



اخبار مراقبت

شهریور

۱۳۹۶ - سال هجدهم - شماره ۱۲۹

بازگشت حجاج از نیمه شهریور ماه ۱۳۹۶ و ابتدا از فرودگاه حضرت امام خمینی (ره) در تهران و دو فرودگاه دیگر آغاز گردید و در اواخر شهریور ماه با استفاده از ۲۰ فرودگاه کشور به اوج خود رسید.

تیم های مراقبت بهداشت مرزی و کارکنان مراکز بهداشت درمانی و بیمارستانی در این مدت با هماهنگی معاونت های محترم بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به حجاج گرامی ارائه خدمات آموزشی، بهداشتی و درمانی نمودند و زائران تبار مشکوک به بیماری های عفونی کسب شده در سفر را به مراکز درمانی مجهز از پیش تعیین شده اعزام نمودند.

بدین وسیله از زحمات همکاران دانشکده/دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در ارائه خدمت به جمعیت انبوه زائران و مستقبلین تشکر و قدردانی بعمل می آید.



هماهنگی قابل تقدیر

معاونت های بهداشت در

مراقبت بیماری های واگیر

(حج ۱۳۹۶)



در این شماره می خوانید:

۲	گزارش تیم بین المللی از پیشرفت نظام مراقبت سندرمیک کشور
۳	کارگاه بین المللی تابستانه اپیدمیولوژی میدانی - حضور ۱۳ کشور
۴-۶	اخبار دانشکده / دانشگاه ها
۶	تعاریف جدید در مورد بیماری وبا
۷	پیشرفت جلسات کنترل تب مالت با رویکرد One Health
۸	نوافق کشورها در کنترل MERS-CoV با رویکرد One Health
۹	جهش ژنتیکی ویروس Zika
۱۱	تغییر واکسن آنفلوانزا نیمکره جنوبی سال ۲۰۱۸

بحران بهداشتی در کمین فجایع روہینگیا

خشونت های هدفمند بشری علیه مسلمانان روہینگیا باعث شده تا صدها هزار نفر از ساکنین روہینگیا از ایالت راخینا در میانمار در فاصله کوتاه چندہفتہ ای بہ

سمت مرزهای بنگلادش حرکت کرده و وارد

آن کشور شده اند و در شرایط بسیار نگران

کنندہ بهداشتی در پناہگاہ و اردوگاہ های

موقت سکونت گزینند. (ادامہ در صفحہ ۱۲)



گزارش تیم تخصصی بین المللی پایش نظام مراقبت سندرمیک جمهوری اسلامی ایران

London School of Hygiene & Tropical Medicine
(University of London)
Keppel Street, London WC1E 7HT
United Kingdom
Web site://www.lshtm.ac.uk

London, 9 September, 2017

To the Honourable Minister of Health, Iran

Dear Honourable Minister,

I have had the opportunity over the past six years to work with the Iranian CDC, through various WHO missions, as the SSS (Syndromic Surveillance System) was piloted and further developed by the Iranian CDC in the Gilan Province. To my knowledge this effort was the first such activity in the WHO Eastern Mediterranean Region (EMR), and the WHO missions supported the Iranian CDC team as they chose the names and definitions of 10 syndromes and developed a 4-year action plan to develop SSS in Iran.

Work continued in the Iranian CDC as laid out in the 4-year action plan, and during a meeting which I attended in WHO country office in Turkey with the Iranian CDC team in January 2012, the list of definitions of syndromes reached 14. The Iranian CDC then followed the action plan for the SSS pilot phase and implemented 7 subprojects in the Gilan Province. The pilot phase was completed in June 2016, and SSS implementation was then broadened to the entire province. During a mission to Iran in July of this year, the outcome of the SSS pilot was assessed by a WHO review mission that was composed of members from the WHO/Lyon office, WHO/EMRO and Public Health England (of which I was at that time Chair).

The review mission visited health houses, health centers, district hospitals, and district labs in two of the pilot districts (Slahkal and Astara), and had meetings with ministerial and provincial authorities. They also visited the national reference lab for influenza acute respiratory infections in Tehran (NIC), and assessed the integration of SSS within a virtual network of public health lab surveillance.

The SSS review mission to Iran concluded its visit with the following recommendations (see attachment for specific findings):

- Integration of all currently active electronic platforms should be considered (not replacement of all platforms by one), using the Iranian CDC team's experience from the SSS pilot
- Feedback should be strengthened to peripheral levels of the province
- The SSS should incorporate events based surveillance to issue early warning (EWAR) signals and alerts
- Consideration should be given to expansion of the SSS throughout the country, and there should be a cost analysis for such expansion

In summary, the Iranian CDC has successfully piloted an SSS in Iran, and it is recommended that ministerial authorities work with the Iranian CDC to assess the cost and support the expansion of SSS countrywide. At the same time, proposing Iranian leadership to WHO as it expands SSS initiative to the other interested countries in the Eastern Mediterranean Region and beyond, should be strongly considered. I would be pleased to discuss any of these recommendations with you, or provide any clarification, if useful.

Sincerely yours,



David L. Heymann, MD
Professor, Infectious Disease Epidemiology



به دنبال پایش نظام مراقبت سندرمیک جمهوری اسلامی ایران در تابستان امسال توسط تیم اعزامی از سازمان جهانی بهداشت (WHO) و تحلیل روند و میزان پیشرفت برنامه طراحی و اجرایی سازی نظام مراقبت سندرمیک، نامه ای از طرف پروفیسور دیوید هیمن که پیش از این سالهای مشاور امنیت سلامت سازمان جهانی بهداشت بوده و هم اکنون همچنان به عنوان صاحب نظر در امر مراقبت بیماری های واگیر در جهان مطرح می باشد در طی نامه ای به مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران از تاریخچه آشنایی ۶ ساله خود با تکامل نظام مراقبت سندرمیک در ایران یاد نموده و ضمن اعلام خلاصه ی گزارش تیم تخصصی بین المللی اعزامی، پیشنهاد نموده است تا این دستاورد تکنولوژیک که در منطقه EMRO منحصر به فرد می باشد، در سایر استان های کشور گسترش و تعمیم یابد.

بهره گیری از ظرفیت سامانه مراقبت سندرمیک در مراقبت بهداشت مرزی حج ۱۳۹۶

در راستای ارتقای ظرفیت های بهداشت مرزی در ایام بازگشت حجاج با توجه به توانایی ها و تجربه های کسب شده در سالیان اخیر، سامانه مراقبت سندرمیک در ۲۰ فرودگاه کشور در دسترس پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در فرودگاه قرار گرفت و ثبت و پاسخ دهی به هنگام موارد مشکوک به بیماری های واگیر در ایام حج (با تاکید بر سندرم های تنفسی) تسهیل گردید. لازم به ذکر است این سامانه به عنوان یکی از مهمترین و کارآمدترین ابزارهای نظام مراقبت هشدار سریع، امکان شناسایی و پاسخ به هنگام به تهدیدات بهداشتی را فراهم می سازد و برای اولین بار در حج ۱۳۹۶ تیم های مراقبت بهداشتی مرزی در سراسر کشور هماهنگ با تیم بهداشتی اعزامی به عربستان از ظرفیت نظام مراقبت سندرمیک در پاسخ به تهدیدات بهداشتی حج بهره مند شدند تا موارد پنومونی شناسایی شده در کشور عربستان و موارد مشکوک به بیماری های واگیر تنفسی شناسایی شده در مرزهای ورودی کشور ثبت گردند.



برگزاری کارگاه بین المللی تابستانه اپیدمیولوژی میدانی با حضور شرکت کنندگان از ۱۳ کشور

کارگاه بین المللی تابستانه اپیدمیولوژی میدانی از ۲۸ مردادماه تا ۱۵ شهریورماه با حضور ۲۵ نفر شرکت کننده از کشورهای **اتریش، انگلستان، آلمان، غنا، کنیا، اتیوپی، نیجریه، فلسطین، پاکستان، جمهوری اسلامی افغانستان، عراق، بنگلادش و جمهوری اسلامی ایران** به میزبانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، و بازدید میدانی در روستای اکنلو در استان همدان برگزار شد.

در دومین دوره مدرسه تابستانی اپیدمیولوژی میدانی مشترک ایران و آلمان، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران که با همکاری پایگاه تحقیقاتی بیماری های نوپدید و بازپدید پایگاه تحقیقاتی بیماری های نوپدید و بازپدید انستیتو پاستور ایران برگزار شد، شرکت کنندگان در دو هفته اول به صورت تئوری با مفاهیم و کلیات مرتبط با اپیدمیولوژی میدانی، مدیریت طغیان بیماری های واگیر، اصول نظام مراقبت، مفاهیم اولیه آماری و طراحی مطالعات اپیدمیولوژی آشنا شدند و در هفته سوم با حضور در پایگاه تحقیقاتی بیماری های نوپدید و بازپدید انستیتو پاستور ایران واقع در روستای اکنلو شهرستان کبودر آهنگ بعضی از مباحث آموخته شده را به صورت عملی و با حضور در عرصه (فیلد) مرور کردند.

لازم به ذکر است که پایگاه تحقیقاتی بیماری های نوپدید و بازپدید انستیتو پاستور ایران، مرکز تحقیقاتی در حوزه بیماری های نوپدید و بازپدید و به خصوص بیماری های طاعون، تولاومی و تب کیو محسوب می شود و شرکت کنندگان در دوره عملی این مدرسه تابستانه با روش های نمونه گیری از جوندگان و حیات وحش، گرفتن ناقلین خارجی (نظیر کک و کنه) و تشریح و انجام آزمایشات مرتبط با بیماری های نوپدید و بازپدید آشنا شدند.

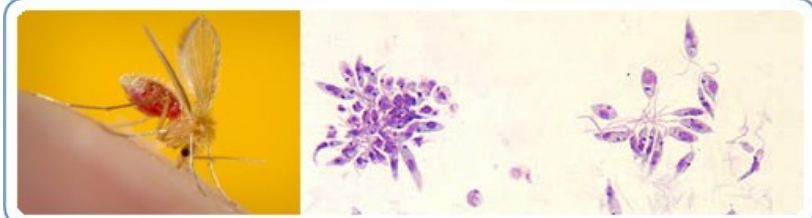
بررسی وضعیت جاری مقاومت میکروبی (AMR)

در تاریخ ۵ شهریور ماه جلسه ای جهت بحث و تبادل نظر در مورد طرح بررسی وضعیت جاری مقاومت میکروبی در انسان و دام در شهرهای تهران و شیراز در محل مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت تشکیل گردید. با توجه به حساسیت بین المللی WHO و FAO در مورد بروز مقاومت های میکروبی بدلیل مصرف خودسرانه و نامناسب آنتی بیوتیکها در حوزه های پزشکی و دامپزشکی، جلسه بحث و تبادل نظر با حضور نمایندگان از مرکز مدیریت بیماری های واگیر و آزمایشگاه مرجع سلامت و نیز سازمان دامپزشکی کل کشور، مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات بیماری های عفونی دکتر البرزی شیراز، انستیتو پاستور ایران و آزمایشگاه کنترل غذا و دارو وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد و پس از معرفی طرح، نحوه اجرای طرح و جزییات فنی اجرای آن مورد تبادل نظر قرار گرفت.



بازدید از عملکرد کنترل سالک: فرودگاه بین المللی اصفهان

از آنجا که پیچیدگی های کنترل بیماری لیشرمانیوز پویتی و بومی بودن این بیماری در برخی استان های کشور، عملکرد هماهنگ و به هنگام اهمیت زیادی دارد و لذا ضروری است که به طور دوره ای نقاط مهم اپیدمیولوژیک این بیماری مورد پایش قرار گیرند.



بدین خاطر شهرستان های نطنز و ورزنه و فرودگاه بین المللی استان اصفهان، در این استان توسط کارشناسان مرکز مدیریت بیماری های واگیر مورد بازدید کارشناسانه قرار گرفتند.

نظر به فعالیت چشمگیر انجام شده در خصوص برنامه کنترل سالک و عدم ابتلا ساکنین شهرستان های آلوده در سال های اخیر، به تدریج تعداد موارد انسانی مستعد ابتلا به این بیماری افزایش یافته است، جهت پیشگیری از بروز طغیان قابل توجه در کانون ها ی بومی این بیماری لازم است تا اقدامات کنترلی دقیق همانند گذشته، انجام پذیرد.



پروژه کاهش موارد سالک شهرستان بم

مقرر شده است به منظور به حداقل رساندن موارد بیماری سالک و کنترل جدی آن پروژه ایی با همکاری سازمان جهانی بهداشت تدوین گردد که اصول آن شامل بیماریابی فعال، بهسازی محیط شهرستان بم و ارتقا هماهنگی بین بخشی با شهرداری می باشد.

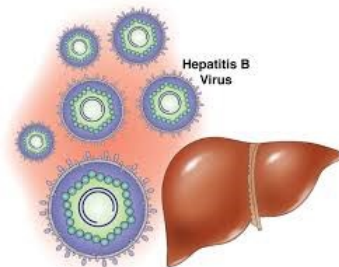
از سال ۱۳۸۴ پس از زلزله بم، موارد ابتلا به بیماری سالک به مدت ۳ سال، بیش از ۸ برابر افزایش پیدا کرد و به بیش از ۲۰۰۰ مورد بعد از زلزله رسید. سپس به دنبال اقدامات کنترلی انجام شده، و پیگیری های موفق، کاهش موارد بیماری طی ۸ سال بعد به کمتر از ۱۰ در صد رسید. با حضور کارشناسان کشورهای منطقه و همکاری سازمان جهانی بهداشت در این شهرستان دوره های آموزشی بین المللی برگزار شده است.

کارگاه کشوری آموزش هیپاتیت با مدل SHEP در تبریز

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی علوم پزشکی تبریز مورخ ۲۵ و ۲۶ شهریور ماه امسال، در مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت با حضور ریاست محترم دانشگاه، و ریاست محترم مرکز مدیریت بیماری های واگیر، میزبان کارشناسان مبارزه با هیپاتیت سراسر کشور بود تا کارگاه کشوری آموزش هیپاتیت با مدل SHEP برگزار گردد. این کارگاه اولین کارگاه از مجموعه کارگاه های آموزشی با مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقا سلامت (SHEP) در زمینه ی هیپاتیت می باشد و هدف آن ارتقا سواد آموزشی افراد جامعه می باشد.

واکسیناسیون هیپاتیت B اهداکنندگان خون

با حضور مدیرکل، معاون و مدیر فنی پایگاه انتقال خون استان گیلان، و مدیر گروه و کارشناس ایمنسازی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، جلسه ای در رابطه با واکسیناسیون هیپاتیت B اهداء کنندگان مستمر خون تشکیل گردید، و برنامه واکسیناسیون ۳۰ هزار نفر اهدا کننده خون از روز سوم شهریور ماه آغاز گردید و تا روز ۱۰ شهریور ماه بالغ بر ۸۵۰ نفر واکسینه گردیدند. این برنامه تا رسیدن به پوشش کامل ادامه خواهد یافت.



آموزش رویکرد نوین HIV در نشست دبیران کانون های دانشجویی وزارت علوم

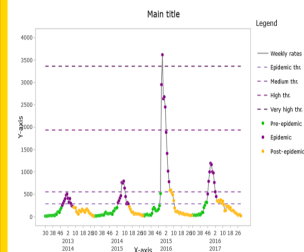
سازمان امور دانشجویان وزارت علوم، تحقیقات و فناوری به منظور تلاش در راستای پیشگیری از آسیب های اجتماعی، توانمندسازی دانشجویان در زمینه اشتغال و کارآفرینی، تقویت روحیه شور و نشاط، تمرین مشارکت های اجتماعی و تبادلات تجربیات دانشجویان، اقدام به برگزاری دومین نشست دبیران کانون های دانشجویی همیاران سلامت روان در دانشگاه تبریز نمود. ساعاتی از این برنامه به موضوع HIV اختصاص داشت و آموزش HIV با شیوه رویکرد نوین ارائه شد. در این آموزش HIV به عنوان یک بیماری عفونی قابل کنترل معرفی شد. در خصوص عملکرد سیستم ایمنی بدن، نحوه عملکرد ویروس، بیماریزایی، علائم عفونت، راه های انتقال ویروس، تشخیص، مراقبت، پیشگیری و درمان بحث گردید و به پرسش های شرکت کنندگان پاسخ داده شد.

در روز دوم نشست از تعداد ۷۶ نفر از داوطلبان تست تشخیص سریع HIV به عمل آمد و نتایج به صورت محرمانه به آنها اعلام شد.

اجلاس تعیین آستانه های همه گیری فصلی

بیماری آنفلوآنزا

(امارات متحده عربی - ۷ لغایت ۱۰ آگوست ۲۰۱۷)



اجلاس کارشناسی به منظور تعیین آستانه های همه گیری فصلی بیماری آنفلوآنزا در شهر دوی بمدت ۴ روز ۷ لغایت ۱۰ آگوست ۲۰۱۷ برگزار گردید. بخش اول دوره آموزشی به معرفی، اصول کار با برنامه آماری پیشرفته R

(یکی از جدیدترین نرم افزارهای آماری) اختصاص یافت، سپس برنامه (MEM (Moving Epidemic Method معرفی و نحوه کار به صورت عملی بررسی و تمرین شد. همچنین به کمک نرم افزارهای فوق آستانه های هشدار و شدت اپیدمی آنفلوآنزا در سال های اخیر توسط کشورهای منطقه محاسبه شد. میزان برآزش آستانه های اپیدمی و شدت آن براساس روش آماری توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای کشور جمهوری اسلامی ایران در حدود ۹۰٪ محاسبه گردید که مورد توجه آن سازمان بین المللی و کشورهای حاضر قرار گرفت.

اجرای برنامه های آموزشی جامعه محور و توصیه به انجام آزمایش تشخیص سریع HIV

در راستای اجرای سیاست های برنامه چهارم استراتژیک کنترل و پیشگیری از اچ آی وی و از بین بردن انگ و تبعیض نسبت به مبتلایان، مرکز بهداشت شماره یک اصفهان با همکاری معاونت فرهنگی اجتماعی شهرداری منطقه ۱۰، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و دانشجویان دانشکده پرستاری اصفهان اقدام به برپایی پایگاه آموزش، مشاوره و آزمایش تشخیص سریع HIV در پارک های اصفهان (شامل انقلاب، پروین و اردیبهشت) نمود. این برنامه ۱۴ و ۲۱ و ۲۸ تیر ماه از ساعت ۱۹ الی ۲۲ شب با عنوان "با من حرف بزن" انجام شد.



در این برنامه به مردم بر اساس اصول آموزش رویکرد نوین HIV آموزش داده شد و اهمیت تشخیص به موقع و درمان بیماری مورد تاکید قرار گرفت. علاوه بر HIV در خصوص هپاتیت های B و C نیز آموزش های لازم ارائه شد. همچنین برای ۷۹ نفر از مراجعین پس از مشاوره، آزمایش تشخیصی سریع HIV انجام شد. در همین راستا مرکز بهداشت شماره دو شهرستان اصفهان نیز با همکاری شهرداری و همزمان با جشن کرامت نسبت به راه اندازی پایگاه آموزش، اطلاع رسانی و مشاوره و آزمایش تشخیص سریع اچ آی وی نمود.



تعاریف جدید در مورد بیماری وبا

در آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت که در تاریخ ۲۵ اوت ۲۰۱۷ منتشر گردیده است تعاریف بیماری وبا به روز شده است که این مطالب به عنوان متمم دستور العمل برنامه وبا به دانشگاه های علوم پزشکی ارایه گردیده است. **منطقه آندمیک** وبا منطقه ای است که در آنجا در طی سه سال گذشته انتقال محلی بیماری مورد شناسایی قرار گرفته است. منطقه مورد نظر می تواند در حد استان، شهرستان و حتی کوچکتر از آن نیز باشد. هر کشوری که حداقل یکی از مناطق با خصوصیت مورد اشاره در بالا را داشته باشد به عنوان کشور آندمیک وبا شناسایی می شود.

منطقه داغ انتقال Hot Spot وبا منطقه محدودی است که در آن شرایط فرهنگی، اقتصادی و محیطی باعث افزایش انتقال بیماری می شوند و در آن منطقه بیماری وبا به صورت دائم یا در دوره های منظم بروز پیدا می کند. بدین ترتیب مناطقی که در آن ها با توجه به شرایط ذکر شده در بالا احتمال انتقال بیماری وجود داشته ولی بیماری از آن ها گزارش نشده است به عنوان مناطق داغ انتقال بیماری در نظر گرفته می شوند. **طغیان بیماری وبا** موقعی در نظر گرفته می شود که حداقل یک مورد تایید شده وبا به همراه شواهد وجود انتقال محلی میکروب وجود داشته باشد. علاوه بر این اگر بروز بیماری وبا در منطقه ای که قبلا انتقال بیماری در آن ثابت شده در طی دو هفته متوالی و تایید شده آزمایشگاهی اتفاق افتد، در صورتی که این بروز بیماری بیش از حد انتظار باشد، به عنوان طغیان در نظر گرفته می شود. توجه داشته باشید که عناوین همه گیری وبا (Cholera epidemic) و طغیان وبا Cholera outbreak به صورت مترادف در نظر گرفته می شوند.

عوامل خطر ابتلا به وبا در شرایط جابجایی های بزرگ انسانی که در آن جمعیت در یک منطقه جمع می شوند و معمولا همراه با کمبود دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و آب سالم است، اتفاق می افتد. **شدت بیماری** به تعداد میکروب وبای خورده شده، نقص ایمنی اکتسابی، حاملگی، عدم شیردهی با شیر مادر و به دنبال آن عدم انتقال ایمنی از مادر به کودک بر علیه وبا، نقصان تولید اسید معده به خاطر بیماری های گوارشی، سوء تغذیه، و داشتن گروه خونی O بستگی دارد.

درمان بیماری وبا: در طی همه گیری وبا تجویز آنتی بیوتیک برای بیماران خیلی بد حال که نیاز به بستری داشته باشند بدون نظر گرفتن سن بیماران توصیه می شود. در این شرایط تجویز آنتی بیوتیک باعث کاهش حجم اسهال، دوره علامت دار بودن بیمار، مدت زمان بستری در بیمارستان و دوره دفع میکروب از مدفوع و به دنبال آن کاهش دوره عفونت زایی می گردد. تجویز مکمل روی (Zn) در بچه های ۶ ماه تا ۵ سال نیز می تواند باعث دوره و حجم اسهال می گردد. با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت داکسی سیکلین داروی اول برای درمان وبا است که برای درمان همه بیماران از قبیل بزرگسالان، اطفال و زنان باردار می تواند مورد استفاده قرار می گیرد. سیپروفلوکساسین و آزیترومایسین داروهای جایگزین در شرایطی که مقاومت به داکسی سیکلین وجود دارد، هستند. در این مورد حتما باید به دستورالعملی که از طرف مرکز مدیریت بیماری های واگیر بطور سالانه ارسال می شود توجه شود. بر این اساس فعلا در کشور برای بیماران واجد شرایط همان طور که قبلا ابلاغ شده بود سیپروفلوکساسین است.

بهترین راه پیشگیری از بیماری وبا بهبود دسترسی به آب تمیز و دفع مناسب فاضلاب و واکسیناسیون بر علیه وبا تنها به عنوان مکمل پیشگیری از ابتلا به وبا بکار می رود که می تواند در کوتاه یا میان مدت اجرایی شود. باید توجه داشت که ایمنی علیه وبا مبتنی بر سروگروپ است و ابتلا به عفونت به سروگروپ O1 سبب محافظت بر علیه سروگروپ O139 نمی شود. در صورت تصمیم به واکسیناسیون علیه بیماری وبا واکسن باید در افراد بالای ۲ مورد استفاده قرار گیرد. تصمیم برای اجرای **واکسیناسیون** بر علیه وبا به شرایطی مانند وجود احتمال بالای خطر گسترش وبا در جمعیت های خاص و در مناطق جغرافیایی خاص، امکان برنامه ریزی برای تحت پوشش قرار دادن حداکثری افراد واجد شرایط برای دریافت وبا که در مناطق مورد هدف این برنامه زندگی می کنند (برای افراد بالای یک سال با توجه به نوع واکسن مورد استفاده) بستگی دارد. در مناطق آندمیک، واکسیناسیون همه مردم بدون در نظر گرفتن وضعیت احتمال انتقال آلودگی در آنها نباید انجام شود. معمولا در این شرایط باید حتما جمعیت هدف از نظر انتقال بیماری و عوامل خطر آن مورد ارزیابی قرار گیرند و همچنین از نظر جغرافیایی نقاط داغ انتقال عفونت تعیین شوند. در این میان فقط گروه های در معرض خطر جمعیت باید هدف واکسیناسیون باشند (نه همه جمعیت).

طغیان موارد HUS و دیالیز پس از ابتلا به اسهال در آذربایجان غربی

در پاسخ به بروز نارسایی کلیوی و اختلالات خونی منطبق با تعریف سندرم همولیتیک اورمیک (HUS) در تعدادی از بیماران به دنبال اسهال در استان آذربایجان شرقی، بلافاصله بعد از شناسایی موارد اول و گزارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه، تیم کارشناسی مرکز مدیریت بیماری های واگیر به آن استان عزیمت نموده و پس از ارزیابی سریع وضعیت کمیته کشوری علمی مرتبط با این رخداد در مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید. دستورالعمل اجرایی برخورد با بیماران و تهیه نمونه و ارسال آن بلافاصله بازبینی و به همکاران محترم معاونت بهداشت آن دانشگاه جهت برخورد هماهنگ با این رخداد مهم بهداشتی ارائه گردید. تلاش شبانه روزی تیم معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه در طول سه ماه تابستان تا اطمینان از پایان این رخداد ادامه یافت.

در این بازه زمانی اقدامات مختلفی توسط همکاران محترم در آذربایجان غربی و شهرستان های دارای موارد ابتلا انجام شد که از جمله آنها می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

۱. **آموزش و اطلاع رسانی** در خصوص راههای پیشگیری و کنترل بیماری های روده ای بالاخص اسهال خونی برای کلیه همکاران و عموم جامعه
۲. انجام مکاتبات لازم با معاونت درمان در خصوص اقدامات مورد انتظار نظام مراقبت بیماری و لزوم **گزارش دهی فوری** تمام موارد اسهال خونی بستری در بیمارستان های خصوصی، دولتی، مطب ها و...
۳. انجام مکاتبات لازم با روسای شبکه های بهداشت و درمان در خصوص لزوم بررسی **تمام موارد اسهال خونی** توسط تیم بررسی طغیان مرکز بهداشت از نظر منبع احتمالی آلودگی (منبع آب مصرفی، ماده غذایی ...) و تاکید بر اینکه کلیه موارد اسهال خونی گزارش شده بصورت اورژانسی بررسی گردد و در صورت مشاهده مورد مشابه در اطرافیان نسبت به تهیه نمونه و ارسال به آزمایشگاه اقدام گردد.
۴. **گزارش دهی روزانه** تمام موارد با تشخیص اسهال خونی با رویکرد منسجم و پیگیری بیمار تا زمان بهبودی و بررسی اطرافیان بیمار از نظر وجود علائم مشابه
۵. **اخذ نمونه های ماده غذایی مشکوک و نمونه های بالینی** از بیماران با سندرم HUS و ارسال به آزمایشگاه های مرجع انستیتو پاستور و پژوهشکده بیماری های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تداوم جلسات برنامه ریزی استراتژیک کنترل بیماری تب مالت با رویکرد One Health

کنترل بیماری تب مالت یکی از اولویت های نظام سلامت است و سازمان های گوناگونی برای کنترل این بیماری پیچیده و مزمن عفونی نقش های مکمل دارند. هرچند که واکسیناسیون دامی مهمترین عملیات در کنترل بیماری در مخزن دامی می باشد، اما رویکرد جدید مرکز مدیریت بیماری های واگیر از دو سال قبل برای کنترل این بیماری و داشتن جامعه عاری از پیامدهای بالینی تب مالت، رویکردی هم افزایانه، همگرایانه، هماهنگ است که نقش **Co-coordinator** سازمان های مختلف در تدوین برنامه واحد ملی استراتژیک نیز به عهده این مرکز قرار دارد. در سیاستگذاری و مدیریت **One Health** برای اقدامات هماهنگ چندسازمانه نیاز به تشکیل کمیته های گوناگون ملی دارد که از سال پیش جلسات کارشناسی مرتبط تشکیل شده است و شهریور ماه نیز کمیته های حمل و نقل دام و محصولات دامی، بهداشت دام، آموزش با جدیت مراحل تدوین برنامه استراتژیک را طی کرده و سعی در رفع موانع موجود و ایجاد فرصت های جدید همکاری دارند.

توافق کشورها در ژنو در مورد MERS-CoV و رویکرد One Health

در

آخرین هفته ماه سپتامبر ۲۰۱۷ میلادی در شهر ژنو، در طی یک نشست فنی، مسؤولین بهداشت انسانی و دامپزشکی و کشاورزی از ۳۳ کشور در مورد خطر انتقال کوروناویروس MERS و گام های بعدی مبارزه با این ویروس توافقاتی انجام دادند. هرچند ۸۰٪ موارد شناسایی شده کوروناویروس MERS در عربستان سعودی بوده است اما تعدادی از کشورهای آفریقایی و آسیایی نیز، به دلیل داشتن شترهای یک کوهانه که مخزن مهم این ویروس است، در خطر ورود و گسترش این ویروس خطرناک قرار دارند. مسؤولین WHO و FAO اعلام نمودند که برای داشتن انسان سالم و حیوان سالم و حفظ سلامت جامعه و رسیدن به اهداف مشترک لازم است تا رویکرد One Health را برای تهدیدات زیستی با منشا حیوانی مد نظر قرار دهیم. بیماری کوروناویروس MERS همچنین می تواند منجر به طغیان های بزرگ بیمارستانی و مشکلات جدی شود و از سویی می تواند تهدید مهم سلامت برای مسافران و کشورهایی باشد که مسافران مبتلا به آنها مسافرت می نمایند همچنانکه دو سال قبل، تنها یک مسافر! طغیان بزرگی را در بیش از ۷۰ بیمارستان کره جنوبی رقم زد. در ۵ سال گذشته ۲۰۸۱ بیمار از ۲۷ کشور جهان موارد ابتلا قطعی به این ویروس را با کشندگی ۳۵٪ گزارش نموده اند.

H5N6 در ویتنام، H7N7 در کره جنوبی

در ۲۲ سپتامبر سال جاری، در یکی از مزارع پرورش طیور، در یکی از استان های مرکزی کشور ویتنام، استان Kon Tum به دنبال مرگ و میر طیور ویروس آنفلوانزا H5N6 شناسایی و گزارش شد. دقیقا سال گذشته نیز همین مرکز پرورش طیور گرفتار آنفلوانزا پرنده گان H5N6 شده بود. از اردیبهشت امسال تا کنون آنفلوانزا H5N6 در ویتنام گزارش نشده بود.

استان گیونگ سانگ در کره جنوبی نیز گزارش نمود که ارزیابی فضولات پرنده گان وحشی در شهرستان یئونگچئون از نظر ویروس آنفلوانزا H7N7 مثبت بوده است. منطقه به دنبال این نتیجه ی تست، قرنطینه شده است و جابجایی طیور به دستور قانون ممنوع اعلام شده است. آخرین گزارش H7N7 در کره جنوبی در آذر ماه سال گذشته بود که H7N2 و H7N7 در پرنده گان وحشی را شناسایی و گزارش نمودند.

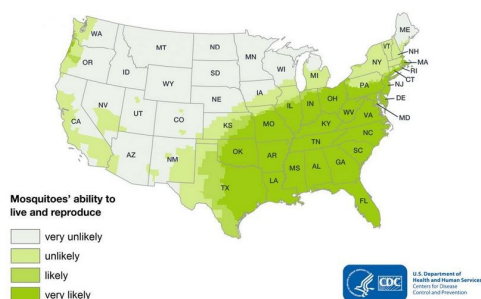
کمپین واکسیناسیون تب زرد در نیجریه

پس از ۲ هفته از شناسایی موارد تب زرد در استان کوارا در کشور نیجریه، تصمیم گرفته شده است تا کمپین واکسیناسیون تب زرد در شهر ایفلدون این استان برگزار شود. کوارا در شمال لاگوس، بزرگترین شهر نیجریه قرار دارد. شهر لاگوس به دلیل جمعیت زیاد و بسیار متراکمی که در خود جای داده است، نگران کننده ترین نقطه ی نیجریه از نظر بروز طغیان های تب زرد است. آخرین طغیان تب زرد این کشور بزرگترین طغیان در ده سال گذشته نیز بود که ۳۲۴۰ مورد مشکوک و ۴۳۵ فوت ناشی از تب زرد در آن گزارش شد.

مناطق مستعد انتشار بیماری

های منتقل از آئدس در آمریکا

مطالعه ای که اخیرا توسط تیم CDC آمریکا انجام پذیرفته است نشان می دهد که سه چهارم ایالات متحده آمریکا شرایط و محیط مناسب برای استقرار پشه های آئدس آلبوپیکتوس و اجیپتی را دارد. به دلیل اختلافات موجود در داده های مراقبت حشره شناسی آئدس در مطالعات قبلی تخمین کمتر از واقع محاسبه می شد. بر اساس این مطالعه ۷۱٪ ایالات متحده آمریکا برای آئدس اجیپتی مساعد است که شامل بخش های نختلفی از شرق آمریکا و نواحی جنوب غربی آن می باشد و ۷۵٪ برای آلبوپیکتوس که تا بخشی از نواحی شمال شرق نیز پیش می رود. در واقع ۶۹٪ مناطق برای هردود نوع پشه و جمعا ۷۷٪ مناطق برای حداقل یکی از این دوگونه مهاجم مساعد می باشند.



طغیان سرخک در ونزوئلا

تا پایان سال ۲۰۱۷، تعداد ۸۴ مورد مشکوک سرخک در ۱۰ شهر در ایالت Bolivar در ونزوئلا گزارش گردیده است. در مجموع ۳۴ مورد تایید شده آزمایشگاهی سرخک، ۴۲ مورد تحت بررسی و ۸ مورد رد تشخیص شده هستند. ۷۹ درصد از ۳۴ مورد تایید شده کمتر از ۹ سال سن دارند. نمونه های این موارد به مرکز ژنتیک سازمان جهانی بهداشت ارسال شد و با تشدید مراقبت اپیدمیولوژیک و ردیابی تماسها سعی نمودند تا منشا ویروس سرخک مشخص شود. انجام واکسیناسیون جمعی با واکسن سرخک، سرخچه و اوریون (MMR) در کودکان غیر واکسینه ۶ ماه تا ۱۰ سال و واکسیناسیون انتخابی ۱۱ بر اساس گروه سنی جمعیت تاثیر پذیر، تشدید واکسیناسیون در ۶ ایالت مجاور ایالت Bolivar جهت رسیدن به پوشش مناسب، تهیه ۳/۱ میلیون دوز واکسن MMR برای فعالیتهای معمول واکسیناسیون، آموزش پرسنل بهداشتی در بررسی و جستجوی فعال موارد. **سرخک یک بیماری ویروسی با سرایت پذیری بسیار برای سرخک** درمان ضدویروس خاصی وجود ندارد و بیشتر مردم طی ۲ تا ۳ هفته بهبود می یابند.

در کشورهای با پوشش

واکسیناسیون پایین هر ۲

تا ۳ سال اپیدمی رخ

Measles

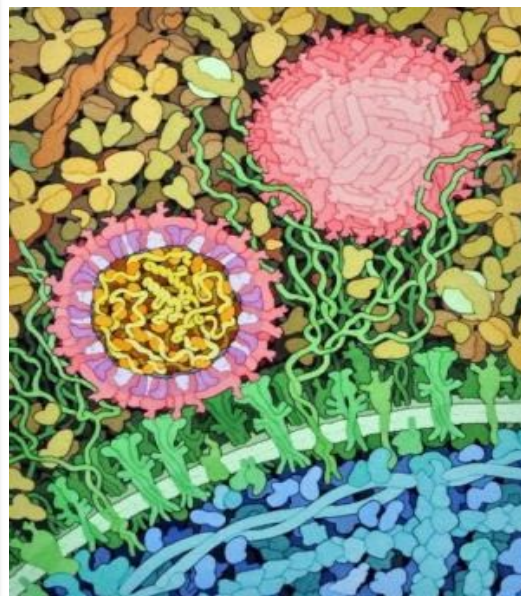
میدهد و برحسب تعداد، ازدحام و وضعیت ایمنی جمعیت فرق میکند. طغیان ها در خانواده های پر جمعیت که تعداد تماسهای خانگی بیشتری دارند طولانی تر هستند.

با ورود یک مورد بیمار وارده در مناطقی که پوشش واکسیناسیون پایین یا نامناسب است انتقال سرخک می تواند ادامه یابد. در ونزوئلا آخرین موارد سرخک تایید شده آزمایشگاهی در سال ۲۰۱۲ گزارش شد. در طی شش سال گذشته پوشش واکسیناسیون برای نوبت اول و دوم در برنامه روتین واکسیناسیون بر اساس برآورد WHO و Unicef به ترتیب ۸۵ تا ۹۲ درصد و ۲۶ تا ۵۳ درصد بوده است. پوشش واکسن پایین در سطح محلی و منطقه ای باعث انتشار محلی و پایداری آن در ایالت شده است. جائیکه افراد مستعد به ابتلا بسیار زیاد باشند و وقوع بیماری همزمان با دیگر عفونت ها مانند دیفتری و مالاریا همراه شود وضعیت پیچیده تر می شود.

توجه به این نکته بسیار مهم است که حتی در کشورها و مناطقی که ویروس بومی حذف گردیده است در صورت غفلت از داشتن پوشش های بالاتر از ۹۵ درصد و مراقبت نامناسب موارد تب و بثورات و پایش شاخص های مربوطه، احتمال ورود بیماری و انتشار آن بسیار زیاد است.

جهش ژنتیکی ویروس Zika

مطالعه ای که اخیراً منتشر شده نشان می دهد یک جهش ژنتیکی منفرد در سال ۲۰۱۳ در ویروس زیکا رخ داده است که می تواند منجر به عفونتهای تر شدن این ویروس و عوارض عصبی مانند میکروسفالی و گیلن باره شده باشد.



محققان چینی در این بررسی ویروس های زیکا عامل طغیان بزرگ سال های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ آمریکای جنوبی را با ویروس Zika قدیمی تر کامبوجی متعلق به سال ۲۰۱۰ را با هم مقایسه نموده اند و مشاهده کردند که تغییری به نام S139N در موقعیت ۱۳۹ پروتئین ساختاری پوشش ویروس و جایگزینی سرین با گلوتامات رخ داده است و ویروس را نسبت به بافت عصبی آسیب زننده تر نموده است.

این محققان در طی تحقیق خود، مدل موشی را در روز ۱۳ بارداری که معادل سه ماهه دوم بارداری انسان می باشد، با ویروس های نوع ۲۰۱۰ و ۲۰۱۵ زیکا آلوده نمودند و در روز ۱۸ مشاهده کردند که شواهد میکروسفالی شدید و نازک شدن کورتکس مغز در موش های آلوده به نوع ۲۰۱۵ ویروس Zika رخ داده است.

استرالیا گرفتار نوع جدید ویروس آنفلوانزا نوع A سروتیپ H3N2

در آخرین روزهای ماه سپتامبر، در استرالیا که روزهای پایانی فصل آنفلوانزا نیمکره جنوبی را می گذرانند برخلاف بسیاری از کشورهای نیمکره جنوبی همچنان موارد ابتلا در جامعه به میزان قابل توجهی گزارش می شود و ویروس آنفلوانزای A تیپ H3N2 (نوع جدید با مرگ و میر بالاتر) و ویروس آنفلوانزا B انواع غالب در پایان فصل هستند. در آفریقای جنوبی نیز که شدت بیماری در جامعه متوسط شده است همچنان بیماران مبتلا ثبت می شوند و نوع B بر نوع H3N2 غلبه یافته و شایعتر گزارش می شود. این سوی کره زمین در جنوب آسیا بیماری آنفلوانزا با شدت بالا با نوع H1N1 گزارش گردیده و اگرچه در کشورهایی مانند نپال رو به کاهش است اما در برخی کشورها مانند بوتان روند افزایشی دارد. در کشورهای جنوب شرق آسیا مانند تایلند، میانمار، کامبوج و لائوس شدت بالای فعالیت ویروس در جامعه گزارش می شود و هر ۳ نوع ویروس گزارش شده اند. در جنوب چین نوع H3N2 بطور شایعتر گزارش می گردد. در برخی کشورهای غرب آسیا در عمان و قطر موارد ابتلا به آنفلوانزا به تدریج افزایش داشته است و هر دو نوع ویروس نوع A بطور همزمان در گردش هستند (H1N1 و H3N2).

مورد جدید فلج اطفال در پاکستان

چهارمین مورد فلج اطفال ناشی از ویروس نوع ۱ فلج اطفال در پاکستان در شهریور ماه امسال گزارش گردید. این کودک از ماه مرداد دچار علائم شده بود. پاکستان در کنار افغانستان و نیجریه تنها کشورهایی هستند که هنوز ویروس فلج اطفال نوع یک را به صورت بومی دارند. جهت واکسیناسیون ۱۰ میلیون کودکی که هنوز واکسینه نشده اند کمپین های مختلف کوچکی در تیرماه امسال برگزار شده است.

تجربه ی جالب طغیان عفونت آسینتوباکتر بسیار مقاوم (XDR) در NICU بیمارستانی در ترکیه

طغیان باکتری ناشی از آسینتوباکتر بومانی XDR که در سال ۲۰۱۴ در بیمارستان Erciyes در بخش NICU رخ داده بود، بر اساس یک مطالعه در تحلیل چندمتغیره ناشی از کاتترگذاری بندناف بود و مقایسه ژنتیکی با انواع موجود در بخش بالغین نشان داد که طغیان NICU ارتباطی با بخش بالغین نداشته و تماما از یک سوش واحد در گردش بوده است که احتمالا توسط یک نوزاد از بخش بستری سرپایی نوزادان وارد NICU شده است. بعد از دو سال تشدید کنترل عفونت سرانجام در سال ۲۰۱۶ این طغیان کنترل شد.

کمپین واکسیناسیون و اعلام پایان طغیان تب زرد برزیل

در اواسط شهریور ماه وزارت بهداشت برزیل اعلام نمود که طغیان بزرگ تب زرد در برزیل که از آذرماه سال قبل آغاز شده بود با ۷۷۷ مورد قطعی و ۲۶۱ مرگ ناشی از این ویروس منتقله از پشه آندس پایان یافته است. از تیرماه ۱۳۹۶ تا زمان اعلام پایان طغیان مورد جدید دیگری در آن کشور گزارش نشده است. بنا به اطلاعات وزارت بهداشت برزیل ۲۲۷۰ مورد مشکوک بررسی و رد تشخیص شدند تا نهایتا ۷۷۷ مورد تشخیص قطعی داده شده و ۲۱۳ مورد همچنان تحت بررسی های بیشتر هستند. میزان کشندگی موارد قطعی ۳۴٪ محاسبه شد. بیش از ۹۸٪ از موارد قطعی در جنوب شرقی برزیل در استان های ریو د ژانیرو، سائوپائولو، اسپیریتو سانتو، باهیا و به خصوص میناس گرایس گزارش شده اند. از زمان شروع طغیان تا کنون کمپین های ایمنسازی متعددی جهت واکسیناسیون برگزار شده است و حدود ۳۷ میلیون نفر را در این استان ها واکسینه نموده اند.

عدم واکسیناسیون و تداوم طغیان وبا در یمن

موارد ابتلا به وبا در یمن در طغیان اخیر از مرز ۷۰۰ هزار نفر نیز گذشت و بیش از ۲ هزار نفر که بخش قابل توجهی از آن کودکان هستند در اثر وبا جان خود را از دست داده اند. پس از دوره کوتاه کاهش ابتلا در تابستان مجددا در هفته های اخیر موارد ابتلا در یمن افزایش داشته است و در اولین هفته مهر ماه ۴۰ هزار نفر دیگر به وبا مبتلا شده اند. از تیرماه تاکنون هنوز کمپین واکسیناسیون وبا در یمن انجام نشده است.

۲ تغییر جدید در واکسن فصلی آنفلوانزا برای فصل بعدی در نیمکره جنوبی

در آخرین نشست کارشناسی سازمان جهانی بهداشت که در پایان ماه سپتامبر در ملبورن استرالیا برگزار شد به بررسی ویروس های پیشنهادی برای تهیه واکسن ۳ ظرفیتی آنفلوانزای نیمکره جنوبی پرداخته شد. در این نشست دو تغییر جدید مورد تصویب قرار گرفت و نوع A زیرگونه H3N2 و ویروس نوع B جدید معرفی شدند. ویروس H3N2 جدید از نوع ۲۰۱۶-سنگاپور (A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016-like) جایگزین ویروس واکسن سال قبل خواهد شد و ویروس نوع B دسته یاماگاتا (B, a Phuket/3073/2013-like virus) که سال قبل کاندید دوم برای استفاده در واکسن ۳ ظرفیتی بود امسال به عنوان ویروس شایعتر انتخاب شد و جایگزین ویروس B ویکتوریا (استفاده شده در آخرین واکسن موجود) گردید. برای واکسن های ۴ ظرفیتی نیز ویروس دوم B ویکتوریا (Brisbane/60/2008-like virus) همچنان به جای خود باقی ماند. واکسنی که امسال در نیمکره شمالی و کشور ما مصرف خواهد شد همچنان نوع B ویکتوریا قبلی و ویروس A سروتیپ H3N2 قبلی خواهد بود. نوع جدید H3N2 همچنان در نیمکره جنوبی غالب است و در استرالیا که موارد بیماری را کماکان گزارش می نماید باعث مرگ و میر در سالمندان و تاحد قابل توجهی در بالغین جوان شده است.

۶ میلیون دلار برای واکسن ۳ ظرفیتی ابولا

انستیتو ملی سلامت آمریکا (National Institutes of Health) به محققان دانشگاه هاوایی، دانشگاه تگزاس، و ۳ کمپانی بیوتکنولوژی به خاطر ساخت واکسن ۳ ظرفیتی heat-stable ابولا که توانایی حمل به مناطقی که دسترسی دشوار دارند (بدون نیاز به یخچال و زنجیره سرما) ۶ میلیون و سیصد هزار دلار جایزه داده است. این واکسن ۵ تا ۱۰ سال دیگر در بازار واکسن قرار خواهد گرفت.

۸ میلیون دلار برای Rapid test سیاه زخم

سیاه زخم که یکی از مهمترین عوامل زیستی تهدید کننده سلامت و در گروه سلاح های میکروبی قرار دارد همواره مورد توجه کارشناسان بین المللی بهداشت بوده است و برای تایید تشخیص در شبکه آزمایشگاهی کشورها نیاز به امکانات و تجهیزاتی دارد که گاهی کار تشخیص را ممکن است به تاخیر بیندازد و از طرفی در همه گیری های تعمده ای این بیماری که می تواند به سرعت کشنده باشد ضروری است که تست تشخیصی rapid test وجود داشته باشد. برای تحقیق روی ساخت تست سریع سیاه زخم که قادر باشد بیماری را در عرض ۱۵ دقیقه بر بالین بیمار تشخیص دهد مبلغ ۸ میلیون دلار سرمایه گذاری توسط Biomedical Advanced Research and Development Authority (BADRA) انجام شده است. این تست می تواند در غربالگری اولیه بیماران در یک بحران سیاه زخم به کادر درمان کمک کند.

تلاش بی سرانجام در آمریکا برای حذف بیماری های منتقله از راه جنسی

هرچند بعد از ۱۹۴۰ سیفیلیس در آمریکا روبه کاهش رفته بود و به مرحله حذف نزدیک شده بود و سوزاک بسیار کاهش یافته بود، اما روند افزایش سال های اخیر در بیماری های جنسی باعث شد تا بر اساس آخرین گزارش رسمی CDC آمریکا میزان بیماری های جنسی به بیشترین حد خود تا کنون رسیده و حدود دو میلیون بیماری عفونی جنسی در سال گذشته (یک میلیون و ششصد هزار عفونت کلامیدیایی، ۴۷۰ هزار مورد سوزاک و ۲۸ هزار سیفیلیس اولیه و ثانویه) گزارش شده است.

۱۲ میلیون دلار برای برنامه مراقبت جدید آمریکا

پروژه جدیدی که با همکاری (USAMRIID) مرکز تحقیقات بیماری های عفونی ارتش آمریکا و دانشگاه جرج ماسون و تیم های تحقیقاتی Tasso و علوم نانو Ceres، در نظر دارد ابزاری تهیه کنند که بتواند با گرفتن نمونه خون در هر نقطه (مجهز یا دور از دسترس) از بیماران و تحلیل مارکرهای خونی و عوامل باکتریایی و ویروسی مهم بهداشتی داده های مراقبتی ارزشمندی را به صورت شبکه اطلاعاتی تهیه کند. این پروژه حدود ۱۲ میلیون دلار هزینه خواهد داشت.

جهش در تعداد مبتلایان چیکن گونیا آمریکای جنوبی (PAHO گزارش)

در آخرین گزارش هفتگی خود در پایان ماه سپتامبر سازمان جهانی بهداشت در منطقه آمریکا (PAHO) اعلام کرد که با افزایش ناگهانی موارد بیماری ویروسی چیکن گونیا در آمریکای جنوبی و به خصوص در برزیل روبرو شده است بطوریکه ۳۷۰۰۰ مورد جدید در هفته سوم سپتامبر گزارش شده است. با اضافه شدن این تعداد در آخرین گزارش ماه سپتامبر تعداد کل مبتلایان در سال ۲۰۱۷ میلادی در منطقه آمریکا به حدود ۱۸۳ هزار نفر رسید. گزارش ۳۷۰۰۰ نفری هفته سوم سپتامبر در حالی بود که در دو هفته قبل از آن تنها ۱۴۳ و ۶۱۷ مورد گزارش شده بود و این جهش بزرگ عموماً در برزیل رخ داده است (موارد برزیل جمعاً ۱۷۲ هزار مورد در سال ۲۰۱۷ بوده است). در کاستاریکا، کلمبیا، پرو، ونزوئلا و السالوادور افزایش خفیف تری مشاهده شده است. از سال ۲۰۱۳ که اولین موارد بومی چیکن گونیا در منطقه آمریکا در جرائر کارائیب شناسایی شد تا ماه سپتامبر ۲۰۱۷ تعداد موارد گزارش شده چیکن گونیا در منطقه آمریکا حدود ۲ میلیون و پانصد و هفتاد هزار نفر شده است.

انتقال کوروناویروس MERS از کادر درمان عربستان

در مطالعه ای که اخیراً بر روی یک طغیان بیمارستانی کوروناویروس MERS در عربستان انجام شده است اطلاعات مفیدی در مورد سهم کادر درمانی در انتقال ویروس به بیماران و سایر کادر شاغل به دست آمده است. پس از مثبت شدن آزمایشات سواب حلقی یک پرستار از نظر کوروناویروس MERS در یکی از بیمارستان های کشور عربستان سعودی، از تمام تماس یافتگان وی و بیمارانی که آن پرستار در طی ۱۴ روز بعد از مثبت شدن نمونه ویزیت نموده بود، در روزهای ۲ و ۵ و ۱۴ نمونه گیری نمودند و نتیجه ی بررسی ها نشان داد که حداقل ۵ درصد از تماس یافتگان وی از نظر عفونت کوروناویروسی MERS مثبت شدند.

از آنجا که گاهی مانند آنچه در کره جنوبی رخ داد، تنها یک مسافر می تواند آغازگر طغیان های زنجیره ای MERS در ده ها بیمارستان گردد و این موضوع به اهمیت برنامه کنترل عفونت در بیمارستان ها اشاره می نماید.

طغیان چیکن گونیا در ایتالیا

بر اساس گزارش ۱۵ سپتامبر سازمان جهانی بهداشت ۱۴ مورد قطعی بیماری چیکن گونیا در کشور ایتالیا رخ داده است که انتقال بیماری از پشه آئدس به انسان به صورت محلی عامل بروز آن بوده است. این موارد در حال حاضر در شهر رم و منطقه لاتزیو در بخش های ساحلی بوده است. هرچند این بیماری بیشتر در آفریقا، آسیا و منطقه آمریکا رخ می دهد اما در اروپا برای اولین بار در سال ۲۰۰۷ میلادی در منطقه امیلیا واقع در کشور ایتالیا در بین کارگران هندی شناسایی شد که گسترش پیدا نموده و منجر به ابتلا ۲۱۷ نفر گردید. پشه ناقل بیمار در آن طغیان آئدس آلبوپیکتوس گزارش شد.

بحران بهداشتی در کمین فجایع روهینگیا

گزارش تیم پزشکان بدون مرز از این پناهگاه که یکی از بزرگترین اردوگاه های موقت در دنیا محسوب می شود نشان از آن دارد که نبود ملزومات ابتدایی بهداشت برای شستشوی دست، جاری بودن آب های آلوده و مدفوع انسانی در محل تردد و سکونت پناهندگان، و نبود آب آشامیدنی سالم (آب مورد نیاز را از شالیزارها و چاله های آب راکد تهیه می نمایند) شرایط را برای طغیان بسیار بزرگ محتمل وبا، و بیماری های منتقل از آب و غذا فراهم نموده است.

در دو هفته اول ماه سپتامبر تیم پزشکان بدون مرز ۱۰ هزار مورد سرپایی، ۳۵۰۰ مورد اورژانسی، ۵۰۰ نفر بستری و ۲۳ خشونت جنسی را در بین بیماران و ساکنین اردوگاه موقتی شناسایی و گزارش نموده اند.