



اخبار مراقبت

امرداد

۱۳۹۶ - سال هجدهم - شماره ۱۲۸

همچنان که از کشور عربستان سعودی هر هفته موارد مثبت ابتلا گزارش می گردد طغیان های کوچک و بزرگ ناشی از این ویروس نیز از شهرهای مختلف آن کشور اعلام می شود همچنانکه در طی یک ماه پیش از مراسم حج تمتع امسال نیز طغیان مهمی نیز در منطقه دومه الجندل در شمال غرب عربستان در جریان بوده است که مسئولان بهداشتی عربستان سعودی دقیقاً قبل از شروع مراسم حج آنرا گزارش نمودند. هرچند کوروناویروس MERS عمدتاً تمایل به ایجاد طغیان های بیمارستانی دارد اما طغیان دومه الجندل اساساً یک طغیان غیربیمارستانی در جامعه و با انتقال فرد به فرد بوده است.

از طرفی در امارات متحده عربی نیز (شهر العین) یک مورد مثبت کوروناویروس MERS گزارش گردید که به دلیل ابتلا به عفونت شدید تنفسی (SARI) در آی سی یو بستری بود. با یک تاخیر زمانی غیرقابل قبول، پس از عدم پاسخ به درمان های اولیه آنتی بیوتیکی و شدت یافتن بیماری، نمونه ترشحات وی از جهت ویروس MERS-CoV بررسی گردید و نتیجه ی مثبت آن سرانجام چند روز قبل از مراسم حج تمتع اعلام شد.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در ۵ سال گذشته ۲۰۶۷ نفر به این بیماری مبتلا شده اند و ۷۲۰ نفر جان خود را از دست داده اند.

معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با توجه به نزدیک شدن فصل سرما و گزارش موارد آنفلوانزا در عربستان، آمادگی لازم جهت اقدامات پیشگیرانه و درمانی مبتلایان به بیماری های تنفسی را در اولویت فعالیت های خود در این برهه از زمان قرار داده است.

گزارش تاخیری موارد مثبت ابتلا به کوروناویروس MERS در عربستان و امارات متحده عربی قبل از شروع مراسم حج



در این شماره می خوانید:

۲ هشتمین کنفرانس بین المللی بیماری های
ریوی و بیست و پنجمین کنفرانس سراسری سل

۲-۴ اخبار مراقبت دانشگاه ها

۵ بار بیماری سیاه سرفه و چالش های پیش رو

۶ مصادره ویال های واکسن ویروس آبله

۷ نگرانی ها در مورد هپاتیت E در اروپا

۷ توصیه جدید در مورد واکسیناسیون
هپاتیت B

۸ چالش های پیش روی برنامه حذف جذام
در جهان و درمان بیماران

۹ بهبود وضعیت بهداشتی محیط و کنترل
پشه آندس

اهمیت آموزش پزشکان و امنیت سلامت

یکی از موضوعات با اهمیت بالا در شناسایی به هنگام بیماری های عفونی با قابلیت گسترش در جامعه و ایجاد همه گیری، آگاهی داشتن کادر بهداشتی و درمانی ارائه دهنده خدمات به بیماران است. آگاهی پزشکان به عنوان افراد گزارش دهنده بیماری های با اهمیت بهداشتی از عملکرد نظام مراقبت کشور و بازآموزی های مکرر قبل از بروز رخداد های بهداشتی مهم مانند فرارسیدن فصل سرما و آنفلوانزا یا بازگشت حجاج و احتمال ابتلا به کوروناویروس MERS یک اقدام پیش دستانه تلقی می شود و در کاهش ابعاد همه گیری های احتمالی اهمیت به سزا دارد.

نشست کارشناسان مسئول آزمایشگاه دانشگاه های علوم پزشکی کشور

نشست هم اندیشی کارشناسان مسئول آزمایشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور ، به منظور ایجاد پیوند میان مرکز مدیریت بیماری های واگیر با کارشناسان آزمایشگاه سراسر کشور در دانشگاه علوم پزشکی گیلان برگزار شد. در این نشست ۷۰ نفر از کارشناسان آزمایشگاهی کشور، مدیر کل محترم آزمایشگاه مرجع سلامت، رییس محترم اداره مبارزه با مالاریا حضور داشتند و در خصوص همکاری های فی مابین بحث و تبادل نظر گردید.

تبیین چهارمین برنامه استراتژیک کنترل همه گیری HIV / ایدز

در کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی مرداد ماه استان مرکزی چهارمین برنامه استراتژیک کنترل همه گیری HIV / ایدز تبیین گردید. در این جلسه **اهداف جهانی ۹۰ - ۹۰ - ۹۰** تا سال ۲۰۲۰ و تعهدات ملی مرتبط با آن، چالش ها و مشکلات در راه دستیابی به این اهداف بیان شد. همچنین اهداف و استراتژی های برنامه استراتژیک و ساختار اجرایی و وظایف کمیته های SIP استانی (کمیته استانی نظارت بر اجرای برنامه) تشریح شد و در پایان خلاصه ای از عملکرد دانشگاه علوم پزشکی اراک در خصوص دستیابی به اهداف برنامه ارائه گردید.

طرح ضربتی غربالگری و بیماریابی سل

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ابرانشهر به منظور کشف بیماران مسلول اقدام به طرح ضربتی غربالگری بیماریابی سل در سال ۱۳۹۶ به مدت ۱۷ روز در سطوح شهرستانهای زیر مجموعه به صورت خانه به خانه نمود. در این طرح ۶۳۳۰۷۸ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند که ۱۵۷۶ نفر سرفه بیش از ۲ هفته داشتند که طی بررسی انجام شده ۱۱ مورد بیمار اسمیر مثبت کشف گردید.



برگزاری سومین کارگاه بازآموزی میکروسکوپی مالاریا در سال ۱۳۹۵

کارگاه مراقبت و تشخیص آزمایشگاهی بیماری مالاریا ، به منظور ارتقا سطح آگاهی پرسنل شاغل در آزمایشگاه های استان و مراکز بهداشت شهرستان های تابعه دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استانهای کشور ، در تاریخ ۱۳۹۶/۰۶/۰۴ الی ۱۳۹۶/۰۸/۰۸ در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران توسط جناب آقای دکتر ناطق پور برگزار شد. در این کارگاه که ۲۰ نفر از میکروسکوپیست ها و کاردان ها و کارشناسان علوم آزمایشگاهی بهداشتی شهرستان های کشور حضور داشتند ، آموزش های صحیح نحوه تهیه گسترش لام خون محیطی ، انتقال صحیح لام ها از سطوح محیطی به آزمایشگاه ، چگونگی بیماریابی و مراقبت ، فرایند انجام آزمایشات و فراهم نمودن مواد مصرفی مطابق دستورالعمل های کشوری آزمایشگاه مرجع سلامت و مرکز مدیریت بیماریهای واگیر کشور آموزش داده شد.

هشتمین کنگره بین المللی بیماری های ریوی و بیست و پنجمین کنگره سراسری سل کشور

هشتمین کنگره بین المللی "بیماری های ریوی و مراقبت های ویژه سل" همزمان با بیست و پنجمین کنگره سراسری سل کشوری با همکاری مراکز آموزشی ، پژوهشی و درمانی دکتر مسیح دانشوری و انجمن ریه کشور و مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در تاریخ ۲۰ لغایت ۲۳ مهرماه سال جاری در سالن بین المللی ابوریحان دانشگاه شهید بهشتی تهران برگزار خواهد شد. مهلت ارسال مقالات برای این کنگره که دارای ۲۰ امتیاز است تا نیمه شهریور ماه سال جاری ادامه داشت.

کارگاه آموزشی زنجیره سرما

همکاران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان در دو نوبت با برگزاری کارگاه آموزشی زنجیره سرما و با شرکت ۳۸ نفر از کارشناسان ایمنسازی و زنجیره سرما از ۱۶ شهرستان تابعه دانشگاه در محل مرکز بهداشت استان، برنامه های ابلاغ شده در کارگاه کشوری زنجان را به مدعوین منعکس نموده و بر ضرورت تکمیل نرم افزار جدید در مهلت مقرر تاکید نمودند. در این کارگاه دستگاه ثبات ۳۰ روزه دمای یخچال های زنجیره سرما معرفی شدند. در این کارگاه بر دقت و پایش مستمر زنجیره سرما تاکید گردید.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

چهارمحال و بختیاری

آموزش سربازان در زمینه اچ آی وی



برای به صفر رساندن موارد جدید ابتلای به اچ آی وی و مرگ ناشی از این بیماری، آموزش جهت پیشگیری در گروه های هدف از جمله مهم ترین و به صرفه ترین مداخلات بهداشتی است.

در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به همین منظور و جهت نیل به سیاست های کلان بهداشت، تشکیل گروه های همسان و آموزش به جوانان در دستور کار قرار گرفت. در همین راستا توسط مرکز بهداشت شهرکرد، در جلسه ای آموزشی، ۸۰ نفر از سربازان سپاه قمر بنی هاشم علیه السلام تحت آموزش قرار گرفتند.

همچنین به منظور آموزش گروه های با دسترسی سخت ۴۵ نفر از داوطلبان دختر تحت پوشش جمعیت هلال احمر شهرستان، تحت آموزش قرار گرفتند. در این جلسات گروه هدف در خصوص راه های انتقال اچ آی وی، پیشگیری و اصلاح باورهای نادرست آموزش دیدند و در پایان به پرسش های شرکت کنندگان پاسخ داده شد. این برنامه با استقبال شرکت کنندگان همراه بود.

همایش بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

همایش با موضوعات بیماری های قابل انتقال از حیوان به انسان و مراقبت بیماری در حج ۱۳۹۶ در تاریخ ۱۸ مرداد امسال با حضور ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند و مدعوین محترم از جمله معاونین آموزشی، بهداشتی و مدیر بیماری ها، پزشکان، دامپزشکان، کارشناسان، مسئولین نهادهای و ادارات استان در سالن اجتماعات شهید رحیمی برگزار گردید. در خصوص مراقبت بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان با محوریت تب خونریزی دهنده کریمه کنگو، لیشرمانیوزیس و ... آموزش لازم ارائه گردید.

افزایش هماهنگی ها در مراقبت بیماری های واگیر در سفر حج امسال

با عنایت به برگزاری مراسم حج تمتع در سال جاری و لزوم ایجاد هماهنگی در اقدامات اجرایی و استفاده از درس آموخته های قبلی کارگاه آموزشی توجیهی از صبح روز اول مرداد ۱۳۹۶ در محل انستیتو پاستور کرج تا ساعت ۱۶ برگزار گردید.

در این برنامه آموزشی و اجرایی کارشناس مراقبت بهداشتی مرزی دانشگاه و مسئول پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی هوایی (از دانشگاه های دارای فرودگاه بین المللی و دارای پرواز حج) در این جلسه حضور بهم رساندند و درس آموخته های مراقبت بیماری در سفرهای حج سال های گذشته مرور گردید و پرسش های حاضرین توسط کارشناسان کشوری و رییس محترم اداره مراقبت پاسخ داده شد و تبادل نظر انجام گردید.



کنفرانس علمی "پیشگیری و کنترل بیماری های منتقله از آب و غذا"

روز ۳۰ ماه امرداد کنفرانس علمی بیماری های منتقله از آب و غذا در سالن اجتماعات حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک با همکاری دفتر آموزش مداوم دانشگاه با حضور پزشکان متخصص عفونی، داخلی، اطفال و پزشکان عمومی بخش خصوصی و دولتی مراکز بهداشتی درمانی و همچنین پرستاران و کارشناسان علوم آزمایشگاه و نیز کارشناسان واحدهای مبارزه با بیماریها، سلامت محیط و کار، و آموزش بهداشت مراکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشت استان برگزار گردید و معاون محترم بهداشتی دانشگاه در خصوص اهمیت بیماریهای منتقله از آب و غذا با محوریت پیشگیری از بیماری وبا برای حاضرین سخنرانی نمودند.

مدیر محترم گروه واحد مبارزه با بیماری های واگیر معاونت بهداشتی وضعیت بیماری های منتقله از آب و غذا در جهان، ایران و استان مرکزی را برای حضار تشریح نمودند در طول برگزاری برنامه دکتر علی اصغر فرازی، دکتر نادر زرین فر و دکتر معصومه صوفیان متخصصین محترم عفونی و اعضا هیئت علمی دانشگاه، مباحث تشخیص و درمان بیماری وبا، تشخیص و درمان هپاتیت A، E و بوتولیسم و سایر بیماری های منتقله از آب و غذا و ... را ارائه نمودند.

خدمات تشخیص، درمان و پیگیری مبتلایان به هپاتیت C در مراکز درمان نگهدارنده مواد و مراکز زنان آسیب پذیر

هدف غایی برای هپاتیت، حذف هپاتیت های ویروسی به عنوان یک تهدید بزرگ سلامت عمومی تا سال ۲۰۳۰ می باشد. بر اساس اهداف کمی که به صورت جهانی وضع شده اند، کشورها در صورت تعیین اهداف زمان بندی شده برای سال های ۲۰۲۰ و ۲۰۳۰ قادر به انجام این مهم خواهند بود.

با مقایسه ارقام به دست آمده در دیده وری هپاتیت های ویروسی در معتادان تزریقی و زنان خیابانی در سه فاز متوالی توسط مرکز مدیریت بیماری های واگیر و سایر مطالعات انجام گرفته در این گروه، با سایر مطالعات با برآورد شیوع کمتر از یک دهم درصد هپاتیت C در جامعه عمومی، شیوع این بیماری در معتادان تزریقی نه تنها بالاتر از جامعه عمومی می باشد بلکه حداقل بیش از سه برابر شیوع HIV (۱۳٪) در این گروه پرخطر می باشد همچنین در مقایسه میزان شیوع هپاتیت B و C در زنان خیابانی با جمعیت عمومی و مطالعه کشوری شیوع این دو بیماری در زنان باردار می توان نتیجه گرفت که شیوع هپاتیت B در زنان خیابانی از الگوی بیماری در جمعیت عمومی تبعیت کرده و در حال کاهش هست. شیوع هپاتیت C در زنان خیابانی تقریباً ۵۰ برابر در مقایسه با زنان باردار در کشورمان هست.

با تاکید سازمان جهانی بهداشت مبنی بر انجام مداخلات درمانی و غربالگری بیماران هپاتیت C به صورت متمرکز در گروه های پر خطر مانند معتادان و زنان خیابانی و با توجه به در دسترس بودن و تولید داخلی داروهای کاملاً موثر بر درمان قطعی ۱۲ هفته ای هپاتیت C مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت با همکاری پژوهشکده گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران، شبکه هپاتیت ایران اقدام به تشکیل کمیته ای با حضور اساتید و نمایندگان مراکز مذکور جهت برنامه ریزی و انجام پیلوت درمان هپاتیت C در معتادان و زنان خیابانی در مراکز درمان نگهدارنده مواد و مراکز زنان آسیب پذیر نمودند. پس از تشکیل جلسات کارشناسی نظر به انجام پیلوت طراحی تشخیص، درمان و پی گیری مبتلایان به هپاتیت C در معتادان در فاز اول بر دو مرکز MMT در تهران و انجام پیلوت مذکور در یک انجمن بزرگ ترک اعتیاد (NA) متمرکز گردیده است.

کارگاه مقاومت میکروبی و بیماری های منتقله از آب و غذا (ارومیه)

با هدف به روز رسانی آگاهی کارشناسان دانشگاه و کارکنان کادر درمان بیمارستان ها در ارتباط با بیماری های منتقله از آب و غذا، مقاومت میکروبی (AMR) و بهبود ثبت موارد عفونت های بیمارستانی در سامانه جدید مراقبت مقاومت میکروبی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه، کارگاه بیماری های منتقله توسط آب و غذا و مراقبت عفونت های بیمارستانی با گروه هدف کارشناسان و پرستاران مرتبط با برنامه در دانشگاه، مراکز بهداشت شهرستان و بیمارستان های تحت پوشش، از تاریخ ۲۱ لغایت ۲۳ امرداد ۱۳۹۶ برگزار گردید.

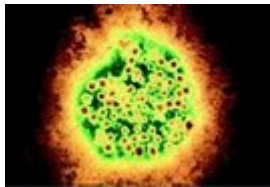
طغیان هیپاتیت A در پرتغال

تعداد موارد قطعی ابتلا به هیپاتیت A در طغیان اخیر این بیماری در کشور پرتغال افزایش یافته است و در عرض یک ماه از ۸۰ نفر به ۴۰۲ نفر رسیده است. اغلب این بیماران در شهرهای لیسبون و تاگوس والی بوده اند.

این طغیان از اوایل سال ۲۰۱۷ شروع شده و بیشتر مبتلایان مذکر بوده اند (۸۸٪) و شایعترین راه انتقال نیز از طریق تماس جنسی بوده است. از ماه های فروردین و اردیبهشت تا کنون واکسیناسیون Pre-exposure آغاز شده است و حدود ۳۰۰۰ نفر گروه پرخطر تحت پوشش برنامه واکسیناسیون هدفمند آورده شده اند.

هرچند راه عمده انتقال این بیماری از طریق fecal-oral می باشد اما انتقال فرد به فرد بیماری شامل تماس جنسی نیز از راه های انتقال محسوب می شود. ویروس در حالت خشک یک هفته و در محیط مایع و درون آب تا ۱۰ ماه امکان زنده ماندن دارد.

کمترین میزان شیوع هیپاتیت A در برخی



کشورهای پردرآمد مانند کانادا، استرالیا، نیوزلند، ژاپن، اروپای غربی، سنگاپور و کره جنوبی می باشد و بیشترین شیوع آن در آفریقا و برخی مناطق در جنوب آسیا می باشد.

بار بیماری سیاه سرفه و چالش های پیش رو

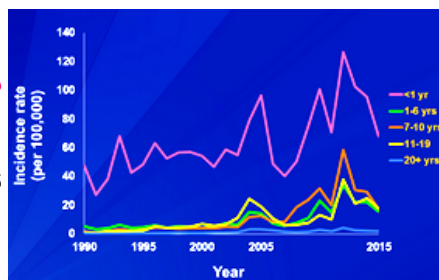
در بین بیماری های قابل پیشگیری با واکسن سیاه سرفه ویژگی و جایگاهی خاص و منحصر به فرد دارد چراکه نه واکسیناسیون و نه ابتلا به عفونت، هیچکدام ایمنی طولانی مدت یا مادام العمر ایجاد نمی کند هرچند واکسیناسیون نقش بسیار مهمی در ارتقا سلامت جامعه داشته است زیرا شیرخواران کم سن آسیب پذیرترین قشر در برابر این بیماری هستند و بیشترین موارد عوارض شدید بیماری یا فوت در این گروه سنی مشاهده شده است.

راه طولانی برای دستیابی به نتایج قابل افتخار کاهش مرگ و میر و عوارض شدید این بیماری در شیرخواران (جلوگیری از مرگ صدها هزار کودک قبل از ۵ سالگی) در جهان طی شده است. اخیرا مطالعه ای تخمین زده است که در سال ۲۰۱۴ حدود ۲۴ میلیون مورد ابتلا به سیاه سرفه در جهان رخ داده است و ۱۶۰ هزار کودک قبل از ۵ سالگی در اثر آن فوت شده است.

نکته مهم آن است که هرچه پوشش واکسن در سال های گذشته بیشتر شده است نتایج بهتری به دست آمده است. نظام مراقبت قابل اعتماد و ظرفیت آزمایشگاهی تشخیصی هنوز از چالش های جدی روبروی مقابله با این بیماری در جهان است و تنها ۷۶ کشور در جهان آمار معتبری در مورد فوت ناشی از سیاه سرفه دارند.

نظام مراقبت سیاه سرفه امری دشوار و

مستلزم دقت زیاد است و از روش های مختلفی برای جمع آوری داده ها باید استفاده نمود. حتی در اروپا نیز که گمان می رود وضعیت نظام مراقبت این بیماری شرایط بهتری داشته باشد نیز در بین میزان بروز های محاسبه شده ی



سالانه اختلافات قابل توجهی مشاهده می شود؛ در سال ۲۰۱۴ میلادی بیشترین میزان بروز در هلند و نروژ گزارش گردید که به ترتیب ۴۸ و ۵۸ بیمار در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بود درحالیکه در یونان و مجارستان کمترین میزان بروز سالانه ی سیاه سرفه گزارش گردید (به ترتیب یکدهم و ۰/۲ بیمار در هر ۱۰۰ هزار نفر). این اختلاف ۵۰۰ برابری دو نکته مهم را به ما نشان می دهد، یکی آنکه آمار نظام مراقبت کشورها را نمی توان به سادگی مقایسه نمود و دوم آنکه اگر دنبال سیاه سرفه باشیم پیدایش می کنیم و در غیر اینصورت مغفول باقی خواهد ماند.

اکنون صاحب نظران جهانی بر این اعتقاد هستند که مطالعات منطقه ای می تواند در اصلاح تخمین های به دست آمده از نظام های مراقبت در جهان کمک کند و باید قبول کرد که هنوز در برخی مناطق جهان سیاه سرفه می تواند به عنوان یک قاتل مخفی و عامل مرگ و میر در گردش باشد و **همچنان باید به تقویت برنامه واکسیناسیون و نظام مراقبت کشورها به عنوان تنها راهکاری فعلی در برابر این بیماری مهم تاکید نمود.**

چیکن گونیا در جنوب فرانسه



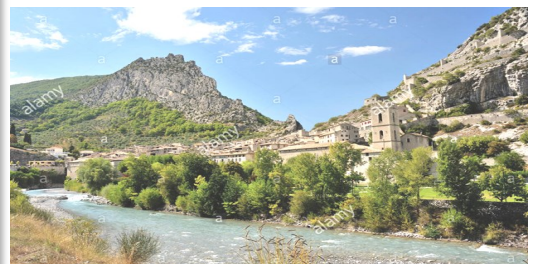
مرکز مرجع حشره
شناسی ملی فرانسه
در
Marseilles
در
۱۱ آگوست

امسال اعلام کرد که نمونه های ارسالی از دو بیمار مشکوک به بیماری چیکن گونیا مثبت شده اند. با توجه به اینکه این بیماران در فاصله ۲ هفته قبل از شروع علائم بالینی شان هیچگونه سفری به خارج از فرانسه نداشته اند لذا انتقال محلی در نظر گرفته شد. این بیماران در منطقه Var در استان PACA مابین کوهستان آلپ و سواحل مدیترانه سکونت داشته اند.



پیش از این نیز در سال های ۲۰۱۰ (در استان PACA) و ۲۰۱۴ میلادی (۱۱ نفر در Montpellier) انتقال محلی چیکن گونیا در فرانسه گزارش شده بود.

در عرض کمتر از یک ماه تعداد موارد چیکن گونیا در استان PACA به ۱۳ نفر افزایش داشته است (۳ تا ۷۷ ساله) و به مسافرانی که به Var سفر می نمایند توصیه می شود تا طی روز و به ویژه هنگام طلوع و غروب اقدامات پیشگیرانه از گزش حشرات انجام دهند.



مصادره و ضبط ویال های واکسن ویروس آبله از کلینیکی در کالیفرنیا



شرکت StemImmune در سان دیگو کالیفرنیا مدعی است از واکسن آبله برای درمان بیماران سرطانی (با استفاده از سلول های بنیادی) استفاده می نماید.

سازمان غذا و دارو آمریکا می گوید از آنجا که مشخص نیست این شرکت چگونه از این واکسن ها بهره برداری می نماید لذا جای نگرانی جدی وجود دارد و ۵ ویال از

واکسن آبله که در اختیار این شرکت بود جمع آوری شده است. یکی از این واکسن ها تا حدی مصرف شده بود و مابقی آنها هنوز دست نخورده بودند. در آمریکا واکسن آبله را صرفا به منظور **مقاصد نظامی** استفاده می نمایند و در بازار قابل خرید و فروش نمی باشد و مشخص نیست چگونه در این کلینیک تحقیقاتی از این واکسن داروهای ضد سرطان تهیه می نموده اند. هر واکسن آبله معادل ۱۰۰ دوز می باشد.



بعد از ریشه کنی آبله در ۱۹۸۰ کماکان نمونه های ویروسی در ایالات متحده آمریکا و روسیه نگهداری می شود اما مشخص نیست در سایر نقاط جهان نیز چنین نمونه هایی موجود نباشد و همواره خطر استفاده بیوتروریستی از این ویروس وجود داشته است.

بعد از رخداد سال ۲۰۰۱ در آمریکا و ادعای حمله ی تروریستی که از سوی مسئولین آن کشور مطرح شد ۳ نوع واکسن آبله به نام های ACAM2000, Aventis Pasteur Smallpox Vaccine, and Imvamune در آمریکا تولید و نگهداری می شد. این واکسن ها حاوی ویروس زنده ی Vaccinia که قرابت زیادی با ویروس آبله انسانی دارد می باشند.

در گزارش FDA ذکر نشده است که کدام نوع واکسن توسط شرکت تحقیقاتی درمانی StemImmune مورد استفاده قرار گرفته است. سخنگوی FDA استفاده از احساسات و نگرانی های مبتلایان به سرطان و تجویز داروهای تایید نشده را امری نگران کننده خوانده است.

نگرانی ها در مورد هپاتیت E در اروپا

از آنجا که اکثریت موارد ابتلای هپاتیت E بدون علامت بوده و خودبخود بهبود می یابند نمی توان به سادگی برآورد دقیقی از میزان بروز این بیماری داشت و از سوی دیگر در بعضی افراد مانند کسانی که دچار نقص ایمنی هستند و یا همزمان به یک بیماری مزمن کبدی نیز مبتلا باشند این احتمال وجود دارد که هپاتیت E به یک بیماری مزمن تبدیل شود. نتایج بررسی های منتشر شده در اروپا در مورد این ویروس و میزان بروز آن نگرانی هایی را ایجاد نموده است. این گزارش نشان می دهد که ظرف ۱۰ سال گذشته میزان بروز هپاتیت E در اروپا حدود ۱۰ برابر شده است، و از ۵۱۴ مورد در سال ۲۰۰۵ میلادی به ۵۶۱۷ مورد در سال ۲۰۱۵ افزایش داشته است. دلیل دیگر این نگرانی آن است که در مناطق مختلف اروپا در مورد نحوه و نوع آزمایش، تعریف موارد، تشخیص و نظام مراقبت بیماری تفاوت های عمده ای وجود دارد و تنها ۲۰ کشور در این قاره این بیماری را پایش می نمایند. اکثر موارد گزارش شده مردان با سن بالای ۵۰ سال و مبتلا به ژنوتایپ ۳ بوده و از انگلستان، فرانسه و آلمان که نظام مراقبت جاری دارند گزارش شده اند.

همچنین میزان بروز بیماری در کشورهایی که نظام مراقبت بیماری ندارند نیز افزایش پیدا کرده است و نشان می دهد که افزایش موارد ابتلا نمی تواند به علت بهبود سیستم گزارش دهی و ثبت بیماری باشد. این سوال اما مطرح است که آیا افزایش آگاهی بیشتر از هپاتیت E و یا تکنیک های تشخیصی جدید در این افزایش موارد تاثیرگذار بوده است یا خیر. به نظر می رسد توجه به ریسک فاکتورهای هپاتیت E و درک بیشتر از آنها و همچنین روش های موثر پیشگیری در این میان اهمیت بسزایی داشته باشند. مطالعه ای که توسط European Food Safety Authority انجام شده و گزارش آن منتشر شده نشان می دهد که اکثریت موارد ابتلای هپاتیت E همراه با مصرف گوشت و جگر خام یا نیم پخته ی خوک بوده است و برای پیشگیری از افزایش موارد در درجه اول باید در هنگام تهیه این مواد غذایی دقت بیشتری صورت گیرد. تحقیقات مرکز کنترل بیماری های اروپا (ECDC) تحقیقات گسترده ای را در این زمینه آغاز نموده است و به نظر می رسد برای درک بهتر از بار بیماری این عامل بیماریزای نوپدید در جامعه، و همچنین عوامل خطر قابل تعدیل آن لازم است هماهنگی های بیشتری و روش های یکسان تری به کار گرفته شود.

توصیه جدید آکادمی متخصصین اطفال آمریکا (AAP) در مورد واکسیناسیون هپاتیت B در بدو تولد

کمیته جنین و نوزادان آکادمی متخصصین اطفال آمریکا (AAP) در ماه امرداد بیانیه ای در مورد سیاست واکسیناسیون هپاتیت B منتشر نمود که تاییدی بر نظریه CDC در سال ۲۰۱۶ می باشد. در واقع در این بیانیه آخرین توصیه در مورد زمان دریافت دوز اول واکسن هپاتیت B مورد بازبینی قرار گرفت است.

در این بیانیه تاکید می شود که اولین دوز واکسن هپاتیت B در عرض ۲۴ ساعت اولیه تولد تزریق شود (در شرایط وزن بالای ۲۰۰۰ گرم و وضعیت بالینی پایدار نوزاد). در توصیه های قبلی گفته می شد که واکسن در ۲۴ ساعت اولیه یا در زمان ترخیص از بیمارستان محل تولد تجویز شود، و در نتیجه در آمریکا بسیاری از نوزادان اولین دوز واکسن خود را ممکن است تا روز ۲ یا ۳ بعد از تولد نیز دریافت نکرده باشند. هنوز انتقال هپاتیت B از مادر به نوزاد در آمریکا به اهداف برنامه حذف نرسیده است و سالانه حدود ۱۰۰۰ مورد جدید عفونت perinatal در آن کشور شناسایی می شود. یکی از دلایلی که این بازبینی در دستورالعمل انجام شده است میزان بالای اعتیاد به مواد مخدر در بین زنان در آمریکا می باشد.

چالش های پیش روی برنامه حذف جذام در جهان و درمان بیماران

جذام در بیش از ۱۰۰ کشور از علل میکروبی نوروپاتی های محیطی و ناتوانی محسوب می شود و در راه رسیدن به اهداف برنامه حذف آن در جهان همچنان موانعی جدی وجود دارد، موانعی که برخی از آنها مربوط به مشخصات باکتری عامل بیماری می باشد، از جمله دوره کمون طولانی (۲ تا ۲۰ سال)، ناشناخته های مربوط به راه های انتقال و چالش هایی که در رشد این باکتری در محیط کشت وجود دارد. در کنار این چالش ها موضوع امیدوار کننده ای که وجود دارد مقاوم نبودن باسیل جذام به برخی آنتی بیوتیک های مورد استفاده است. داروی داپسون برای اولین بار در دهه ۱۹۵۰ میلادی برای درمان جذام معرفی گردید اما بعد از چند سال مقاومت به داپسون ایجاد شد و در سال ۱۹۸۱ سازمان جهانی بهداشت اعلام نمود که تمام بیماران مبتلا به جذام باید با رژیم ترکیبی ۳ دارویی ریفامپیسین، کلوفازمین و داپسون درمان شوند. این درمان ترکیبی موفق باعث شد که موارد بیماری در عرض ۱۵ سال (از سال ۱۹۸۵ تا ۲۰۰۰ میلادی) به مقدار ۹۰٪ (از حدود ۵,۳۰۰,۰۰۰ نفر به ۵۹۷,۲۳۲ نفر) کاهش یابد. در واقع روند موفق کاهش تعداد بیماران در سال ۱۹۹۱ میلادی سازمان جهانی بهداشت را بر آن داشت تا در آن سال ها طرح حذف جذام در جهان را مطرح کند تا به میزان کمتر از یک نفر در هر ۱۰ هزار نفر جمعیت برسد، هدفی که در سال ۲۰۰۰ میلادی بجز در ۱۵ کشور، در سراسر جهان به دست آمد. از سال ۲۰۰۰ تا کنون سالانه ۲۵۰ هزار مورد جدید جذام در دنیا شناسایی و گزارش می شود و به نظر می رسد برای به صفر رساندن موارد بیماری نیاز به کمپین های جهانی و ائتلاف در این راستا می باشد. در سال ۲۰۱۴ میلادی حدود ۲۰۰ هزار مورد جدید جذام از ۱۲۱ کشور جهان گزارش شد. در طی یک دهه گذشته موفقیت های اندکی در پیامدهای بالینی بیماران تحت درمان حاصل شده است و همچنان یک سوم بیماران علی رغم روش های درمانی فعلی دچار آسیب عصبی و نوروپاتی محیطی و ناتوانی و گاهی نابینایی می شوند و رنج ناشی از انگ اجتماعی را متحمل می شوند و در حال حاضر حدود ۲ تا ۳ میلیون نفر با عوارض جسمی، اجتماعی و روانی ناشی از این بیماری در جهان زندگی می کنند.

- امروزه همچنان ۲ سوال مهم مطرح است: چرا با وجود درمان موثر این دارو به طور مناسب به دست برخی بیماران نمی رسد و چرا افرادی به این بیماری مبتلا می شوند و عوارض آن را متحمل خواهند شد؟ در پاسخ به بخش اول این دو سوال مهم، باید اذعان نمود که در جهان جذام اساساً در بخش هایی از اجتماع رخ می دهد که دسترسی مناسب به خدمات نظام سلامت ندارند و نظام سلامت نیز فاقد نظام مراقبت و ابزار مناسب برای یافتن و درمان بیماران در این اجتماعات محروم است. و در پاسخ به بخش دوم سوال نیز باید به بیماران عفونی اشاره نمود که درمان مناسب نگرفته و در جوامع مورد ذکر زندگی می کنند و باسیل جذام را به سایر افراد منتقل می نمایند.

به دلیل نبود داده های کافی امروزه هنوز استراتژی مناسب و مبتنی بر شواهدی برای قطع گردش جذام در جوامع وجود ندارد و بخشی از آن بدلیل بخوبی روشن نبودن پاتوژنز بیماری و عملکرد سیستم ایمنی در مقابل این باسیل در بیماران است.

با همه این موانع در دستیابی به قطع گردش باسیل، بهر حال وجود رژیم های درمانی ترکیبی موثر بسیار کمک کننده بوده است و در طی بیش از ۳۰ سال از اجرایی نمودن برنامه حذف جذام از ۱۹۸۱ تا ۲۰۱۵ تعداد مبتلایان ۹۶٪ کم شده و بیش از ۱۶ میلیون نفر درمان شده اند و موارد عود به ندرت رخ داده است. بهر حال باید از استراتژی حذف به سمت استراتژی صفر شدن موارد ابتلا حرکت کرد و این همان چیزی بود که در سال ۲۰۱۶ توسط سازمان جهانی بهداشت مورد تاکید قرار گرفت، "شناسایی زودهنگام و درمان بلافاصله"، اما این استراتژی نیاز به تحقیقات جدید و داشتن ابزار مناسب برای شناسایی سریع مبتلایان مانند کیت های تشخیص سریع در بالین و داشتن نظام مراقبت قوی برای شناسایی کانون های باقی مانده از مبتلایان دارد.

بهبود وضعیت ساختارهای محیطی برای کنترل بیماری های منتقله توسط Aedes



پشه های آئدس اکنون دیگر تقریباً در تمامی مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری دنیا وجود داشته و تهدیدی برای امنیت سلامت جهانی محسوب می شوند.

این پشه توانایی انتقال انواع مختلفی از ویروس ها را داشته و باعث همه گیری و طغیان بیماری های مهمی توسط ویروس های Zika، Dengue و Chikungunya و Yellow fever می شود.

طغیان های اخیر بیماری های منتقله از طریق پشه آئدس نشان داده مناطق شهری بخصوص به دلیل ضعف زیر ساخت های زیست محیطی و شرایط مساعدی که برای رشد و تکثیر این پشه ها بوجود آمده و دفعات زیاد تماس بین انسان و پشه از آسیب پذیری بیشتری برخوردار هستند. برای کاهش خطر تنها یک راه وجود دارد و آن اینکه جامعه سلامت جهانی رویکردی هماهنگ و پیش دستانه (Pre-emptive) برای کنترل جمعیت پشه های آئدس عمل نمایند، تا این طغیان ها در مناطق شهری تحت کنترل در آیند.

توانایی های فعلی جوامع برای مقابله و مواجهه با همه گیری های ویروسی ناشی از گزش پشه آئدس محدود است. این بیماری ها درمان اختصاصی جز درمان های حمایتی ندارند. هنوز واکسنی به صورت تجاری علیه بیماری های Zika، Chikungunya در دسترس نمی باشد. تا کنون تنها یک واکسن مؤثر برای بیماری دنگی معرفی شده است و ذخیره واکسن تب زرد هم به اندازه کافی نیست. از سویی برنامه های فعلی Vector Control تأمین مالی کافی نداشته و کمتر مورد استفاده قرار می گیرد.

در سال های ۱۹۶۰ تب زرد در امریکای جنوبی با نفت پاشی در محل های زایش و تکثیر پشه و استفاده از د. د. ت در مخازن و منابع نگهداری آب و استفاده از این حشره کش بر روی دیوار ها با موفقیت کنترل شد.

در سال های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ در سنگاپور و در سال ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در کوبا اقدامات لارو کشی و حشره بالغ، انتقال Dengue را کاهش داد.



در آینده روش های جدیدی برای کنترل ناقلین مانند استفاده از پشه های آلوده با Wolbachia و پشه های دستکاری شده ژنتیکی (Genetically Modified Mosquitoes) ممکن است موفق به کنترل و حتی حذف بیماری های منتقله از طریق پشه شود. البته شهرهای کوچک و بزرگی که درگیر بیماریهای منتقله از طریق پشه آئدس هستند گزینه های مختلفی را برای پیشگیری از این بیماریها در برنامه های آینده شهر سازی خود پیش رو دارند.



کنترل جمعیتی پشه آئدس در حال حاضر بر روی کاهش دانسیته پشه های نا بالغ و بالغ با استفاده از حشره کش های کشنده حشره بالغ و لاروکش ها متمرکز است. هر چند این مداخلات می توانند مؤثر واقع شوند اما نمی توان به عنوان تنها راه مداخله به آنها در طولانی مدت اعتماد کرد و خطر بروز مقاومت نسبت به آنها را باید جدی گرفت. WHO و سایر سازمانهای بین المللی همگی توصیه می کنند رویکرد پیشگیری نسبت به این بیماری ها باید به صورت بین بخشی باشد تا مؤثر و پایدارتر واقع شود اما اغلب دولت های جهان آنگونه که باید به آن توجه نمی کنند.

در رویکرد IVM (Integrated Vector management) در ایجاد ساختار های جدید شهری که امروزه ارتقای بیشتری پیدا کرده تلاش می شود تا بدینوسیله میزان تماس انسان با پشه را کاهش دهد. ساختار های موجود زیست محیطی زیستگاه های فراوانی را برای رشد و تکثیر پشه آئدس در مراحل که هنوز بالغ نشده فراهم آورده و جمعیت زیادی که در این مناطق زندگی می کنند امکان رخداد طغیان های بزرگ این بیماری ها را بیشتر می کند. در حال حاضر بیش از نیمی از مردم دنیا در مناطق شهری زندگی می کنند و تا سال ۲۰۵۰ این میزان به ۷۰٪ خواهد رسید. افزایش جمعیت شهرنشین باعث افزایش طغیان های این گونه از بیماری ها خواهد شد.

چندین جنبه در برنامه ریزی های شهری می تواند میزان تماس انسان با پشه را کاهش دهد:

۱. کاهش بشکه ها، دبه ها و محفظه های پلاستیکی در اطراف منازل که امکان تجمع آب باران و ... در آنها وجود دارد (جهت کاهش زیستگاه پشه)
۲. بهبود مدیریت زباله های جامد (جهت کاهش زیستگاه پشه)



۳. تأمین آب آشامیدنی لوله کشی باعث می شود نگهداری آب در بشکه ها و محفظه های پلاستیکی که محل بسیار مناسبی برای رشد و تکثیر پشه هستند به حداقل برسد.

۴. جلوگیری از ورود پشه های بالغ به داخل منازل با استفاده از توری
۵. برنامه ریزی برای توسعه شهری با هدف جلوگیری از رشد و تکثیر پشه و کاهش تماس انسان با پشه (این برنامه فقط وقتی موفق خواهد بود که با مشارکت جامعه همراه باشد).





برگزاری کلاس آموزشی پیشگیری از آنفلوآنزا و کوروناویروس جهت پرسنل بیمارستان قائم دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد (استان همدان):

با توجه به نزدیک شدن فصل سرما و اهمیت افزایش آگاهی کارکنان شاغل در بیمارستان در زمینه راه های مراقبت فردی و پیشگیری از ابتلا و اشاعه بیماری های تنفسی از جمله آنفلوآنزا و همچنین بیماری تنفسی نوپدید کوروناویروس MERS در عربستان و منطقه خاورمیانه این آموزش، اقدامی هوشمندانه و پیش دستانه و درخور تحسین از طرف دانشکده جدیدالتاسیس علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد است و از همکاران محترم معاونت بهداشت آن دانشکده و تمامی دانشکده/دانشگاه های کشور که چنین اقداماتی را با جدیت پیگیری و طراحی می کنند تشکر و قدردانی به عمل می آید.

آموزش تب مالت و تربیت سفیران سلامت خودمراقبتی، خانه بهداشت ده فروزند (با تشکر از سرکار خانم کرمی بهروز محترم خانه بهداشت) مرکز خدمات جامع سلامت شهید رجایی، شهرستان دلفان (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان):



تلاش های فراوان همکاران محترم در استان لرستان و سایر دانشکده/دانشگاه هایی که به افزایش آگاهی هموطنان در زمینه بیماری بروسلوز کمر همت گمارده اند و در راستای افزایش سواد سلامت جامعه و توانمندسازی ایشان و بهداشتی نمودن رفتارهای روستائیان در زمینه پرورش دام و تولیدات لبنی و دامی فعالیت می نمایند قابل تاکید و تقدیر است و بدینوسیله از ایشان قدردانی می نمایم.

آموزش تب مالت به جامعه روستایی با مدل SHEP توسط بهروز دانش آموز، خانه بهداشت مادان چاه، مرکز بهداشت پیشین، شهرستان سرباز (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران/شهر)



آموزش تب مالت به جامعه عشایری با مدل SHEP توسط همکاران محترم شهرستان دورود (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان):

جامعه روستایی و عشایری به لحاظ سبک زندگی خود و قرار داشتن در معرض تماس با باکتری بروسلا بیشترین سهم مبتلایان به بروسلوز را در کشور به خود اختصاص داده و لذا در سیاستگذاری برای مداخلات آموزشی و تربیتی نیز نیاز بیشتری در "اولویت دادن به اقدامات کاهنده خطر" در این دو جامعه احساس می شود.

از تمامی همکارانی که با تلاش فراوان سعی در ایجاد مربی مردمی، تربیت رابط و سفیر مردمی در این اقشار زحمت کش جامعه دارند قدردانی می شود و امید می رود با تداوم فعالیت های آموزشی و تربیت مربی مردمی، جوامع دارای سواد سلامت و توانمند در آینده نزدیک ایجاد شوند.

