

اخبار مراقبت

دی

۱۳۹۴ - سال شانزدهم - شماره ۱۱۰

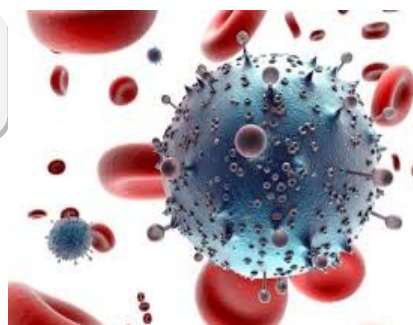


جاده بی پایان بیماری های نوپدید

تقریباً دو سال است که زیکا ویروس قلمرو همیشگی خود در آفریقا و آسیای جنوب شرقی را رها کرده و گام به گام به همه گیری جهانی شدن (Pandemic) حرکت نموده است. وقتی اردیبهشت امسال اولین موارد ابتلا در کشور برزیل گزارش شد نگرانی ها برای بازیهای المپیک ۲۰۱۶ میلادی در بین کارشناسان بهداشت در سطح جهان افزایش یافت، اما بدبینانه ترین تحلیلگران نیز گمان نمی کردند که این بیماری ویروسی خفیف، در آخرین روزهای سال ۲۰۱۵ میلادی از نظر نیاز به اعلام "فوریت جهانی" (PHEIC) در جلسات سازمان جهانی بهداشت مورد بحث و تبادل نظر اعضا کمیته قرار گیرد... (ادامه در صفحه ۷)

فصل آنفلوانزا ۱۳۹۴ با ویروس آنفلوانزا A نوع H1N1

بیماری ویروسی آنفلوانزا نمونه شاخص بیماری های فصلی است که معمولاً هر ساله در پاییز آغاز شده و تا اوایل فصل بهار تداوم دارد و بطور کلی در کشور ما، بیشترین شدت خود را از نظر تعداد مبتلایان در ماه آذر و دی نشان می دهد.... (ادامه در صفحه ۲)



گزارش اجرای عملیات واکسیناسیون تکمیلی

سرخک و سرخجه در جنوب شرق کشور (ادامه در صفحه ۳)



واکسیناسیون سراسری هپاتیت B زندانیان کل کشور

در راستای کنترل و مراقبت هپاتیت های منتقله از راه خون و در پی اجرای چند سال متوالی برنامه دیده وری هپاتیت در زندانهای کل کشور، این مرکز برای اولین بار اقدام به واکسیناسیون سراسری کل زندانیان سراسر کشور بر علیه هپاتیت B نمود. (ادامه در صفحه ۸)



در این شماره می خوانید:

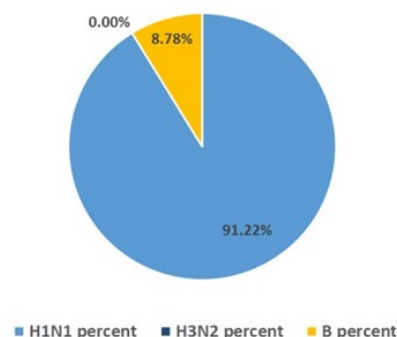
۱	ویروس Zika
۱	آنفلوانزا فصلی
۵ و ۴	گزارش عملیات ایمنسازی
۶	اخبار سل (داوطلبین و...)
۷	برنامه حذف هاری در سگ
۷	پیشرفت آموزش تب مالت
۸	ایمنسازی زندانیان HBV
۱۱	عمره ۲۰۱۶ و زیکا ویروس
۱۳	MERS-CoV
۱۵	بازگشت ابولا

بیماری آنفلوانزای فصلی در پاییز و زمستان ۱۳۹۴

ادامه از صفحه اول:

در سال جاری نیز در فصل پاییز افزایش موارد ابتلا به بیماری آنفلوانزا از برخی استانهای کشور گزارش گردید که در ماه آذر و در برخی استان ها در دی ماه به اوج تعداد موارد ابتلا رسید. نوع ویروسی که امسال غالب بود ویروس آنفلوانزا نوع A بود و از

درصد گونه های ویروسی در نمونه های مثبت آنفلوانزا در هفته آخر دی ماه



زیرگونه H1N1 تعلق داشت که به خطا توسط برخی رسانه ها و فروشندگان تجهیزات پزشکی به نوع خوک نسبت داده می شد. در سال گذشته نیز آنفلوانزا H1N1 در کنار انواع دیگر آنفلوانزای انسانی (H3N2 و نوع B) در کشور در گردش بود. به تدریج موج آنفلوانزا سال جاری فروکش نموده است. هر چند موارد ابتلا آنفلوانزا در فصل جاری به حداقل تعداد خود نزدیک می شود اما همچنان تعداد کم و در حد انتظاری از برخی استان های کشور گزارش می گردد. در تقریباً تمام کشورهای همسایه و منطقه نیز نوع غالب ویروسی H1N1 بوده و فصل آنفلوانزا با اختلاف اندکی زودتر یا دیرتر از کشور ما آغاز گردید.

بر اساس آمار گزارش شده از دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی کشور تعداد کل موارد بیماری تنفسی شدید که از آغاز فصل آنفلوانزا تا پایان دی ماه در بیمارستان های کشور بستری شده اند حدود ۳۰ هزار نفر بوده است که با توجه به گزارشات دریافتی از آزمایشگاه حدود ۶۵٪ از بیماران تحت آزمایش ویروس شناختی قرار گرفته اند، و بطور خلاصه حدود ۲۱ هزار نمونه آزمایش گردیده است که از آن میان حدود ۶۲۰۰ نمونه از نظر آنفلوانزا مثبت بوده است: بیش از ۹۵ درصد از نمونه ها آنفلوانزای A و از نوع H1N1 بودند. از میان مبتلایان بیماری شدید تنفسی تا پایان دیماه ۷۳۰ نفر بدلیل شدت بیماری و وجود سابقه بیماری های مزمن همزمان جان خود را از دست دادند.

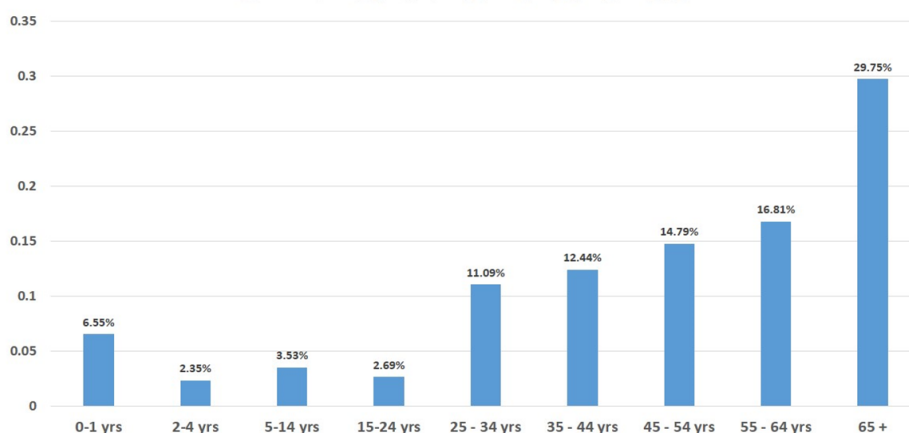
از آنجاکه بیشتر متوفیان ناشی از آنفلوانزا در سنین بالای ۶۵ سال هستند (که با وضعیت جهانی تطابق دارد) لذا جلسات متعددی برای تقویت ارتباطات مرکز مدیریت بیماریهای واگیر و سازمانهایی مانند سازمان

بهبذیستی برای کاهش عوارض و فوت بیماری برگزار شد تا در ماه های آینده و سال ۱۳۹۵ شاهد کاهش عوارض این بیماری باشیم.

جلسه آموزشی و اطلاع رسانی در زمینه روشهای کنترل و پیشگیری از آنفلوانزا به کارکنان ستادی وزارت بهداشت از جمله جلساتی بود که برگزار گردید و هدف عمده از برگزاری این جلسه آموزش همکاران ستادی در زمینه بیماری آنفلوانزا و داشتن اطلاعات کافی به منظور پاسخگویی صحیح به پرسشهای هموطنان و سازمانها و دستگاههای مختلف در ضمن خودمراقبتی بود.

کمیته علمی کشوری آنفلوانزا نیز با حضور معاونت محترم بهداشتی وزارت متبوع تشکیل گردید. در این جلسه ضمن بررسی وضعیت موجود بیماری در دنیا و کشور، اقدامات بعمل آمده و در دست اقدام براساس برنامه استراتژیک و عملیاتی کشور در سطح ملی و دانشگاههای علوم پزشکی کشور مورد ملاحظه قرار گرفت. (ادامه در صفحه بعد)

توزیع سنی موارد فوت مرتبط با بیماری شدید تنفسی





عفونت بیمارستانی و لزوم حفاظت فردی و رعایت اقدامات احتیاطی بهداشتی مورد تاکید قرار گرفت.

کارگاه آموزشی مدیران منطقه ای و ستادی بخش بهداشت و درمان وزارت

نفت در با هماهنگی اداره بهداشت و درمان صنعت نفت با تاکید بر ایجاد ایجاد و حفظ آمادگی مقابله با طغیانهای احتمالی ناشی از بیماریهای تنفسی حاد و بالاخص بیماری آنفلوانزا نیز از جمله اقداماتی بود که در کنار سایر فعالیت های کنترلی و آموزشی به عنوان اقدامی فرابخشی انجام گرفت. در این کارگاه مدیران ارشد بهداشتی با الزامات مراقبتی و کنترلی، روش های پیشگیری، الزامات درمانی و خدمات بستری، و تداوم فعالیتهای مورد نیاز آشنا گردیدند.

همه همکاران تلاش کردند تا این بیماری ویروسی با حداقل تلفات دوره فصلی خود را طی کند. از همه همکاران پرتلاش در تمامی نهادها و سازمانهایی که در این موفقیت از تلاش بی وقفه خود دریغ ننمودند و کلیه کادر بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی بدینوسیله تشکر و قدردانی می نمایم.

کارشناسی ستادی مرکز مدیریت بیماریهای واگیر در از برخی دانشگاه های علوم پزشکی بازدید بعمل آورد. در ارزیابی و پایش بعمل آمده بخشهای مختلف شامل هماهنگی های درون و برون بخشی، وضعیت آمادگی، اقدامات انجام شده، فعالیتهای در دست اقدام، نحوه اجرای مراقبت بیماری، وضعیت ثبت و ورود اطلاعات در سامانه الکترونیک، نحوه گزارش دهی و گزارش گیری، وضعیت و آمادگی اتاق های ایزوله تنفسی فشارمندی، مورد بررسی قرار گرفت.

در همایش کشوری مدیران و مسولان پرستاری که در محل همایش های رازی تشکیل گردید الزامات کنترلی و پیشگیری از بیماریهای تنفسی واگیر با تاکید بر بیماری آنفلوانزا مطرح گردید. در این همایش که با حضور بیش از ۸۰۰ نفر برگزار گردید انتظارات و توصیه ها و دستورالعمل های بهداشتی و مسولیت کمیته های کنترل

سپس تصمیمات لازم در زمینه تداوم و تقویت فعالیتهای با تاکید بر آموزش عمومی بالاخص در اماکن عمومی و تجمعی از قبیل مساجد، مترو، ورزشگاهها و...، آموزش و بازآموزی کادر درمانی و ارایه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، نظارت و پایش مستمر اجرای دستورالعملهای ابلاغی، توجه به توصیه های بین المللی و ملی اخذ گردید که به کلیه دانشگاههای علوم پزشکی کشور ابلاغ گردید.

از آنجا که سالمندان از گروه های پرخطر آنفلوانزا محسوب می شوند لذا کارگاه آموزشی برای مسئولین و نمایندگان بهداشت و درمان ادارات کل سازمان بهزیستی کشور با موضوع آمادگی ان سازمان در مقابله با طغیان های احتمالی بیماریهای تنفسی واگیر در محل سازمان بهزیستی کشور برگزار گردید. در این کارگاه اصول کنترل عفونت، روشهای پیشگیری، درمان، آموزش و اطلاع رسانی، با تاکید بر بیماری آنفلوانزا به حضار ارائه گردید.

به منظور پایش نحوه اجرای دستورالعملها و بخشنامه های ابلاغی در زمینه مراقبت بیماری آنفلوانزا تیم

سمپوزیوم یک روزه بیماری سیاه سرفه

سمپوزیوم یک روزه بیماری سیاه سرفه با مشارکت و هماهنگی انستیتو پاستور ایران در تاریخ ۱۷ دی ماه در تالار مدرسه انستیتو با امتیاز باز آموزشی برگزار گردید. در این سمپوزیوم که جهت پزشکان عمومی بخش خصوصی و دولتی، متخصصین اطفال، داخلی، علوم آزمایشگاهی، کارشناسان و پرستاران کنترل عفونت بیمارستانهای تهران و کارشناسان مبارزه با بیماریهای مراکز بهداشت تهران برگزار گردید، مباحث ذیل توسط اساتیدی از مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، مرکز تحقیقات عفونی اطفال دانشگاه شهید بهشتی و انستیتو پاستور ایران ارائه گردید:

- علل باز پدید بیماری سیاه سرفه، اهمیت بیماری سیاه سرفه در ایران و جهان، واکسیناسیون سیاه سرفه و پیشگیری از عوارض آن، تشخیص و درمان بیماری سیاه سرفه، مدیریت موارد تماس با بیماری، نمونه برداری و تشخیص آزمایشگاهی بیماری سیاه سرفه

هدف اصلی این سمپوزیوم تقویت نظام گزارشدهی بیماری سیاه سرفه و کاهش میزان بروز بیماری در کشور بوده است. جا دارد از همکاری صمیمانه بخش میکروب شناسی انستیتو پاستور ایران در برگزاری همایش ها با مرکز مدیریت بیماریهای واگیر تقدیر و تشکر بعمل آید.



گزارش اجرای عملیات واکسیناسیون تکمیلی سرخک و سرخجه در جنوب شرق کشور پاییز ۱۳۹۴

حذف سرخک و سرخجه تا سال ۲۰۲۰ میلادی در دستور کار کشورهای منطقه مدیترانه شرقی می باشد که هدف آن به صفر رساندن موارد ابتلای بومی به این دو بیماری و متعاقب آن حذف سندروم سرخجه مادرزادی است.

در طی سالهای اخیر، جمهوری اسلامی ایران با پوشش واکسیناسیون مناسب و برقراری نظام مراقبت قابل قبول سازمان جهانی بهداشت توانسته در آستانه دستیابی به این هدف ارزشمند قرار گیرد. طی سال های اخیر طغیانهای نسبتاً بزرگ سرخک در جنوب شرق کشور بوقوع پیوسته است که نشان دهنده فعال بودن چرخه انتقال ویروس در این منطقه از کشور می باشد.

در پنج ماهه ابتدای سال ۱۳۹۴، تعداد ۱۳۶ مورد بیماری سرخک در استان سیستان و بلوچستان رخ داده که ۹۲٪ آنها در گروه سنی زیر ۱۵ سال بوده اند. درصد موارد غیر واکسینه در مبتلایان این استان نسبت به سایر استان ها

بالتر بوده و روند رو به افزایش داشته است. با توجه به تردهای فراوان قومیتی و شغلی (بعنوان نیرو های کارگر فصلی و غیره) که بین شهرستانهای مجاور استان سیستان و بلوچستان و شهرستانهای مرزی مجاور در استانهای هرمزگان، کرمان و خراسان جنوبی وجود دارد و طغیانهای متعدد سرخک در این شهرستانها لذا بمنظور قطع زنجیره انتقال ویروس سرخک انجام عملیات تکمیلی واکسیناسیون بر علیه سرخک در این شهرستانها کاملاً ضروری است. با توجه به اینکه معمولاً در فصل پاییز کمترین میزان بروز بیماری سرخک وجود دارد مقرر گردید این عملیات از ۲۳ آبان تا ۵ آذر ۱۳۹۴ در ۴۵ شهرستان کل استان های سیستان و بلوچستان و هرمزگان و شهرستانهای جنوبی استانهای کرمان و خراسان جنوبی در کلیه گروه سنی ۹ ماه تا ۱۵ سال عملیاتی گردد که با همکاری دانشگاههای علوم پزشکی زاهدان، ایرانشهر، زابل، جیرفت، بم، هرمزگان، خراسان جنوبی انجام پذیرفت. در این برنامه

حدود ۱.۸۶۰.۰۰۰ نفر جمعیت گروه سنی ۹ ماه تا ۱۵ سال واکسینه شدند. همچنین با اعزام تیم های سیاری به مناطق عشایری و سیاری واکسیناسیون در این مناطق با موفقیت به انجام رسید. سایر گروه های سنی هدف زیر سن مدرسه و یا کسانی که مشغول به تحصیل نبودند پس از اطلاع رسانی لازم در پایگاههای بهداشتی و خانه های بهداشت تحت واکسیناسیون قرار گرفتند. اوج شیوع بیماری از اواخر زمستان تا اواخر بهار هر سال می باشد. ناظرین کشوری از کارشناسان مرکز مدیریت بیماریهای واگیر و برخی دانشگاههای علوم پزشکی انتخاب گردیدند که به ارزیابی و پایش برنامه پرداختند. جمعیت هدف (۹ ماه تا ۱۵ سال) در این منطقه عملیاتی حدود ۱.۸۲۳.۶۷۵ نفر بود که ۱.۸۰۴.۱۱۶ نفر با پوشش ۹۹.۸ درصد تحت واکسیناسیون قرار گرفتند.

نشست مشورتی اتخاذ راهکارهای آینده برنامه حذف مالاریا

- نشست مشورتی اتخاذ راهکارهای آینده برنامه حذف مالاریا، با حضور کارشناسان هماهنگ کننده برنامه، مدیران گروه مبارزه با بیماریها، معاونین بهداشتی، تعدادی از اعضای هیات علمی و روسای دانشگاه های علوم پزشکی از تاریخ ۱۴ تا ۱۶ دی ماه ۱۳۹۴ با میزبانی دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس برگزار گردید. اهم مطالب مورد تاکید در بیانیه پایانی که توسط شرکت کنندگان مطرح گردید بدین شرح است:
- ♦ تاکید بر فراهم کردن جلب همکاری بیشتر و مشارکت فعال استانداران محترم و مدیران سایر بخش های توسعه سه استان سیستان-بلوچستان، کرمان و هرمزگان متناسب با مصوبه چهارشنبه دوم اردیبهشت ۱۳۸۹ شورای عالی سلامت و امنیت غذا
 - ♦ زمینه های جلب مشارکت مسئولین سیاسی و سایر ذینفعان برنامه حذف مالاریا در سطوح شهرستان
 - ♦ توجه به اتمام پروژه گلوبال فاند مالاریا در پایان سال جاری میلادی و اینکه طی چهار سال اخیر سالیانه از طریق پروژه ۷۰ میلیارد ریال تجهیزات، مواد و وسایل و خدمات مورد نیاز برنامه به مناطق اندمیک کمک می شده است، شرکت کنندگان پیشنهاد نمودند که این نقیصه اعتباری از محل بودجه های موجود در دانشگاههای علوم پزشکی مناطق اندمیک م یا کمکهای وزارت متبوع جبران شود
 - ♦ بدلیل تبادل جمعیتی با کشورهای همسایه شرقی خطر بازگشت بیماری در مناطق اخیراً پاک شده قویاً مطرح بوده و حذف مالاریا به مرحله ای رسیده است که مطمئناً بدون دخالت و مساعدت مقامات کلیدی در راستای تقویت مشارکت های بین بخشی و حل مشکلات مرزی با کشورهای همسایه، پیشرفت های بعدی میسر نخواهد بود.

گزارش نتایج اقدامات اجرایی برنامه حذف مالاریا در دانشگاه های علوم پزشکی تحت عنوان گزارش سالیانه حذف مالاریا در دانشگاه در پایان هر سال به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می گردد.



پیشرفت عملیات ایمن سازی تکمیلی فلج اطفال در نیمه جنوبی کشور



طبق برنامه ریزی انجام شده، نوبت اول این عملیات در ۲۹-۲۶ دی و مرحله دوم آن در ۲۷-۲۴ بهمن در نیمه جنوبی کشور در شهرستان های تحت پوشش دانشگاه های خراسان جنوبی، زابل، زاهدان، بم، جیرفت، ایرانشهر و هرمزگان این عملیات به صورت خانه به خانه انجام خواهد شد. در شهرستان های فارس، فسا، جهرم، بوشهر، دزفول، آبادان، بهبهان و اهواز این عملیات در گروه ها و مناطق پرخطر انجام خواهد شد. حدود هشتصد هزار کودک زیر ۵ سال تحت پوشش این عملیات قرار خواهند گرفت. دانشگاه های علوم پزشکی کشور که در نیمه شمالی کشور قرار دارند، نیز مناطق و گروه های پرخطر خود را (بیش از ۲۵۰ هزار کودک زیر ۵ سال) در طی اردیبهشت و خرداد ایمن سازی خواهند نمود.

در جمهوری اسلامی ایران، کودکان در بدو تولد، ۲، ۴، ۶ و ۱۸ ماهگی و ۶ سالگی واکسن خوراکی فلج اطفال دریافت میکنند. از شهریور ۱۳۹۴ یک نوبت واکسن تزریقی فلج اطفال نیز در ۴ ماهگی (همراه قطره فلج اطفال) به کودکان تجویز می شود.

اقدام مهم دیگر، عملیات ایمن سازی تکمیلی است که با توجه به مرزهای گسترده با دو کشور بومی فلج اطفال و تردهای فراوان بین ایران و این دو کشور از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در این عملیات که هر سال در ایران تکرار می شود، کودکان زیر ۵ سال بدون توجه به سابقه ایمن سازی، مجدداً قطره خوراکی فلج اطفال را در ۲ نوبت با فاصله ۴ هفته دریافت می کنند.



به دنبال ریشه کنی آبله، سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۸ برنامه جهانی ریشه کنی فلج اطفال را تصویب کرد و تاکنون موفقیت های زیادی داشته است. فلج اطفال معمولاً در کودکان خردسال رخ می دهد ولی ممکن است در نوجوانان و بالغین نیز مشاهده شود. بیش از ۹۹٪ موارد عفونت، بی علامت و خفیف است اما در کمتر از ۱٪ موارد منجر به فلج دائمی فرد می شود. واکسیناسیون کلیه کودکان یکی از مهم ترین اقدامات برای ریشه کنی فلج اطفال است.

هرچند افغانستان و پاکستان بومی این بیماری هستند، اما با تلاشهای فراوان صورت گرفته تیم بهداشت در سراسر کشور، آخرین موارد فلج اطفال در ایران در سال ۱۳۷۹ گزارش شدند و از آن تاریخ تاکنون، جمهوری اسلامی ایران عاری از فلج اطفال است.

پیشرفت در ریشه کنی فلج اطفال در پاکستان (گزارش ۹ ماهه ابتدای ۲۰۱۵)

پس از شناسایی آخرین مورد فلج اطفال در نیجریه در تیر ماه ۱۳۹۴، در حال حاضر تنها دو کشور افغانستان و پاکستان دارای گردش ویروس وحشی فلج اطفال بصورت بومی هستند. در کشور پاکستان در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۲۰۱۴ میلادی درصد دریافت کنندگان بیش از ۴ دز واکسن از ۸۸٪ به ۹۶٪ افزایش یافته است.



در ۹ ماهه ابتدای سال ۲۰۱۵ میلادی، ۱۵ عملیات ایمن سازی تکمیلی در پاکستان انجام شده و همچنین یک دز واکسن تزریقی فلج اطفال در سن ۱۴ هفتگی به برنامه جاری ایمن سازی اضافه شده است. در این بازه زمانی ۳۸ مورد فلج اطفال گزارش شد که در مقایسه با مدت مشابه در سال قبل از آن بیش از ۸۰ درصد کاهش نشان می داد. از این تعداد ۳۲٪ از مبتلایان سابقه دریافت واکسن فلج اطفال نداشتند. در طی سال ۲۰۱۵ میلادی، ۶۵ نمونه فاضلاب از ۳۷ منطقه جمع آوری شد که ۲۰٪ آن ها حاوی ویروس وحشی فلج اطفال بوده است (در سال ۲۰۱۴، ۳۴٪ بوده است).

وجود ویروس وحشی در فاضلاب مناطق فاقد فلج اطفال نشان دهنده لزوم ارتقای نظام مراقبت فلج شل حاد است.



گزارش عملکرد برنامه جلب مشارکت داوطلبین سلامت در کنترل سل

در پی تدوین و چاپ کتاب آشنایی با سل ویژه داوطلبان سلامت با تیراژ ۹۵ هزار جلد و سپس برگزاری کارگاه کشوری مرتبط با آن که به منظور بزرگداشت روز ملی مبارزه با سل در سال گذشته (۲۳/۷/۱۳۹۳) به همراه ابلاغ رسمی این برنامه به دانشگاه های علوم پزشکی کشور، آموزش، بیمار یابی و ارجاع موارد مشکوک توسط داوطلبین محترم سلامت انجام گردید. در نتیجه اقدامات ارزشمند این ظرفیت ارزشمند کشور تقریباً ۳۱,۰۰۰ داوطلب سلامت در یک بازه زمانی ۹ ماهه، تحت آموزش قرار گرفته اند و ۳۱۹۸ مورد مشکوک به سل به نظام بهداشتی-درمانی کشور ارجاع شده اند که خوشبختانه به شناسایی و تحت درمان قرار گرفتن ۵۹ بیمار مبتلا به سل انجامیده است.

همچنین مسئولیت نظارت روزانه بر درمان شش ماهه ۱۱۷ بیمار مسلول (یکی از تاثیرگذارترین و ارزشمندترین اقدامات در درمان بیمار مسلول) نیز در این مقطع زمانی بر عهده تعدادی از این داوطلبین گرامی بوده، که نتیجه این اقدام شایسته تا این لحظه پایان یافتن دوره درمانی ۴۱ تن از این بیماران با موفقیت بوده است.

* لازم به ذکر است که تا زمان تنظیم این گزارش، تنها ۳۳٪ دانشگاه های علوم پزشکی کشور، گزارش خود در این خصوص را به سطح کشوری ارسال کرده اند؛ لذا بدیهی است فعالیتهای انجام شده بمراتب بیش از گزارشاتی است که تا کنون دریافت شده است.

درصد دانشگاه های گزارش کننده	۳۳٪
تعداد مربیان داوطلبان سلامت تربیت شده در سطح مراکز و پایگاه های ارائه دهنده خدمت	۵۰۲۴
تعداد داوطلبان سلامت آموزش دیده (کل کتاب آشنایی با سل ویژه داوطلبان سلامت)	۳۰۹۳۶
داوطلبان آموزش دیده ای که میزان افزایش آگاهی، نگرش و مهارت بالای ۳۵٪ داشته اند	۱۴۰۳۱
تعداد افراد آموزش دیده توسط داوطلبان سلامت در زمینه سل	۱۷۲۱۵۶
تعداد افراد مشکوک به سل ارجاع شده توسط داوطلبان سلامت	۳۱۹۸
تعداد افراد مشکوک به سل مراجعه کننده ای که توسط داوطلبان سلامت معرفی شده اند	۱۰۶۹
تعداد موارد قطعی مبتلا به سل تشخیص داده از بین افراد مشکوک معرفی شده توسط داوطلبان سلامت	۵۹
تعداد بیماران مسلولی که با نظارت داوطلبان سلامت تحت درمان (DOTS) قرار دارند	۱۱۷
تعداد بیماران مسلولی که درمان خود را تحت نظارت داوطلبان سلامت با موفقیت به پایان رسانده اند	۴۱

بیماریابی فعال سل در بیماران دیالیزی استان مرکزی

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک، در راستای تلاش برای تحقق اهداف تعیین شده در استراتژی جدید جهانی سل (Post 2015 Strategy) و انجام بیماریابی سل در جمعیت های در معرض خطر بالا، اقدام به غربالگری سل فعال و نهفته در تمامی بیماران دیالیزی استان مرکزی (به تعداد ۳۸۱ نفر) کرده که حاصل این فعالیت که ۴ ماه به طول انجامیده، شناسایی و درمان رایگان ۴ مورد بیمار مبتلا به سل ریوی خلط مثبت و ۳۷ مورد مبتلا به سل نهفته بوده است. بدینوسیله از این زحمات ارزشمند این عزیزان پرتلاش تشکر و قدردانی می شود.

برنامه حذف هاری در سگ ها

۱- حذف هاری انسانی

۲- حذف هاری در سگهای صاحب دار

۳- حذف هاری در سگهای ولگرد

۴- حذف هاری در وحوش

جلسه بعدی در سازمان دامپزشکی کشور برگزار خواهد شد.

* دسترسی به حذف هاری در انسان شامل **عدم بروز هاری ناشی از گازگرفتگی توسط سگ، بالا بردن آگاهی و عملکرد جامعه** جهت مراجعه به مرکز درمان پیشگیری هاری در صورت رخداد حیوان گزیدگی، **داشتن نظام مراقبت انسفالیت انسانی** در سطح ملی می باشد.

مقرر شد استان هایی که توانایی حذف هاری را دارند با مشورت سازمان های دیگر انتخاب و مورد حذف هاری در سطح استانداری آن استان ها مطرح و به صورت مرحله ای به مورد اجرا گذاشته شود.

باتوجه به موضوعات بحث

شده در نشست **بین**

المللی هاری در

۱۲ لغایت ۱۵ مهر ماه در

انستیتو پاستور ایران،



اولین جلسه کمیته کشوری حذف هاری در کشور در تاریخ ۲۹/۷/۹۴ با دعوت مرکز مدیریت بیماری های واگیر از نمایندگان و مسئولین سازمان دامپزشکی و سازمان شهرداری ها و دهیاری های کشور، انستیتو پاستور ایران و برخی اعضا هیئت علمی تشکیل گردید. باتوجه به اهمیت هاری موضوع حذف هاری در خصوص اقدامات کنترل پیشگیری هاری جهت حذف هاری حد اقل در چهار بخش پیگیری خواهد شد و مقرر است طرح اجرایی آن در هرسازمان تهیه و به صورت مرحله ای به مورد اجرا گذاشته شود:



پیشرفت و گسترش برنامه آموزشی جدید جامع تب مالت با مدل آموزشی SHEP

تب مالت شایعترین بیماری عفونی است که از حیوان به انسان منتقل می شود و بار بیماری بالایی بر جامعه تحمیل می نماید.

در سالهای گذشته پیشرفت هایی در ابعاد مختلف کنترل این بیماری حاصل شده است اما ارزیابی های متعدد انجام شده در دو سال گذشته نشان داد که نیاز به برنامه آموزشی جدید و موثرتری برای ارتقا سواد سلامت جامعه نیاز است و از این رو مجموعه آموزشی مناسبی برای روستاییان، عشایر و آحاد جامعه تهیه گردید و در طی سال گذشته و سال جاری گروه های مختلفی از مردم و از جمله کادر پرستاری و پزشکی با این مجموعه ساده و جامع آموزش دیده اند.

جهت ارتقا پوشش و سرعت گسترش این جریان آموزشی نیاز به همکاری منسجم نهادهای گوناگونی است و در این راستا جلساتی با سازمان کشوری امور عشایر، سازمان امور زنان روستایی و عشایری، وزارت کشور (شهرداری ها و دهیاری ها)، وزارت جهاد کشاورزی، درون بخشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (سلامت محیط کار، آموزش سلامت) تشکیل شده و تداوم خواهد یافت.

در طی یکسال گذشته در بسیاری از دانشگاه های کشور مجددا جلسات آموزش متعددی برای جامعه و جلب حمایت سایر نهادها و سازمان ها در ارتباط با ایجاد عزم بیشتر در مبارزه با بروسلوز برگزار شده است و هرچند در ابتدای راهی ارزشمند قرار داریم اما نتایج قابل قبول در ایجاد همکاری بین بخشی بدست آمده است و امید است این روش آموزشی جدید بتواند راه طولانی پیش رو را تا حدی کوتاه تر و هموارتر سازد. لرستان، آذربایجان غربی، گیلان، شهیدبهشتی، کرمانشاه، مازندران، آذربایجان غربی، کردستان و اردبیل از جمله دانشگاه هایی بوده اند که در این راه تلاش قابل ستایش و تشکر داشته اند.





واکسیناسیون سراسری هپاتیت B زندانیان کل کشور

زندان ها یکی از اماکن تجمعی مهم و پرخطر از نظر انتقال بیماری های واگیردار است و از آنجا که رفتارهای پرخطر که موجب انتقال بیماریهای منتقله از راه خونی و جنسی هستند در افراد زندانی بیشتر از افراد جامعه عمومی است لذا زندانیان یکی از گروههای پرخطر مهم از نظر ابتلا به هپاتیت های B و C محسوب می شوند. بر همین اساس ضروری است که سیستم سلامت جامعه با همکاری مدیران و مسئولان زندان ها نسبت به استقرار یک نظام مراقبت منسجم در راستای پیش وضعیت و روند شیوع بیماریهای واگیردار مهم و از آن جمله هپاتیت های منتقله از طریق خون اقدام نمایند. با وجود اینکه هپاتیت B با واکسیناسیون همگانی در ایران تا حدود زیادی کنترل شده است اما ردیابی وضعیت شیوع این بیماری در بعضی از گروه ها مانند زندانیان و معتادان تزریقی اهمیت بیشتری دارد. بر اساس شواهد موجود از یک طرف با در نظر گرفتن این نکته مهم که زندانیان از گروه های پرخطر ابتلا به هپاتیت های B و C هستند لذا توصیه هایی جهانی مبنی بر وجود مراقبت مناسب برای این گروه ها وجود دارد و از طرف دیگر در ایران با توجه به تعداد زیاد زندانیان مرتبط با جرائم مواد مخدر و اعتیاد و شیوع بالای رفتارهای پرخطر در این گروه توجه به استقرار یک نظام مراقبت برای بیماریهای واگیردار و از همه مهمتر اچ آی وی/ایدز و هپاتیت های B و C در زندان ها بیشتر احساس می شود. در راستای کنترل و مراقبت هپاتیت های منتقله از راه خون و در پی اجرای متوالی برنامه دیده وری هپاتیت در زندانهای کل کشور در طی چند سال، این مرکز برای اولین بار اقدام به واکسیناسیون سراسری کل زندانیان سراسر کشور بر علیه هپاتیت B نمود.

بدین منظور پس از هماهنگی با سازمان محترم زندانها و اقدامات تأمینی کشور، دانشگاههای علوم پزشکی موظف گردیدند پس از اخذ آمار ورود و خروج زندانیان زندانهای تحت پوشش دانشگاه خود در دی ماه، میزان دوز واکسن مورد نیاز را برای ۳ نوبت واکسیناسیون در اختیار اداره کل زندانهای استان مربوطه قرار داده و برای هر تزریق کارت واکسیناسیون در اختیار خدمت گیرنده قرار دهند. بدین ترتیب در صورت خروج شخص از زندان با در دست داشتن کارت مخصوص و مراجعه به مراکز بهداشتی امکان دریافت نوبت های دوم و سوم وجود خواهد داشت. در راستای کنترل و مراقبت هپاتیت های منتقله از راه خون و در پی اجرای چند سال متوالی برنامه دیده وری هپاتیت در زندانهای کل کشور، این مرکز برای اولین بار اقدام به **واکسیناسیون سراسری کل زندانیان سراسر کشور بر علیه هپاتیت B** نمود. بدین منظور پس از هماهنگی با سازمان محترم زندانها و اقدامات تأمینی کشور، دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی پس از اخذ آمار ورود و خروج زندانیان زندان های تحت پوشش دانشگاه خود در دی ماه، میزان دوز واکسن مورد نیاز را برای ۳ نوبت واکسیناسیون در اختیار اداره کل زندانهای استان مربوطه قرار داده و برای هر تزریق کارت واکسیناسیون در اختیار خدمت گیرنده قرار داده شد. بدین ترتیب در صورت خروج شخص از زندان با در دست داشتن کارت مخصوص و مراجعه به مراکز بهداشتی امکان دریافت نوبتهای دوم و سوم وجود خواهد داشت.

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۵۷ درصد موارد سیروز کبدی و ۷۸ درصد سرطان اولیه کبد بعلت عفونت ناشی از ویروس هپاتیت های B و C است و هر ساله در جهان بیش از ۷۸۰ هزار نفر بعلت عفونت ناشی از هپاتیت B و نیز ۵۰۰-۳۵۰ هزار نفر به علت عفونت هپاتیت C جان خود را از دست می دهند. در ایران هم براساس مطالعات صورت گرفته در سال ۱۳۸۸ شیوع هپاتیت B در جمعیت عمومی کمتر از ۲٪ (۱/۷ درصد) و شیوع هپاتیت C کمتر از ۱ درصد گزارش شده است.

ارائه درس آموخته های مراسم معنوی اربعین حسینی مرکز مدیریت بیماری های واگیر

در همایش کشوری ۳روزه بسیج جامعه پزشکی که در محل بیمارستان میلاد تهران در مورخ ۱۸ دی ۱۳۹۴ برگزار گردید مباحث مربوط به اقدامات و درس آموخته های مرکز مدیریت بیماریهای واگیر در رابطه با مراسم معنوی اربعین حسینی سال جاری ارایه گردید. نقش موثر هماهنگی های مثبت درون و برون بخشی، برنامه ریزی های بعمل آمده، استفاده و بکارگیری تجربیات قبلی، همسویی و همگرایی بخشهای مختلف بهداشت و درمان و اورژانس کشور با سازمانهای برون بخشی از جمله هلال احمر از نقاط اجرایی موفق در سطح گسترده ارزیابی گردید. همچنین اعزام تیم کارشناسی فنی و خبره بیماریهای واگیر به همراه تیم بهداشت محیط به کشور عراق و همچنین استقرار تبمهای منتخب بهداشتی در طول مرزهای غربی کشور نیز از نقاط قوت برنامه ریزی شده در سال جاری ارزیابی گردید.



جاده بی پایان بیماری های نوپدید؛ زیکاویروس

... ادامه از صفحه اول:

و تبدیل به یک زنگ خطر و هشدار جدی در ابتدای سال ۲۰۱۶ میلادی گردد. هرچند ارتباط علیتی بین زیکاویروس و عارضه میکروسفالی در جنین هنوز به اثبات نرسیده است اما افزایش غیرقابل انتظار موارد میکروسفالی در نوزادان متولد شده در سال جاری در برزیل درست بعد از شناسایی اولین موارد انتقال بومی این بیماری ویروسی در برزیل از ماه اردیبهشت امسال باعث پیدایش این سوال جدی شده است که آیا بیماری خفیف زیکاویروس تغییر ماهیت داده است یا چهره جدیدی از خود را نمایش می دهد؟ و اصلاً آیا ابتلا به زیکاویروس به عنوان عامل بروز میکروسفالی جنین مطرح می باشد یا خیر؟ گسترش سریع و انفجارگونه همه گیری این بیماری ویروسی از آمریکای جنوبی به سمت آمریکای مرکزی و سپس جزایر دریای کارائیب نگرانی فراوانی را در مسئولین بهداشتی آمریکا ایجاد نموده است چرا که پشه ناقل این بیماری در کشور آمریکا وجود دارد و امکان گسترش این بیماری در آن کشور قویاً مطرح می باشد. **نگرانی و اولویت فعلی راهبردی در جهان حفظ سلامت زنان باردار و جنین آنهاست.**

خانم مارگارت چان، رییس سازمان جهانی بهداشت در این رابطه می گوید که این بیماری از یک تهدید کوچک به هشدار در ابعاد عجیب و بزرگ تبدیل شده است و از این رو یک تیم فوریتی برای بررسی زیکاویروس تشکیل داده تا گسترش انفجاری آن و سوالات بی پاسخ فعلی را ارزیابی نمایند. ایشان در این رابطه اشاره نمود، "همانقدر که نگران هستیم به همان اندازه نیز هنوز مطمئن نیستیم." مطالعات ارتباط زیکاویروس و کوچکی دور سر نوزادان و اختلال تکامل عصبی در جریان هستند.



زیکا بر روی صندلی سرخجه: روزگاری سرخجه کابوس بسیار از زنان باردار بود اما پس از آنکه مطالعات جدید نشان دادند برخی از پیامدهای نامطلوب بارداری و میکروسفالی نوزادان در کودکانی رخ داده است که مادرانشان به زیکاویروس مبتلا بوده اند، هم اکنون نگرانی شدیدی در قاره آمریکا در میان زنان باردار رواج یافته است و همگان را به یاد کابوس سرخجه در گذشته ای نه چندان دور انداخته است. از این رو سازمان جهانی بهداشت تلاش می نماید تا برای کنترل این تهدید بهداشتی، برنامه موثر ارائه دهد.



تا زمان روشن شدن نتایج ارتباط علیتی زیکاویروس و اختلالات تکاملی سیستم عصبی جنین به **زنان باردار توصیه شده که از سفر غیرضروری به مناطقی که اکنون بیماری در جریان است خودداری نمایند و در صورت امکان سفر خود را به تعویق بیاورند.**

ویروس ها محدود به زادگاه خود نمی مانند و اکنون از ۳۶ کشور در سراسر جهان گزارشات تک گیر و یا طغیان های کوچک و بزرگ زیکاویروس گزارش شده اند.

کلمبیا، ونزوئلا، مکزیک، هندوراس، جزایر ویرجینیا آمریکا، پورتوریکو و چندین کشور آمریکای مرکزی و جنوبی، جزیره کیپ ورده در غرب آفریقا، و ساموآ در اقیانوسیه از جمله این کشورها می باشند.

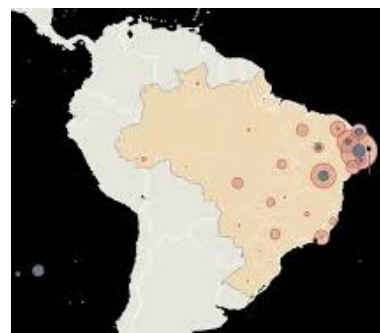
المپیک ۲۰۱۶ برزیل نیز تحت تاثیر پیامدهای زیکاویروس قرار گرفته است.



American Samoa
Barbados
Bolivia
Brazil
Cabo Verde
Colombia
Costa Rica
Curaçao
Dominican Republic
Ecuador
El Salvador

Fiji
French Guiana
Guadeloupe
Guatemala
Guyana
Haiti
Honduras
Jamaica
Maldives
Martinique
Mexico
New Caledonia (France)

Nicaragua
Panama
Paraguay
Puerto Rico
Saint Martin
Samoa
Solomon Islands
Suriname
Thailand
Bolivarian Republic of Venezuela
Tonga
Vanuatu
Virgin Island (US)



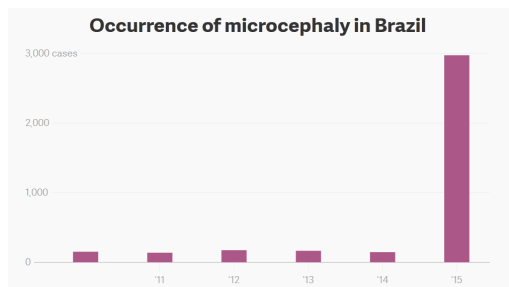


زیکاویروس از نوپیدی تا PHEIC

ویروس **Zika** از جمله ویروس های قابل انتقال توسط نیش حشرات است که مانند ویروس عامل بیماری تب دنگی و چیکنگونیا با نیش پشه آئدس منتقل می شود. مهمترین پشه های آئدس ناقل بیماری آئدس اجیپتی و آئدس آلبوپیکتوس هستند اما انواع دیگری از آئدس ها می توانند در درجات بعدی عامل انتقال این بیماری های ویروسی باشند.

کسانی که ویروس زیکا وارد بدنشان می شود در حدود ۸۰٪ موارد بی علامت و در مواردی که علامتدار می شوند نیز عموماً علائم ملایمی مانند تب خفیف، بثورات پوستی غیرتاولی تا حدی خارش دار، قرمزی چشم را بروز می دهند. هرچند درمان بطور علامتی انجام می پذیرد و در حال تهیه واکسن مناسب برای آن می باشند اما راه های متعددی برای پیشگیری از ابتلا به این بیماری در زمان سفر به کشورهای گرفتار طغیان وجود دارد. این ویروس و پشه ناقل آن در آمریکا، آفریقا، اقیانوسیه و آسیا وجود دارد و اروپا نیز در مناطق جنوبی خود بدلیل گسترش پشه ناقل بسیار مستعد بروز موارد ابتلا به زیکا در آینده نزدیک می باشد.

زیکاویروس یک ویروس نوپدید محسوب می شود که در سال ۱۹۴۷ برای اولین بار در آفریقا (اوگاندا) در مطالعات ویروس شناسی از بدن میمون آفریقایی جدا گردید. از آن زمان به بعد موارد تک گیر ابتلا از نقاط مختلف مناطق استوایی و نیمه استوایی گزارش می گردید و ویروس به تدریج قلمرو خود را گسترش داد تا اینکه در سال ۲۰۰۷ میلادی طغیان چشمگیری را از نظر تعداد در جزائر Yap در شمال اقیانوسیه بوجود آورد و تخمین زده می شود ۷۵٪ جمعیت انسانی این منطقه به این ویروس مبتلا گردیدند. از سال ۲۰۱۳ قلمرو ویروس به جنوب اقیانوسیه و مجمع الجزائر پلی نزی فرانسوی رسید و تردد بالای مسافران و توریست هایی که بیماری را با خود به وطن می بردند جغرافیای حضور ویروس را به کشورهای دیگر از جمله ژاپن نیز گسترش داد. در سال ۲۰۱۴ مسابقات قایقرانی برزیل برگزار شد و ۴ منطقه از جزائر پلی نزی فرانسوی در آن شرکت جستند و همچنان که نتایج تحلیل ژنتیکی مبتلایان اخیر برزیل نشان می دهد، تشابه بسیار بالایی بین ویروس زیکا در مبتلایان برزیلی سال ۲۰۱۵ و مبتلایان پلی نزی ۲۰۱۴ وجود دارد. در سال ۲۰۱۵ میلادی گسترش بیماری به بیش از ۲۰ کشور آمریکای جنوبی و مرکزی پس



از مناطق شرقی و شمالی برزیل گزارش شد و افزایش گزارش تولد نوزادانی که با مجموعه کوچک و عدم تکامل مغزی (میکروسفالی) بدن می آمدند در سال ۲۰۱۵ باعث ایجاد نگرانی گردیده است و هرچند تا کنون چنین پدیده ای از عوارض ابتلا به زیکاویروس گزارش نشده بود اما ارتباط علیتی و همزمانی آن با همه گیری گسترده زیکاویروس باعث شد تا سازمان جهانی بهداشت در ۱۲ بهمن اعلام فوریت بهداشتی بین المللی (PHEIC) نماید و تحقیقات گسترده ای را برای کشف ارتباط احتمالی زیکاویروس و عوارض مغزی جنین و گیلن باره در مبتلایان آغاز کند و اگر عامل دیگری سبب بروز این نقائص عصبی

است هرچه زودتر شناسایی نمایند. بروز گیلن باره پیش از این نیز در بزرگترین طغیان زیکاویروس تا پیش از این (طغیان ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ در پلی نزی) نیز گزارش شده بود. هرچند در برخی موارد انتقال زیکاویروس از راه انتقال خون و انتقال جنسی گزارش شده است که امری بسیار نگران کننده است اما انتقال از طریق نیش پشه راه اصلی بروز همه گیری ها می باشد و ضروری است کشورها برای احتمال وجود پشه و میزان گسترش و گونه های مختلف آئدس موجود برنامه داشته و جهت شناسایی مبتلایان احتمالی افزایش ظرفیت آزمایشگاهی را مد نظر قرار دهند. به زنان باردار توصیه می شود که مسافرت های غیر ضروری خود را به کشورهای گرفتار طغیان لغو کنند و در صورت بروز علائم بیماری در عرض ۲ هفته بعد از بازگشت از سفر بین المللی، حتماً به پزشک خود در مورد سابقه سفر خود اطلاع دهند. هرچند بیماری زیکا تا کنون در گروه بیماریهای کشنده محسوب نمی شود ولی در افرادی که بیماری زمینه ای داشته اند مواردی محدودی از فوت گزارش شده است. در چیکنگونیا و تب دنگی درجه حرارت بیمار بالاتر و دردمفاصل شدیدتر از زیکاویروس است و در برخی بیماران مبتلا به تب دنگی ممکن است تب خونریزی دهنده شدید در بیمار رخ دهد. تقریباً در تمام مناطقی که زیکاویروس هست تب دنگی از قبل حضور داشته و پشه های ناقل آن مشترک هستند. انتقال از راه بزاق و ادرار هنوز به اثبات نرسیده و تنها وجود ویروس زنده در آنها مشاهده شده است. در شرق مدیترانه پشه آئدس وجود دارد اما هنوز زیکاویروس گزارش نشده است. وجود پشه آئدس در این منطقه ضرورت مراقبت بیماری و حشره شناسی را یادآوری می سازد و مرکز مدیریت بیماریهای واگیر در چندسال اخیر اقدامات تحقیقاتی مراقبتی خود را در زمینه حشره شناسی آغاز نموده است.

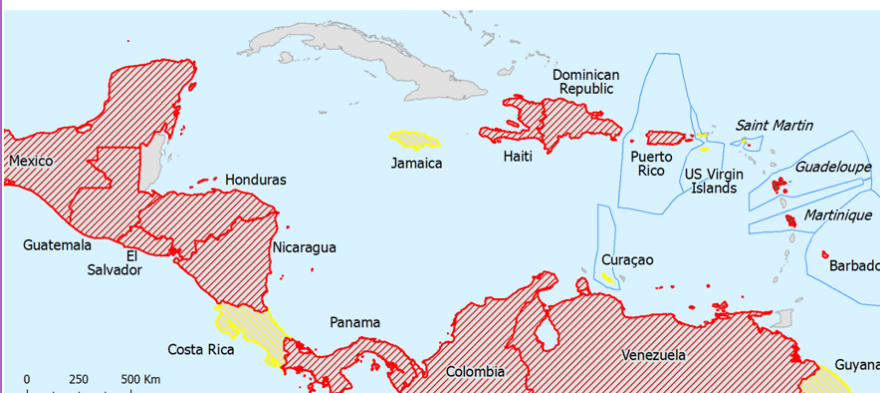


زیکا در حال گسترش

در عرض ۹ ماه گذشته مواردی از بیماری در مناطق توریستی جزائر مالدیو، تایلند و بسیاری از جزائر تفریحی در جنوب منطقه اقیانوسیه گزارش شده است و بیشترین شدت بیماری در ۲ ماه گذشته متعلق به آمریکای مرکزی و جنوبی و به ویژه برزیل بوده



است. گسترش بیماری به کشور مکزیک باعث افزایش نگرانی مسئولین بهداشتی ایالات متحده آمریکا گردید چراکه نزدیک بودن ایالت تگزاس

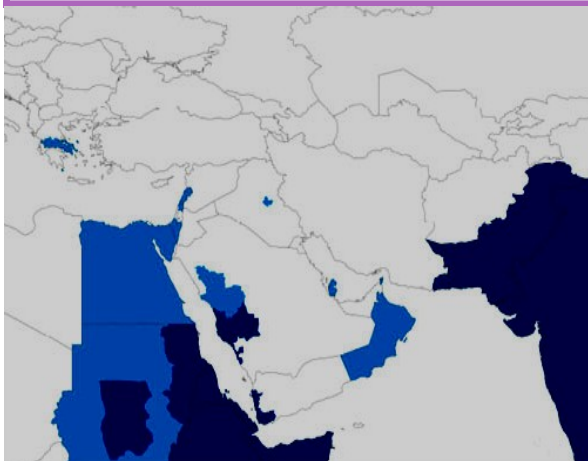


احتمال گسترش بیماری به آن ایالت را محتمل تر می نمود. با گزارش اولین مورد ابتلا در تگزاس و تایید یک مورد قطعی بیماری که از راه جنسی بیماری را کسب نموده بود تمام شک ها به یقین تبدیل گردید و اکنون ایالت متحده آمریکا نیروهای بهداشتی خود را بر روی پیشگیری از گسترش بیشتر این بیماری متمرکز نموده است. از آنجا که پشه ناقل بیماری زیکا در مناطق استوایی و نیمه استوایی قرار دارد لذا تقریباً نیمی

از جمعیت جهان در معرض خطر انتشار بالقوه بیماری های منتقله توسط این پشه مانند تب دنگی، زیکا ویروس و چیکنگونیا هستند. در سال های اخیر تب دنگی و سپس چیکنگونیا و هم اکنون زیکا ویروس مشکلات بهداشتی و اقتصادی عدیده ای را برای آمریکای جنوبی و مرکزی ایجاد نموده است. از هم اکنون نگرانی ها در مورد المپیک ۲۰۱۶ برزیل بسیار زیاد شده است.

آیا عمره و تمتع ۲۰۱۶ تحت تاثیر Zika خواهد بود؟

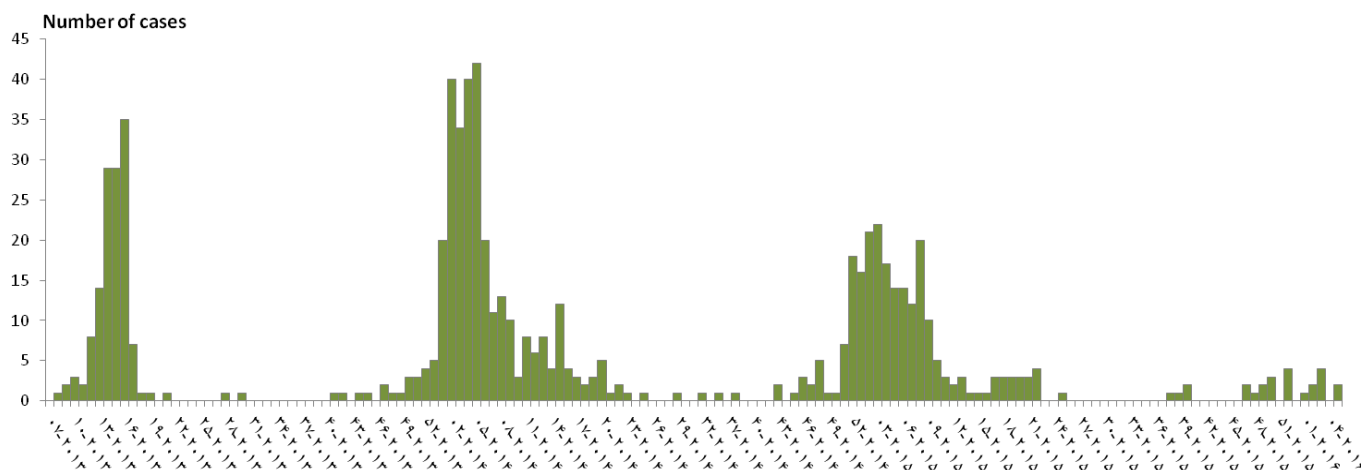
از آنجا که آندس، پشه ناقل تب دنگی و زیکا ویروس، یکسان می باشد لذا در هر کشوری که پشه خونخوار ناقل ویروس دنگی وجود داشته باشد مسئولان بهداشت آن کشور نگران حضور ویروس زیکا در آنجا خواهند بود و شهر **جده در عربستان** یکی از آنها است. در تصویر روبرو مناطقی که **آبی کمرنگ** هستند در گذشته سابقه طغیان تب دنگی داشته اند (مانند عراق در ۱۹۴۷ میلادی) و مناطقی که **آبی پررنگ** هستند ۳۰ سال اخیر نیز شاهد طغان دنگی بوده اند. (مانند کشور یمن که امسال طغیان دنگی را تجربه نمود).





مبتلایان انسانی آنفلوآنزای پرندگان H7N9 در چین

امسال چهارمین سال متوال است که آنفلوآنزای پرندگان H7N9 در چین بطور فصلی تعداد زیادی از مردم را مبتلا می نماید و هرچند یکی از نامزدهای اصلی پاندمی ویروسی بعدی جهان است اما هنوز بطور کامل شرایط همه گیری جهانی را کسب نکرده است و بجز دو مسافر کانادایی و یک انتقال مسافرتی به مالزی گزارشی از ابتلا در خارج از کشور چین تا کنون وجود نداشته است. از ابتدای همه گیری از ماه مارس ۲۰۱۳ تا پایان ماه ژانویه ۲۰۱۶ تعداد مبتلایان گزارش شده به سازمان جهانی بهداشت به ۷۰۲ نفر رسیده است که از این میان تعداد ۲۷۸ نفر جان خود را از دست داده اند.



گسترش جهانی آنفلوآنزای پرندگان

در چند ماه گذشته در کشور فرانسه طغیان های متعدد آنفلوآنزای پرندگان در طیور رخ داده است که در اثر H5N1 و H5N2 و H5N9 بوده اند. در آفریقا نیز طغیان های متعدد H5N1 در کشور نیجریه رخ داده است که چندین هزار پرنده را تلف نموده است درحالیکه سالها بود که کشور نیجریه تا این حد آسیب شدید از آنفلوآنزا پرندگان ندیده بود. کشور تایوان نیز بیش از ۱۰ طغیان آنفلوآنزا H5N2 و H5N8 را گزارش نموده است. در هنگ کنگ نیز طغیان H5N6 گزارش گردیده است و در چین نیز دو مورد انسانی ابتلا به H5N6 مجدداً گزارش شده است (اولین موارد انسانی H5N6 در چین و در اوایل سال ۲۰۱۴ شناسایی شد). هرچند طغیان های این ویروس در ویتنام و لائوس نیز گزارش شده اما تا کنون موارد انسانی آن فقط از کشور چین گزارش شده است.

طغیان های آنفلوآنزای پرندگان در ایالات متحده آمریکا نیز همچنان ادامه دارد و در آخرین طغیان های شناخته شده در آمریکا که در ایالت ایندیانا رخ داده است ویروس H7N8 از بوقلمون های تلف شده جدا شده است که فوق حاد بودند و برخلاف انتظار بود که H7N8 در پرندگان از نوع تحت حاد باشد و احتمال موتاسیون در این ویروس مطرح شده است. هرچند تا کنون موارد انسانی H7N8 در آمریکا گزارش نشده است اما طیف بالینی مختلف H7 در گذشته شناخته شده است و احتمال می رود تابلوهای بالینی خفیف این بیماری در آینده نزدیک مشاهده شوند. جهش ژنتیکی و فوق حاد شدن این ویروس باعث مرگ پرنده می شود و گسترش بیشتر موارد بیماری همچنان مطرح می



باشد. بیش از ۱۵۰ هزار مرغ تخمگذار را هرچند تست منفی داشتند دلیل رعایت احتیاط بیشتر معدوم سازی نمودند هرچند بدلیل سرمای شدید هوا و یخزدگی منابع آبی عملیات کشتار طیور محدود شد. این ویروس تاکنون در آمریکا دیده نشده بوده و بصورت نوپدید تشخیص داده شده است. ایالت ایندیانا چهارمین قطب پرورش دهنده بوقلمون در آمریکا و سومین قطب تولید کننده تخم مرغ و اولین قطب پرورش مرغابی در ایالات متحده آمریکا است و صنعت پرورش طیور این ایالت بیش از دو و نیم میلیارد دلار ارزش اقتصادی دارد.



آخرین وضعیت کوروناویروس MERS در عربستان و امارات متحده عربی

از ۳ سال پیش تا کنون (نیمه اول بهمن ۱۳۹۴) تعداد کل مبتلایان کوروناویروس MERS در عربستان به ۱۲۹۰ نفر رسید. از این تعداد ۵۵۱ نفر جان خود را از دست داده اند. آخرین بیمار مردی ۷۸ ساله است که سابقه تماس با شتر را ذکر نموده است و در بیمارستان با علائم خفیف بستری شده است.



در آخرین مطالعه انجام شده در عربستان بر روی ۱۱۲ شتر در بازار فروش شتر در جده مشخص شد که ۸۵ درصد شترها حامل ویروس MERS-CoV هستند. به تازگی در طغیان گزارش شده در میان شترها در جده ۱۱ شتر از ۴۶۵ نفر شتر موجود در یک دامداری به این ویروس آلوده بودند. گزارشات موارد ابتلای انسانی متعدد از شهرهای مختلف عربستان



در سال ۲۰۱۶ میلادی سبب شد که سومین مأموریت تیم اعزامی سازمان جهانی بهداشت در ماه ژانویه ۲۰۱۶ انجام شود و گزارش تیم اعزامی سازمان جهانی بهداشت اشاره دارد که همچنان نیاز است که در مراقبت طغیان ها و بیماری در شترها در عربستان تلاشها و پیشرفت هایی انجام پذیرند. راه اندازی سیستم الکترونیک web-based ثبت موارد از پیشرفت های جدید عربستان بوده است و در گزارش ذکر شده که "اکنون وقت آن رسیده است که مراکزی بعنوان دیده ور مشخص شوند و مراقبت سندرم شدید تنفسی (SARI) در آنها انجام گیرد". مراقبت بیماری در شترها در حال برنامه ریزی است و موانعی بر ایجاد این مراقبت در شترها پیش از بروز بیماری در انسانها وجود دارد و تیم ارزیاب توصیه نموده است که تیم وزارت بهداشت و کشاورزی عربستان فعالیتهای جداگانه را کنار گذاشته و همکاری بیشتری داشته باشند. بر اساس این گزارش هرچند درس آموخته های طغیان بزرگ بیمارستان نظامی در ریاض در سایر بیمارستان های نظامی و مراکز تحت پوشش دولت باعث ارتقا نظام کنترل عفونت بیمارستانی شده است اما در سایر بیمارستانهای دیگر هنوز نتایج بکارگیری این درس آموخته ها دیده نمی شود. ۳ نفر از چهاربیماری که در ابتدای سال میلادی جدید از مدینه، جده و بیشه گزارش شدند سابقه مصرف مکرر شیر خام شتر داشتند.

دو بیمار جدیدی که در امارات متحده عربی در (ابوظبی) گزارش شده است نیز تماس با شتر و مصرف مکرر شیر خام شتر را داشته است. آخرین بیماران گزارش شده امارات متحده عربی در تیرماه بود که ۳ عضو یک خانواده به این بیماری مبتلا شده بودند.



پاکستان و شیر شتر



بزرگترین کشور پرورش دهنده شتر در آسیا بدون شک پاکستان است که این موضوع با توجه به پیدایش بیماری نوپدید کوروناویروس MERS در جهان بسیار حائز اهمیت و ارزیابی دقیق می باشد.

در سالهای اخیر تبلیغ گسترده ای روی تنوع محصول، مزایای اقتصادی و تغذیه ای شیر شتر به عنوان غذای برتر نسل آینده در دنیا !!! و سودآوری صنعت پرورش شتر صورت گرفته است که باعث روی آوردن بخش خصوصی بصورت سازماندهی یافته و یا انفرادی در زمینه قاچاق و پرورش شتر در کشورهای منطقه شده است!!! بسیاری از مطالعات انجام یافته در عربستان سعودی نشان می دهد افزایش شترداریهای اطراف شهر ریاض با بروز طغیان های متعدد این بیماری در این شهر همراه بوده است.



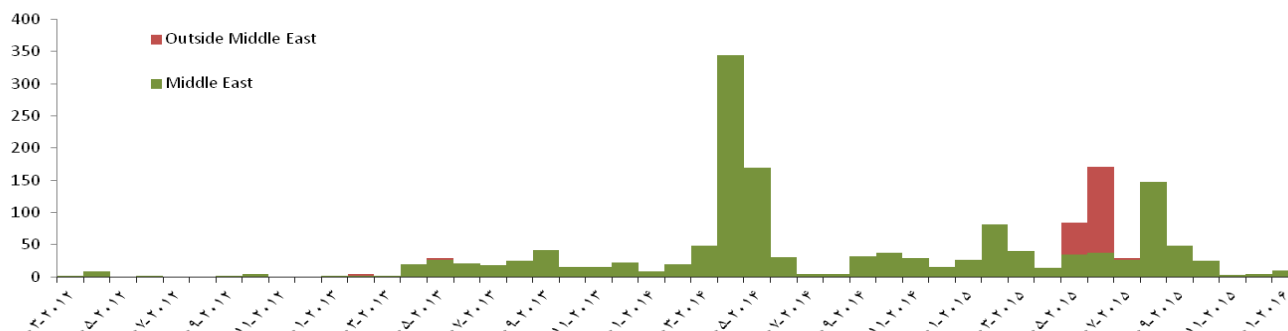
هرچند گزارشی از ابتلا به بیماری کوروناویروس مرس در انسان و یا شتر از کشور پاکستان منتشر نمی شود اما امروزه بر هیچکس پوشیده نیست که گله های شتر قاچاق از پاکستان و افغانستان آلودگی به این ویروس کشنده دارند و می تواند سبب آلودگی شترهای بومی هر کشور شوند.



تایلند مجدداً مورد مثبت کوروناویروس MERS شناسایی نمود

به فاصله حدود ۷ ماه از اولین مورد مثبت مبتلا به کوروناویروس MERS در یک مسافر عرب اهل عمان (مردی ۷۵ ساله که با خانواده خود به بانکوک در تایلند برای درمان بیماری زمینه ای رفته بود)، مجدداً مورد مثبت دیگری را در ابتدای سال ۲۰۱۶ میلادی گزارش نمود. بیمار جدید نیز مردی ۷۱ ساله است که برای درمان بیماری های زمینه ای خود به بانکوک از عمان سفر نموده بود و ۲۴ بعد از پذیرش در بیمارستان از نظر کوروناویروس مرس آزمایش گردید و نتیجه آزمایش مثبت اعلام شد. این بیمار یک هفته قبل از سفر خود در کشور عمان نیز بستری شده بود و از نظر کوروناویروس مرس مثبت اعلام شده بود اما جواب آزمایش این بیمار در عمان، زمانی مثبت شده و اعلام گردید که بیمار سه روز قبل از آن به تایلند سفر نموده و در تایلند جواب مثبت آزمایش وی اعلام شده بود. گزارش نماینده IHR ملی تایلند از طریق سازمان جهانی بهداشت به نماینده IHR عمان و بررسی اطرافیان بیمار مشخص نمود که بیمار در عرض ۲ هفته قبل از شروع علائم با شتر در تماس بوده است. ارزیابی های ویروس شناختی در کشور عمان در سال قل نشان از آلودگی گسترده شترها در آن کشور داشته و تا کنون کشور تایلند در دو مسافر عمانی خود قادر به شناسایی این ویروس تنفسی کشنده شده است. تایلند نگران تکرار تجربه مشابه کره جنوبی است زیرا تنها یک مورد بیمار مبتلا به مرس نیز می تواند نظام سلامت یک کشور را به چالش بکشد و لازم است تا با چشم باز مراقب هر گونه ابتلا و چرخش ویروس در تایلند باشند. سازمان جهانی بهداشت تا کنون ۱۶۳۳ بیمار مثبت و ۵۸۷ فوت ناشی از ویروس کوروناویروس مرس را در جهان گزارش نموده است.

Number of cases





بازگشت ابولا

در تاریخ ۷ دسامبر ۲۰۱۵ میلادی سازمان جهانی بهداشت اعلام نمود که کشور سیرالئون دوره زمانی لازم را پس از آخرین مورد شناخته شده قطعی ابولا طی نموده و عاری از ابولا اعلام گردید که این موضوع باعث خوشحالی بسیاری از مردم کشور سیرالئون و سایر نقاط جهان گردید. در تاریخ ۱۴ ژانویه نیز آخرین مورد انسانی ابتلا به ابولا در کشور لیبریا برای سومین بار اعلام شد و به نظر می رسد این روز پایان کابوس ابولا و روز تاریخی پایان همه گیری بزرگ ابولا باشد اما چند ساعت بعد در میان تعجب همگان اعلام شد که **مورد ابتلا جدیدی**

از ابولا در کشور سیرالئون

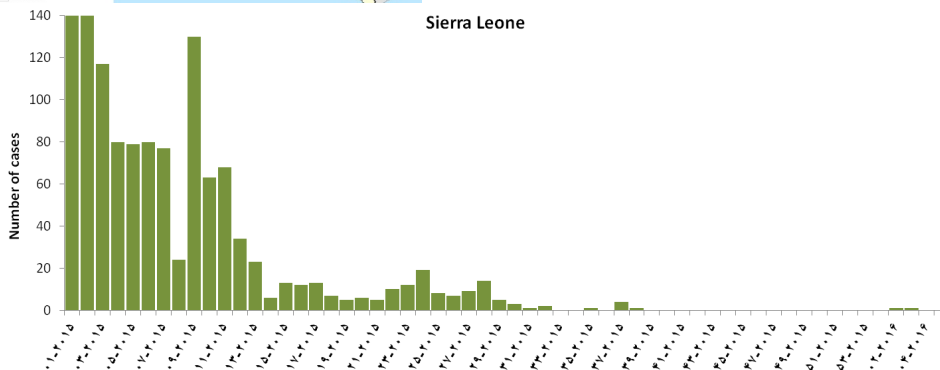
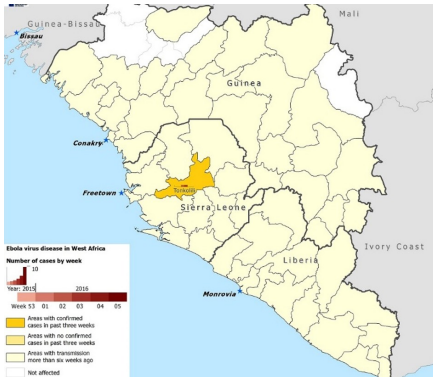
شناسایی شده است (منطقه

تونکولیلی) و بار دیگر شمارش معکوس

برای فرارسیدن روز پایانی همه گیری فراموش نشدن ابولا در غرب آفریقا آغاز شد؛ روزی که شاید خیلی دیر نباشد.

چندین بار اشتباه در پایان همه گیری در لیبریا و سیرالئون نشان می دهد که نظام شناسایی زود هنگام و قرنطینه اطرافیان و

تماس یافتگان بدون علامت در ابولا با چالش هایی همچنان روبرو است اما موفقیت های چشمگیر ماه های اخیر را نمی توان فراموش نمود و درس آموخته های بسیاری از این چالش بهداشتی برای جهانیان بجا مانده است.



دو بحران مشابه اما از جنسی متفاوت

بحرانی که غرب آفریقا در سال قبل با آن روبرو بود و بحران دیگری نیز که اکنون با آن دست و پنجه نرم می کند هر دو بحران هستند اما از جنسی متفاوت.

در سال گذشته بیماران تب دار فوج فوج مراجعه می کردند و تعداد بسیار اندک نیروی بهداشتی درمانی با جان فشانی سعی می کردند به آنها خدمات بهداشتی درمانی تا حد امکان ارائه دهند بطوریکه گاهی یک تیم د و نفره مجبور می شد که به ۵۰ تا ۶۰ نفر بیمار به تنهایی خدمت رسانی نماید که بسیار طاقت فرسا و ترسناک بود. اما آنچه امروز با آن روبرو هستند بیش از ۱۷۰۰۰ نفر مردان و زنانی هستند که از بیماری ابولا جان سالم بدر برده اند و اکنون گرفتار پیامدهای ابولا هستند. این پیامدها تنها به عوارض چشمی و دردهای مفصلی محدود نمی شود و باید بیکاری، معضلات اجتماعی و فرهنگی متعدد در پذیرفته نشدن از طرف همسایگان و مردم شهر، گرسنگی و مشکلات مرتبط با امنیت

غذایی و نگرانی های ناشی از احتمال انتقال بیماری تا ماه ها بعد را نیز به عوارض پزشکی و جسمانی طولانی مدت ابولا افزود و در این صورت است که مشاهده می کنیم **غرب آفریقا مجددا گرفتار بحران تازه ای است اما از جنسی متفاوت.**

بحران جدید غرب آفریقا امر غیرقابل پیش بینی نبوده و از ماه ها قبل و بلکه از ابتدای اجرای پاسخ بهداشتی درمانی از سال قبل نیز قابل تصور بود و از این رو برنامه های دوره پس از بحران طراحی و اکنون در حال اجرا می باشد.

