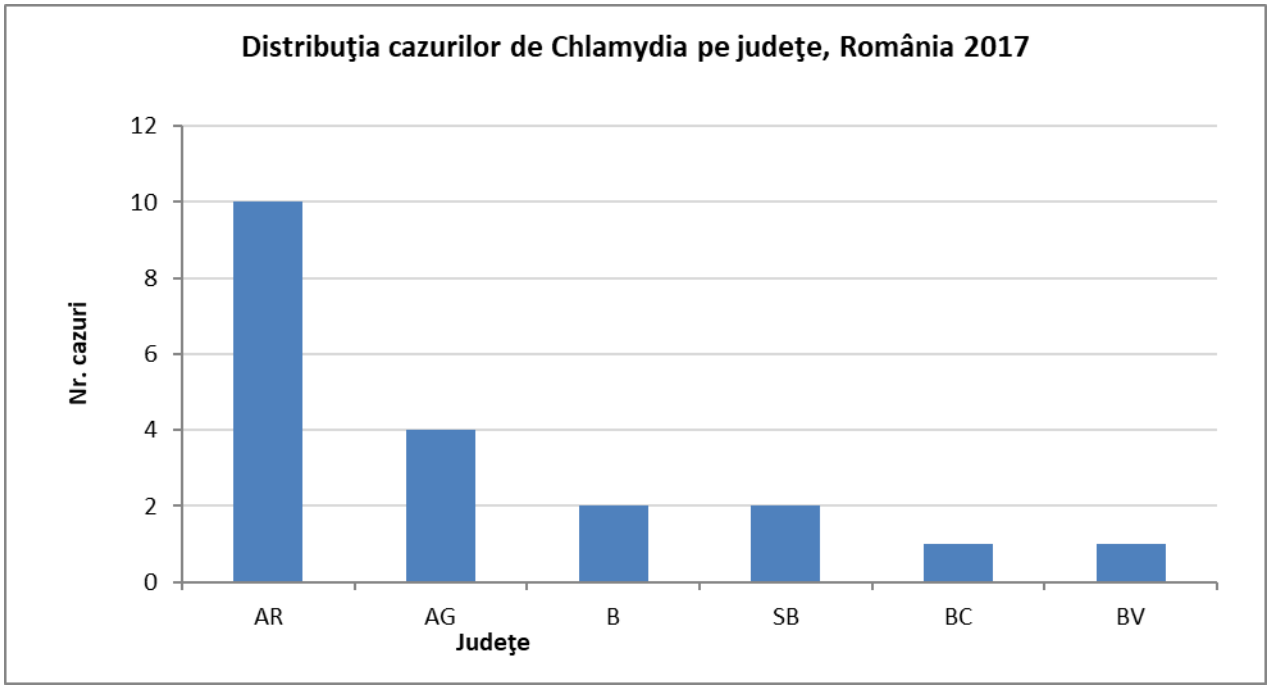


**Fig. 93 Distribuţia cazurilor de Chlamydia pe judeţe, România, 2017**

Vârsta cazurilor este între 20 și 60 de ani, cu cel mai mare număr de cazuri înregistrat la grupele de vârstă de 30-34 ani, respectiv 35-39 ani.

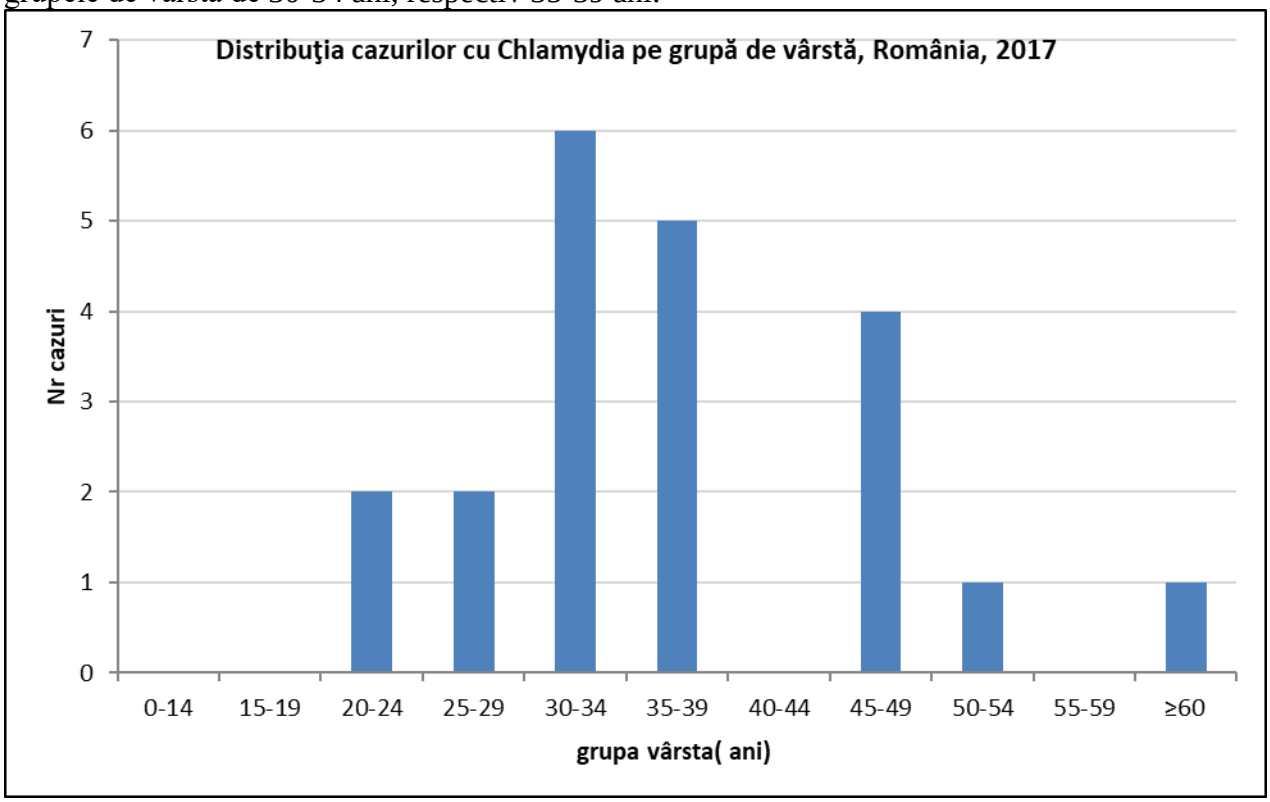


**Fig. 94 Distribuţia cazurilor de Chlamydia pe grupă de vârstă, România, 2017**

Calea de transmitere a fost heterosexuală pentru toate cazurile. În ce privește testarea cazurilor pentru alte infecţii cu transmitere sexuală (HIV, HVB, HVC):

- 4 cazuri au fost cu rezultat negativ pentru HIV, HVB, HVC;
- 5 cazuri nu au fost cu testate pentru HIV, HVB, HVC;
- 2 cazuri au fost cu rezultat negativ pentru HIV nu au fost testate pentru HVB, HVC

pentru 10 cazuri nu a fost completată nicio testare pentru infecţiile menţionate.

## Abrevieri

CNSCBT - Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile
GV - grupe de vârstă
Nr. - număr
F - sex feminin
M - sex masculin
S/s – săptămână
St- stadiu
Jud. - județ
mun.- municipiu
Ex.- examen
STDEV- deviație standard
ITS- infectie cu transmitere sexuală
Loc.- locuitori
TB - tuberculoză
St. – stadiu
UE- Uniunea Europeană
Abrevieri auto pentru județe

Populația la 1 ianurie 2017: 19.644.350 locuitori

Pentru comparații cu statele Uniunii Europene au fost folosite documente ale Centrului European de Boli Transmisibile (ECDC) (Annual Surveillance Reports)

## Colectivul editorial:

- Dr. Adriana Pistol
- Dr. Odette Popovici
- Dr. Aurora Stănescu
- Dr. Rodica Popescu
- Dr. Anca Sirbu
- Dr. Lavinia Zota
- Dr. Alina Zaharia
- Dr. Denisa Janță
- Dr. Teodora Solomon
- Dr. Florin Popovici
- Dr. Ionel Iosif
- Dr. Radu Cucuiu

**2018**

**INSP**