

اخبار مراقبت

اسفند 1392 - سال چهاردهم - شماره 88



سازمان جهانی بهداشت هر ساله پیامی را با توجه به معضلات بهداشتی عمده جهان انتخاب می نماید. نیمی از جمعیت جهان در معرض بیماری های منتقله از نیش حشرات و سایر ناقلین هستند و 17% از کل بار ایجاد شده در اثر بیماریهای عفونی در جهان ناشی از این بیماریها می باشد. از اینرو امسال آگاه سازی همگان در مورد **بیماریهای که از طریق نیش ناقلین** به انسان منتقل می شوند به عنوان پیام شده است. انتظار می رود کشورهای عضو به مردم بیاموزند چگونه با **روشهای ساده** از خود و خانواده خود مراقبت نمایند، **مسافرانی** که به مناطق آلوده می روند آموزش ببینند و یاد بگیرند چگونه از خود در برابر نیش ناقلین مهاجم مراقبت نمایند، همکاری **سایر سازمان ها** با وزارت بهداشت بیشتر شده و **کشورهای همسایه** در مورد ناقلین و بیماری ها نوپدید همکاری ها را افزایش دهند.



در سال 1358 در تصرف لانه جاسوسی آمریکا شرکت داشت. در سال 1361 به همراه خانواده خود به خوزستان مهاجرت نمودند تا بتوانند حضور مستمر در جبهه داشته باشد و در اواخر همان سال برای اولین بار زخمی شد و بعد از مدتی استراحت مجدداً به جبهه دفاع مقدس شتافت. در عملیات **الفجر 1** در فروردین 1362 در حالی که چند مجروح را حمل می نمود مجدداً زخمی شد و در همان حال با آرپی جی یکی از رزمندگان روبرو تانکهای عراقی ایستاد و بعد از منهدم نمودن چند عدد از آنها در منطقه شرفانی دهلران هنگام آذان ظهر به ضرب گلوله یک تانک شربت شیرین شهادت را نوشید، و به آرزوی قلبی خویش رسید، این شهید همواره زمزمه می نمود که **”دوست دارم جایی به شهادت برسم که هیچکس مرا نشناسد و احمد صدایم نزنند و کسی جز خدا ناله هایم را نشنود“**. پیکر پاکش را در شهر بیرجند به خاک سپردند.

شهید دکتر سید احمد رحیمی



همه ساله در روزهای پایانی سال و ایام نوروز قالب کاروان های **راهیان نور** از سراسر کشور برای زیارت یادمان های شهدای جنگ تحمیلی راهی می شوند. از این رو در صفحه اول این شماره از اخبار مراقبت مرکز مدیریت بیماری های واگیر، از پزشک شهیدی یاد می شود که در منطقه **شرفانی (استان ایلام)** جان خود را در راه رضای خدا و دفاع از وطن و اسلام فدا نمود. شهید سید احمد رحیمی در فروردین ماه 1338 شمسی در شهر بیرجند در خانواده ای مذهبی به دنیا آمد و در سال 1356 در رشته پزشکی دانشگاه تهران پذیرفته شد.

چهار چوب سال 2014:

بیماری های منتقله از حشرات و سایر ناقلین



گزش کوچک، تهدید بزرگ

خانواده ها بدانند در مقابل **گزش** ناقلین چگونه از خود مراقبت نمایند

آگاهی مسافران در مورد **گزش** ناقلین و روش مراقبت از خود

اجرای مراقبت و مدیریت ادغام یافته ناقلین و بیماری های منتقله

همکاری با سایر سازمان ها و نهاد ها همکاری کشورهای همسایه

در این شماره می خوانید:

- 1 شعار روز جهانی بهداشت
- 2 گزارش اولین کارگاه NASA
- 3 ایران بدون سل
- 4 فلج اطفال در عراق
- 5 MERS در جده و مازنی (عمره)
- 6 MERS در یونان و فیلیپین
- 7 EWARN در سوریه
- 9 فلج اطفال در جهان
- 10 نوپدیدی ابولا در گینه
- 12 سود اقتصادی ایمن سازی
- 13 هزینه سنگین نیش پشه



ارزیابی نرم افزار نظام مراقبت سندرمیک در لواسانات

در اسفند ماه سال 1392 در راستای حسن اجرای نظام مراقبت سندرمیک بعنوان الگویی کارساز و اثربخش در مراقبت بیماری ها و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و شبکه بهداشت درمان لواسانات، برنامه نرم افزار مرتبط با جمع آوری اطلاعات در این نظام مراقبت بصورت آزمایشی محدود (قبل از آزمایش کشوری)، بررسی گردید و سپس در هفته سوم اسفند ماه نیز نرم افزار تهیه شده در مرکز بهداشتی درمانی جاجرود شهرستان شمیرانات، مورد ارزیابی قرار گرفت. حاصل این آزمایش بدست آوردن داده هایی بود که در بازنگری نرم افزار توسط همکاران بخش IT وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مورد استفاده قرار گرفت. امید است بزودی مرحله آزمایشی در 7 دانشگاه کشور به مرحله عمل برسد.

مراقبت بیماریها در کاروان های راهیان نور

با توجه به استقبال همه ساله علاقه مندان به بازدید مناطق جنگی و جابجایی امواج جمعیت انسانی که بصورت پی در پی به استان خوزستان و سایر استان ها دارای یادمان شهدا راهی می شوند، مرکز مدیریت بیماری های واگیر خود را مکلف می بیند که به عنوان عضوی از مجموعه ستاد راهیان نور در جهت پیشگیری از بروز و گسترش طغیان بیماری ها وارد عمل شده و خدمت رسانی نماید. از این رو با همکاری دانشگاه علوم پزشکی اهواز و سایر دانشگاه ها، و با تهیه چک لیست و فرم های خاص به این امر مناسب می پردازد.

گزارش برگزاری اولین کارگاه ارزیابی هزینه کرد کشوری ایدز (NASA)

از یک سو بالا بودن هزینه های مستقیم و غیر مستقیم برنامه های پیشگیری، مراقبت و درمان ایدز و از سوی دیگر محدود بودن منابع و همچنین ناکافی بودن اطلاعات مربوط به وضعیت تخصیص و هزینه منابع در برنامه های مختلف، می تواند تدوین برنامه های مداخله ای موثر را با مشکل جدی مواجه سازد. به همین منظور برنامه ای تحت عنوان **”ارزیابی هزینه کرد**



کشوری ایدز یا (NASA (National AIDS Spending Assessment) براساس برنامه پیشنهادی دفتر برنامه های مشترک ایدز سازمان ملل متحد ایدز (UNAIDS) در دستور کار مرکز مدیریت بیماری های واگیر قرار گرفته است. هم اکنون امکان آغاز اولین دور اجرای این برنامه با همکاری دفتر UNAIDS و حمایت مالی صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (GFATM) محقق گردیده و اجرای آن مستلزم مشارکت همه جانبه نهادهای درون بخشی و برون بخشی می باشد. به منظور اجرای صحیح این برنامه، ساختاری متشکل از کمیته راهبری، کمیته مشورتی و یک گروه کاری (متشکل از نمایندگان اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی، مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، دفتر UNAIDS و نماینده ای از دانشگاه های علوم پزشکی) تشکیل گردید. در تاریخ 10 اسفند 1392 **کارگاه ارزیابی هزینه کرد کشوری ایدز** برای سازمان های مرتبط در جمع آوری داده ها (سازمان زندانها و اقدامات تامینی و تربیتی کشور، امور سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره سلامت شهرداری، سازمان بهزیستی، شبکه سلامت سیما، کمیته امداد، دفتر امور آسیب اجتماعی وزارت رفاه تعاون کار و امور اجتماعی، سازمان انتقال خون، دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، دفتر امور سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)، با حضور نمایندگان سازمان جهانی بهداشت و دفاتر سازمان ملل متحد برگزار گردید. در تاریخ 11 و 12 اسفند ماه نیز کارگاه مشابهی برای دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور تشکیل شد. مقرر گردید تا دانشگاه های علوم پزشکی و سازمان های همکار تا 20 اردیبهشت 1393 جداول مورد نیاز را به مرکز مدیریت بیماری های واگیر ارسال نمایند.



برگزاری نشست خبری معاون محترم بهداشت ویژه مسابقه ایران بدون سل



در تاریخ 21 اسفند ماه 1392 جلسه ای با حضور معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و روسای محترم مراکز مدیریت بیماری های واگیر و غیر واگیر و نیز رییس روابط عمومی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در خصوص هفته سلامت و مسابقه بزرگ ایران بدون سل و سه تصمیم بهداشتی اجباری در خصوص تغییر عادات غذایی، الزام تحرک کافی و ترک سیگار برگزار شد. در این جلسه اهمیت مسابقه بزرگ ایران بدون سل با توجه به شیوع بالای سل در کشورهای همسایه جمهوری اسلامی ایران مورد بحث قرار گرفت و اشاره شد که درمان سل مقاوم به درمان، حدود 40 میلیون تا 250 میلیون هزینه دارد. در این جلسه به اقدام اداره کنترل سل و جذام در وارد نمودن دستگاه تشخیص سریع سل با همکاری و مساعدت سازمان ملل متحد به عنوان یک دستاورد بارز اشاره گردید. همچنین در این جلسه در مورد فقر، آسیب های اجتماعی، بیکاری، حوادث، طلاق، اعتیاد و رفتارهای پر خطر، آلودگی هوا به عنوان عواملی که خارج از کنترل مستقیم وزارت بهداشت می باشند و نیاز به همکاری فرابخشی دارند بحث و تبادل نظر گردید.

برگزاری مسابقه بزرگ ایران بدون سل

استفاده از بسیج های اطلاع رسانی، یکی از راهبردهای مناسب در جهت افزایش سواد سلامت جامعه است و وظیفه متولیان آموزش سلامت، برنامه ریزی و استفاده بهینه از رسانه های ارتباط جمعی به منظور ارتقا سطح آگاهی های مردم و دریافت خدمات بهداشتی مؤثر و استفاده از آنها نقش می باشد. **حمایت رسانه ها**، به عنوان یک راهبرد ارتقای سلامت محسوب می شود. مسابقه بزرگ **ایران بدون سل** تا 31 فروردین ماه سال 1393 از سوی اداره کنترل سل و جذام مرکز مدیریت بیماری های واگیر برگزار خواهد شد. هدف از برگزاری این مسابقه ضرورت اطلاع رسانی به منظور حذف بیماری سل است و به برندگان این مسابقه به قید قرعه جوایز ارزشمندی از جمله سکه بهار آزادی و کارت هدیه و دوره های آموزشی رایگان اهدا خواهد شد. نشانی www.behdasht.gov.ir و یا www.tb.hbi.ir دارای اطلاعات بیشتری در زمینه این مسابقه می باشد.

عفونت های فرصت طلب در بیماران HIV مثبت

محققان دانشگاه علوم پزشکی تهران، 498 بیمار HIV مثبت بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) را از نظر عفونت های فرصت طلب بررسی نمودند. در فاصله زمانی 2009 تا 2012 میلادی عفونتهای فرصت طلب شایعترین علت بستری مبتلایان به HIV بوده اند (51/2%) و در این میان سل (37/6%) شایعترین علت بستری بوده و توکسوپلاسموز مغزی (18%)، پنومونی پنوموسیستیس (13/3%) در رتبه های بعدی قرار دارند. اغلب بیمارانی که بدلیل عفونت فرصت طلب در بیمارستان بستری شدند (87/5%) شمارش CD4 کمتر از 200 داشتند و فقط 28/6% از بیماران سابقه درمان ضدرتروویروسی داشتند.

ارسال پیامک روزانه برای بیماران مبتلا به سل



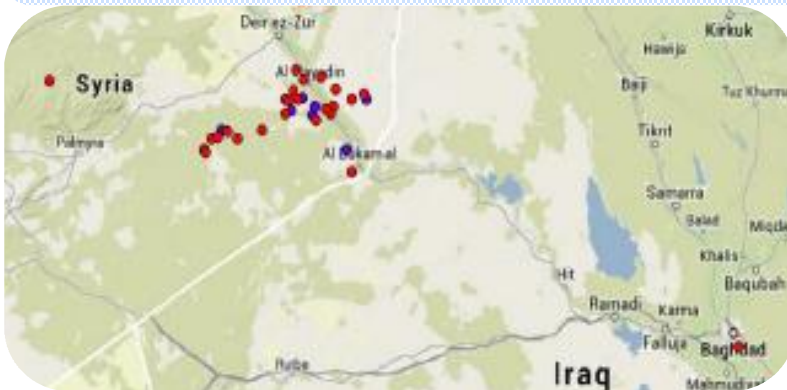
نظر به ضرورت ارتقاء سطح آگاهی بیماران مبتلا به سل و نیز یادآوری صبحگاهی مصرف دارو به بیماران مبتلا به سل (که ابزار یا روشی کمکی به رویکرد DOTs می باشد)، اداره کنترل سل و جذام مرکز مدیریت بیماری های واگیر با همکاری دانشگاه صنعتی شریف تهران اقدام به طراحی سامانه اطلاع رسانی سل (با عنوان پاس) برای ارسال پیامک روزانه به بیماران از طریق شماره اختصاصی 000123-021 نموده است که از ابتدای سال 1393 آغاز به ارسال پیامک برای بیماران دارای تلفن همراه و تمایل به دریافت این نوع پیامکها خواهد نمود. متن این پیامک ها برای روزهای مختلف درمان متفاوت و متناسب با اقداماتی است که باید در طول این مدت انجام گیرد در صورتیکه هزینه-اثربخشی این فعالیت در پایان سال اثبات گردد برای سالهای آتی نیز تداوم خواهد یافت. شماره تهیه شده برای ارسال این پیامکها از نوعی انتخاب شده که فیلتر شدن پیامک های تبلیغاتی مانع وصول آنها نخواهد شد.

برگزاری جلسه هم اندیشی تهیه برنامه استراتژیک 5 ساله کنترل سل در کشور

در تاریخ 21 اسفند جلسه توجیهی جهت هم اندیشی برای تهیه برنامه استراتژیک 5 ساله کنترل سل در کشور با حضور سازمانها، نهادها و مسئولین ذیربط در رده های مختلف که در بیماریابی، کنترل و پیشگیری بیماری سل به نحوی در ارتباط می باشند در دفتر عمران و توسعه سازمان ملل برگزار گردید. در این جلسه پیش نویس چشم انداز برنامه 5 ساله سل در اختیار گروه های شرکت کننده قرار گرفت و مقرر گردید هر سازمان و نهادی بر اساس حوزه فعالیت خود نسبت به سهم فعالیتش در این برنامه نظر خود را ارائه داده و تا پایان سال 1392 نظر خود را از طریق ایمیل به مسئولین امر در سطح وزارت متبوع ارسال تا نسبت به آن اقدام لازم صورت پذیرد.



فلج اطفال در منطقه خاور میانه و اقدامات کنترلی جمهوری اسلامی ایران



در اولین روزهای تعطیلات نوروزی سازمان جهانی بهداشت اعلام نمود که **یک مورد قطعی فلج اطفال در عراق** (پسر شیرخوار 6 ماهه ساکن بغداد) شناسایی شده است. این بیمار اولین مورد شناسایی شده فلج اطفال در عراق پس از 14 سال است. با بررسی های توالی ژنتیکی ویروس مشخص گردید که ویروس عامل بیماری فلج اطفال در این کودک که دچار فلج شل حاد شده بود با ویروس وحشی فلج اطفال گونه 1 در گردش در سوریه یکسان است. فقدان سابقه مسافرت به سوریه یا تماس اهالی خانواده این کودک با اتباع سوریه، نشان دهنده **تداوم گردش ویروس در عراق** است. آمارها نشان می دهند که پوشش واکسیناسیون سال 2012 میلادی در کشور عراق حدود 70% و در بغداد نیز بیش از 81% نبوده است.

بعد از اعلام طغیان فلج اطفال در شهر دیرالزور کشور سوریه (13 اکتبر 2013 میلادی) نگرانی ها در مورد طغیان های مشابه در کشورهای همسایه ایجاد شده بود و برنامه **واکسیناسیون گسترده** در دستور کار برخی از این کشورها از جمله لبنان، ترکیه، نوار غزه و سواحل غربی، اردن و مصر، قرار گرفت بطوریکه هر کدام 2 یا 3 برنامه ملی ایمنسازی مکمل انجام داده و بدین ترتیب 22 میلیون کودک را در برابر این ویروس مورد ایمنسازی قرار داده اند. **در کشور عراق نیز از پائیز سال گذشته تا پایان زمستان 1392 دو برنامه گسترده ایمنسازی ملی و 3 برنامه ایمنسازی منطقه ای برای مقابله با فلج اطفال صورت گرفته بود.** در حال حاضر تعداد موارد در سوریه به 37 مورد رسیده است و آخرین مورد بیماری مربوط به آذر ماه 1392 می باشد. مرحله دوم ایمنسازی در کشورهای عراق، مصر، لبنان و سوریه از ماه آوریل تا ماه می انجام خواهند پذیرفت.

اقدامات انجام شده در جمهوری اسلامی ایران بعد از گزارش مورد قطعی فلج اطفال در عراق:

1. **تقویت نظام مراقبت فلج شل حاد و مکاتبه با دانشگاه های سراسر کشور جهت تکمیل برنامه ایمن سازی کودکان با توجه ویژه به گروه های آسیب پذیر و پرخطر.**
2. از تاریخ 6/1/93 در پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی، کلیه کودکان زیر 15 سال ایرانی که از مرزهای دریایی، هوایی یا زمینی به کشور عراق عزیمت می کنند، **بدون توجه به سابقه** ایمن سازی، مجدداً واکسن فلج اطفال دریافت می کنند.
3. از تاریخ 6/1/93 در پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی، کلیه کودکان زیر 15 سال غیر ایرانی که از مرزهای دریایی، هوایی یا زمینی وارد ایران می شوند، **بدون توجه به سابقه** ایمن سازی، مجدداً واکسن فلج اطفال دریافت می کنند.
4. **بازدید مدیران و کارشناسان مرکز مدیریت بیماری های واگیر از استان های مرزی کشور** شامل خوزستان، کردستان، کرمانشاه، ایلام و آذربایجان غربی.
5. **برگزاری تله کنفرانس با ستاد سازمان جهانی بهداشت در ژنو** و گزارش اقدامات انجام شده و دریافت توصیه های آن سازمان.
6. **عملیات ایمن سازی تکمیلی** علیه فلج اطفال از 30 فروردین تا 2 اردیبهشت و از 3 تا 7 خرداد در مناطق پرخطر دانشگاه های نیمه شمالی کشور انجام خواهد شد.
7. در تاریخ 27 فروردین 1393 جلسه ای با حضور معاونین محترم بهداشتی و مدیران گروه بیماری های دانشگاه های آذربایجان غربی، کردستان، کرمانشاه، ایلام، اهواز، آبادان، شوشتر، دزفول و بهبهان به منظور بحث و تبادل نظر پیرامون **آخرین وضعیت بیماری در منطقه** و همچنین روزآمدسازی فعالیت های ایمنسازی جاری و تدوین میکروپلان شهرستانی برای انجام عملیات تکمیلی برای گروه های سنی زیر 15 سال در محل ساختمان ستاد مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید
8. در تاریخ 30 فروردین در محل سازمان غذا و دارو **جلسه هماهنگی تامین واکسن فلج اطفال** مورد نیاز برای عملیات ایمنسازی تکمیلی با سازمان غذا و دارو و موسسه تحقیقات واکسن و سرم سازی رازی



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی یزد برنامه بازآموزی ایدز ویژه پزشکان و دندانپزشکان

آگاهی پزشکان از دستورالعمل‌های مرتبط با HIV/ایدز از اهمیت بالایی برخوردار است و اطلاع رسانی به این گروه از افراد در معرض خطر می‌تواند گامی موثر در جهت تقویت هرچه بیشتر نظام مراقبت بیماری HIV/ایدز در کشور باشد. در این راستا معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد اقدام به برنامه غیر حضوری مراقبت و درمان HIV/ایدز با 10 امتیاز بازآموزی ویژه پزشکان و دندانپزشکان نموده است. زمان این برنامه تا فروردین سال 1394 خواهد بود. علاقمندان می‌توانند به سایت **سامانه آموزش مداوم یزد** به آدرس yazd.ircme.ir مراجعه نمایند.



طغیان مسمویت غذایی ناشی از مصرف ماهی بادکنکی (دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان)

در شهر بندرعباس، در تاریخ 10 اسفند سال 1392 دو بیمار با حال عمومی بد و علائم گوارشی در بیمارستان بستری شدند. یکی از این دو بیمار که غیر بومی بودند علائم بی حسی در اندام‌ها و صورت و لب داشت و نفر دوم در اثر شدت بیماری دچار حالت کما شده بود. بررسی‌ها نشان داد که این دو نفر مبادرت به خوردن تخم یک نوع ماهی بادکنکی تزئینی نموده بودند که مسمویت شدید غذایی بدن‌بال آن بوجود آمده بود. برای پیشگیری از بروز چنین حوادثی بایستی به مردم منطقه و به ویژه مسافران هشدار و آموزش لازم در مورد عواقب مصرف این مواد داده شود. بعد از مراقبت‌های ویژه حال این دو بیمار رو به بهبود نهاد. از کلیه همکارانی که توجه و دقت کافی در شناسایی و کنترل این طغیان نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.



گزارش طغیان هپاتیت A (دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان)

بعد از مراجعه یک مورد تب و زردی به یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش شبکه شهرستان میناب همکاران محترم آن مرکز بررسی‌های بیشتری به عمل آورده و 6 نفر بیمار دیگر نیز مورد شناسایی قرار گرفت. نتایج آزمایشات نشان دهنده آن بود که عامل طغیان ویروس هپاتیت A بوده است. آب روستای مذکور از چاه تامین می‌شد که توسط لوله کشی، آبرسانی به روستا انجام می‌گرفت. مبتلایان در گروه سنی دانش آموزان بودند که به همین دلیل مدرسه روستا نیز مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که وضعیت بهداشتی آب‌خوری‌ها و سرویس‌های بهداشتی نامناسب بوده و دانش آموزان نیز بهداشت فردی را رعایت نمی‌نمودند. مسئولین روستا، مدرسه و دانش آموزان مورد آموزش نکات بهداشتی لازم قرار گرفتند. بدینوسیله از تمامی همکاران عزیزی که در تشخیص به موقع و کنترل این طغیان تلاش نمودند قدردانی می‌شود.



برگزاری چهارمین کارگاه منطقه ای سرخک در دانشگاه علوم پزشکی کاشان

چهارمین کارگاه منطقه ای نحوه بررسی و و پاسخدهی به طغیانهای سرخک از سوی مرکز مدیریت بیماریهای واگیر با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان از 10 تا 11 اسفند ماه سال جاری در دانشگاه علوم پزشکی کاشان برگزار گردید. در این کارگاه 15 دانشگاه علوم پزشکی کشور حضور داشتند. در این کارگاه، مدیران گروه و کارشناسان مراقبت سرخک دانشگاه‌ها در 3 گروه کاری 10 نفری تقسیم شده و توسط 3 نفر تسهیل کننده از سطح ستادی حاضر در هر گروه، یک مورد **طغیان سرخک فرضی** مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و در مورد نحوه **پاسخدهی سریع و مطلوب** بحث و تبادل نظر انجام شد. در ارزیابی عملکرد نهایی، تمامی شرکت کنندگان از روند اجرای کارگاه رضایت کامل داشتند. با توجه به اینکه شرکت کنندگان مشارکتی فعال در کارگروه مربوط به خود داشته اند مهارت لازم را در این زمینه کسب نموده و قادر خواهند بود به عنوان تیم بررسی کننده طغیان در سطح دانشگاهی در منطقه خود عمل نمایند. ضمن تشکر از همکاران محترم معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان به جهت برگزاری این کارگاه، از تمامی عزیزانی که از دانشگاه‌های علوم پزشکی در این سری کارگاه‌های منطقه ای شرکت می‌کنند درخواست می‌گردد تا با همکاری مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر اقدام به برگزاری کارگاه‌های مشابه در سطح دانشگاه‌های خود نمایند.





MERS در یونان

مرد 69 ساله یونانی الاصل مقیم عربستان، از شهر جده به یونان سفر نموده و بعد از رسیدن به یونان بدلیل تب طول کشیده بستری گردید. از آنجا که قبل از عزیمت به یونان در شهر جده اقامت داشته و علائم تنفسی وی نیز احتمال ابتلا به کورونایروس MERS را مطرح می نمود، از نظر این ویروس بررسی شد که در دو آزمایش متوالی در انستیتو پاستور یونان مثبت گزارش گردید. حال عمومی وی در حال حاضر نسبتا خوب است. این بیمار دهمین بیمار MERS-CoV اروپا بوده و یونان نیز پنجمین کشور اروپایی است که بیمار MERS را گزارش می نماید.

تعطیلی اورژانس بیمارستان در جده (عربستان)



از ابتدای سال 2014 میلادی دو طغیان بیمارستانی ویروس MERS رخ داده که یکی در شهر جده عربستان و دیگری در ابوظبی امارات متحده عربی بوقوع پیوسته است. افزایش ناگهانی موارد مبتلا در جده (یکی از شهرهای مهم در مسیر زائرین حج) به حدود 50 نفر در عرض کمتر از 3 هفته (در ماه آوریل) بسیار نگران کننده بوده است. ابتلا یکی از مسئولین بیمارستان منجر به تعطیلی موقت اورژانس بیمارستان بزرگ شهر جده گردید. در پی گزارش طغیان بزرگ شهر جده، اخبار نیمه رسمی از کشور یمن نیز مبنی بر اولین مورد مثبت MERS در یمن منتشر گردید! این اخبار به فوت یک مرد در بیمارستان شهر صنعا اشاره می کنند اما هنوز وزارت بهداشت یمن این خبر را در سایت خود اعلام ننموده است.

عربستان: 218 بیمار و 73 فوت ناشی از ویروس MERS

از سال 2012 میلادی تا آخرین هفته فروردین 281 بیمار و 99 فوت ناشی از ویروس MERS در جهان گزارش شده است که یک پنجم آن در 3 هفته اول ماه آوریل 2014 رخ داده است. سال گذشته نیز در ماه آوریل بدلیل طغیان بزرگ شرق عربستان افزایش شدید موارد عربستان آغاز شد. امسال 50٪ از موارد ماه آوریل، اعضا تیم پزشکی هستند

مطالعه بر روی زائران حج تمتع ۲۰۱۳ (فرانسه): در مطالعه ای که فرانسه در حج تمتع 2013 انجام داده و بیماری کورونایروس MERS و آنفلوانزا را مراقبت نموده بود، مشخص گردید که 71٪ از حاجیان فرانسوی بعد از بازگشت علائم شبه آنفلوانزا را تجربه نموده بودند. از 129 حاجی نمونه گیری شده بود که 10 نمونه از نظر آنفلوانزا مثبت گزارش گردید (8 نمونه آنفلوانزا A H3N2 بود). از 14 حاجی اولی که برگشته و بستری شده بودند نیز نمونه گیری به عمل آمد که در 9 نفر از ایشان آنفلوانزا جدا شد. تمام نمونه ها برای MERS منفی بودند و هیچکدام از حاجیان تمتع 2013 ناقل MERS ترشحات بینی خود نبودند. در این مطالعه شیوع آنفلوانزا هرچند احتمالا کم برآورد شده است اما نسبت به مطالعه سال 2012 تقریبا دو برابر شده که احتمالا به دلیل مراقبت دقیقتر فرانسوی ها در این زمینه می باشد. شیوع آنفلوانزا در زائرین نیز و نشان دهنده اهمیت واکسن آنفلوانزا در حاجیان می باشد.

طغیان MERS در امارات متحده عربی:

در تاریخ 14 ماه آوریل مسئول IHR کشور امارات متحده عربی خبر از یک طغیان خوشه ای 14 نفره در بیمارستانی در ابوظبی داد که در اعضا تیم درمانی کشف گردید. میانگین سنی مبتلایان 39/8 سال بود و همگی حال عمومی خوبی دارند. این افراد در طی بررسی تماس یافتگان با یک بیمار قطعی تشخیص داده شدند. یکی از ایشان اهل فیلیپین بوده که به کشورش بازگشته است!

کوروناویروس MERS بعد از عمره به مالزی رسید:



وزارت بهداشت مالزی اعلام نمود که نمونه بررسی شده زائر 54 ساله مالزیایی از نظر MERS مثبت گردیده است. این زائر بعد از سفر عمره 13 روزه خود به همراه یک گروه 18 نفره به مالزی بازگشته (5 فروردین) و بعد از یک هفته دچار علائم تنفسی شده بود. این زائر 2 روز قبل از بازگشت از شیر شتر مصرف نموده بود.



پرستار فیلیپینی کورونایروس MERS را به مانیلا پایتخت کشورش برد: بعد از فوت

یکی از اعضا فیلیپینی تیم اورژانس الاهلی امارات متحده عربی که مردی 45 ساله بود، یک عضو فیلیپینی دیگر تیم اورژانس که از هموطن خود مراقبت نموده بود در ضمن بررسی های بیشتر آلوده به MERS تشخیص داده شد. این مرد 34 ساله که در زمان بررسی بدون علامت بوده است قبل از آماده شدن پاسخ آزمایشات به کشورش بازگشته است و هم اکنون در کشورش توسط مسئولین بهداشت در اتافی مجزا تحت نظر می باشد.





مبتلایان بدون علامت آنفلوانزا

در یک مطالعه 5 ساله که در انگلستان از سال 2009 میلادی انجام شده است مشخص گردید که تنها 23% از مبتلایان به آنفلوانزا پاندمیک A(H1N1) دارای علائم بالینی بوده اند و حدود سه چهارم مبتلایان هیچگونه علائم بالینی نداشته اند. یافته دیگر در این تحقیق آن است که تنها در 17% از بیماران علامتدار، شدت علامت به حدی می رسد که بیمار احساس نیاز برای مراجعه به پزشک پیدا میکند و این موضوع نشان می دهد که تنها قله کوچکی از یک کوه یخ بزرگ توسط نظام مراقبت بیماریها



شناسایی و ثبت می شود، چرا که داده های نظام مراقبت رایج بر اساس بیماریانی شکل می گیرد که دارای علائم بالینی باشند. اگر به این نکته نیز توجه شود که بسیاری از افراد علامتدار بجای مراجعه به پزشک به خوددرمانی می پردازند بزرگی این کوه یخ را می توان تاحدی تصور نمود. بر اساس این مطالعه میزان آنفلوانزا در جامعه در فصل زمستان 22 برابر میزانی است که سامانه مراقبت سندرم شبه آنفلوانزا ثبت می نماید.

شبکه هشدار و پاسخ سریع و بحران سوریه

بدنبال وقایع اخیر در کشور سوریه نه تنها حدود 4 میلیون نفر در داخل کشور سوریه سرگردان شدند بلکه بالغ بر 5 میلیون مهاجر نیز از سوریه به سمت همسایگان آن کشور نقل مکان نمودند و می توان گفت که این بحران در سوریه جمعا 9 میلیون مهاجر به دنبال داشته است که بزرگترین مهاجرت سالهای اخیر بوده و دور از انتظار خواهد بود که مشکلات بهداشتی بزرگی نیز به دنبال بوجود آید. استفاده از شبکه هشدار و پاسخ سریع (EWARN) باعث شده موارد متعدد طغیان خطیر بطور زود هنگام در سوریه و کشورهای همسایه اش تشخیص داده شود و از آنجمله می توان به طغیان سرخک در سوریه، عراق، لبنان و اردن، یا طغیان حصبه در سوریه، بازپیدی فلج اطفال در سوریه و عراق، اسهال حاد خونی در سوریه، هپاتیت A در عراق، سوریه و اردن، افزایش غیرمعمول لیشمونیوز در لبنان و افزایش بروسلوز در سوریه اشاره نمود. سازمان جهانی بهداشت با همکاری مسئولین بهداشتی خود کشورها در سوریه، شمال عراق، لبنان و اردن و همچنین سازمان های غیر دولتی و نهاد های بهداشتی بین المللی اقدام به برپایی شبکه هشدار و پاسخ سریع نموده است. مهمترین چالشی که بر سر راه این شبکه مراقبتی وجود دارد نگهداری و ارتقا و گسترش آن می باشد. بهبود کیفیت داده های جمع آوری شده و تحلیل آنها نیز چالش دیگری است که در مقابل این شبکه مراقبتی وجود دارد و امید است که در سال جاری کشورهای دخیل در این شبکه بر این مشکلات فائق آیند.

خواب مرموز ساکنان روستایی در قزاقستان

سم شناسی، ویروس شناسی و اساتید زیست شناس به روستا اعزام شدند. نتایج بررسی مابع مغزی نخاعی و پرتوشناسی مغز بیماران تا کنون شواهدی به نفع بیماری های عفونی نداشته است. محققان در بررسی ها دریافتند که مقادیری از گاز رادون در هوای روستا موجود است. از بهار سال گذشته تا کنون 7000 نمونه بالینی و محیطی از نظر علل میکروبی و فلزات سنگین بررسی شده است. چند وزارتخانه قزاقستان این پروژه را حمایت می کنند.

از بهار سال 2013 تا کنون بیماری مرموزی در روستای Kalachi در منطقه آق مولا کشور قزاقستان شیوع یافته که منجر به بیماری 30 نفر گردیده است. سال گذشته 10 نفر از اهالی این روستا (680 نفر جمعیت) دچار ضعف، سرگیجه، خواب آلودگی، اختلال حافظه نسبی و حرکات ناهماهنگ بدن شدند. گروه سنی مبتلایان از 14 تا 70 سال بود. علائم بیماران در عرض 2 تا 3 روز رفع می شد. بررسی های اولیه بر روی نمونه های خون و معاینات روانپزشکی تماماً طبیعی بودند و پزشکان علت این طغیان مرموز را کشف نمودند. با آغاز سال 2014 مجدداً گروه دیگری از ساکنین دچار علائم اختلال عملکرد مغز (انسفالوپاتی) شدند و به درخواست وزارت بهداشت آن کشور تیمی متشکل از خبرگان

امیدهای تازه با کشف ویروس باکتری خوار جدید در باسیل سیاه زخم



چندی پیش در آفریقا، در پارک ملی ایتوشا در کشور نامیبیا یک راس گورخر در اثر ابتلا به بیماری شارپن (ناشی از Bacillus anthracis) تلف شد و بررسی های انجام شده به کشف جدیدی منجر گردید که در ماه فوریه دانشمندان آفریقایی آنرا منتشر نمودند. در درون

باکتری سیاه زخم جدا شده از این گورخر گونه جدیدی از یک ویروس باکتری خوار بزرگ شناسایی شد که «تسام سا» نامیده شد. ویروس عظیم الجثه تسام سا بدن کشیده و سر بزرگی دارد و از گونه سیفویروس ها می باشد با ساخت آنزیم لیزین باسیل سیاه زخم را از بین می برد. این موضوع نگاه تازه ای به سمت استفاده از باسیل خوار تسام سا در جهت تشخیص سریعتر و حتی درمان و ضدعفونی کردن



محیط های آلوده به باسیل ایجاد نموده است. در اوایل قرن بیستم که ویروسهای باکتری خوار (Bacteriophage) کشف شدند چندان مورد توجه از نظر خاصیت ضدباکتری بودن و استفاده در عفونت های باکتریایی قرار نگرفتند که به نظر می رسد علت آن کشف داروهای مانند پنی سیلین و سایر آنتی بیوتیک ها بود که در این سالها دانشمندان را به خود مشغول نموده بود. البته در سالهای گذشته دانشمندان روسی بیشتر از بقیه به باکتری خوارها بها داده اند. باسیل سیاه زخم وقتی در خاک منطقه ای وارد شود به شکل اسپور مقاوم درآمده و مدت طولانی ماندگار می شود و گورخرها و گیاه خواران با خوردن علف های آلوده به اسپور به بیماری مبتلا می شوند و بعد از تلف شدن در طبیعت مجدداً باکتری به خاک بر میگردد.



مرگ و میر ناشی از هپاتیت در اروپا از HIV بیشتر است

از سال 1990 تا 2010 میلادی روند مرگ و میر ناشی از ویروس هپاتیت B و C همانند ویروس HIV افزایش یافته است. هرچند مرگ و میر ناشی از عفونت HIV در جهان بیش از مجموع این دو ویروس هپاتیت است (1/47 میلیون در برابر 1/29 میلیون فوت سالانه) اما در اروپا اینگونه نیست و مجموع فوت ناشی از هپاتیت B و C بیش از ویروس HIV است. در سال 2010 میلادی 57000 مرگ ناشی از هپاتیت C و 31000 مرگ ناشی از هپاتیت B ثبت شده است که در مقایسه با تنها 8 هزار فوت ناشی از HIV بسیار بیشتر است. این آمار نشان می دهد که هرچند برنامه های کنترلی HIV/ایدز در تمام دنیا یک اولویت مهم بهداشتی هستند اما از آنجا که میزان مرگ و میر ناشی از هپاتیت در اروپا بیشتر است، کشورهایی که آمار بالای فوت ناشی از هپاتیت دارند بهتر است نسبت به هپاتیت غفلت نداشته و آنرا در اولویت بهداشتی خود قرار دهند. هرچند از اواخر دهه 90 در اتحادیه اروپا مرگ و میر ناشی از HIV بسیار کاهش داشته و در برخی مناطق نصف شده است اما در اروپای شرقی وضع به گونه دیگری است و میزان مرگ بدنبال عفونت HIV شیب افزایش یافته است و شاید به همین دلیل است که میزان بالای مرگ و میر ناشی از هپاتیت در آن کشورها چندان جلب نظر ننموده است.

روند نگران کننده HIV/ایدز در فیلیپین



هرچند شیوع HIV در کشور فیلیپین هنوز کم می باشد اما موارد جدید سالانه HIV/ایدز در سالهای گذشته روند افزایشی داشته است. در سال 2000 بطور متوسط هر سه روز یک نفر به جمعیت مبتلایان به این

بیماری اضافه می گردید، در سال 2007 این میزان به روزی یک نفر رسیده و در سال 2010 میلادی به روزی 4 نفر افزایش پیدا نمود. این روند همچنان ادامه پیدا کرد تا در سال 2011 به روزی 7 نفر و در سال 2012 به روزی 9 مورد جدید HIV مثبت رسید. در سال 2013 به حدی رسیده که می شود هر دو ساعت یک مورد جدید!

راه اصلی انتقال HIV در این کشور راه جنسی (sexual contact) می باشد (93% موارد) که عموماً در اثر رابطه مردان همجنسگرا منتقل شده است. انتقال از مادر به کودک، 1% موارد و استفاده از سرنگ مشترک علت بیماری در 4% مبتلایان بوده است. در فیلیپین این بیماری از سال 1984 شناخته شد و حدود 14000 نفر تا کنون به HIV آلوده شده اند و تقریباً 1200 نفر به مرحله ایدز پیشرفته رسیده اند. تخمین زده می شود که تا سال 2015 تعداد مبتلایان به HIV/ایدز در آن کشور به مرز 46000 نفر برسد.

فیلیپین یکی از دو کشور آسیایی و یکی از هفت کشوری در جهان است که در سال 2009 میلادی در مقایسه با سال 2001 موارد جدید سالانه اش بیش از 25% افزایش داشته است. میانگین سن تجربه ارتباط جنسی 14 تا 19 سال است.

عفونت C. difficile در کودکان بدنبال تجویز

آنتی بیوتیک نابجا

در مطالعه جدید مرکز کنترل بیماری های آمریکا بر روی کودکان با سن کمتر از 17 سال مشخص شد که درصد قابل توجهی (70%) از اسهال ناشی از C. difficile در کودکان مورد مطالعه بدنبال تجویز آنتی بیوتیک توسط پزشک در مطب ها بوده است. بر اساس این مطالعه عفونت کلوستریدیوم دیفیسیل در کودکان بیشتر یک عفونت اکتسابی از جامعه محسوب می شود اما در بالغین برخلاف این می باشد و بیش از 60 درصد موارد کلوستریدیوم دیفیسیل بالغین بدنبال بستری و اقامت در محیط بیمارستان است و جزو عفونت های مهم بیمارستانی تلقی می گردد. سالانه 17000 کودک زیر 17 سال در آمریکا به عفونت کلوستریدیوم دیفیسیل مبتلا می شوند. این مطالعه نشان داد که 73% کودکان مبتلا در طی 3 ماه قبل از ابتلا به کلوستریدیوم دیفیسیل آنتی بیوتیک مصرف نموده اند که عموماً جهت درمان عفونت گوش، سینوس یا عفونت راه تنفسی فوقانی تجویز شده بوده است. مطالعات قبلی نشان می دهد که بیش از 50% از آنتی بیوتیک تجویزی برای اطفال در مطب ها جهت درمان عفونت های تنفسی بوده است که درصد قابل توجهی از آنها نیاز به تجویز آنتی بیوتیک نداشته است. برای اجرای برنامه های مرکز کنترل بیماری های آمریکا بودجه ای درخواست نموده اند تا با تجویز نابجای آنتی بیوتیک و عفونت های ناشی از این درمان نابجا مقابله نمایند. اگر مرکز کنترل بیماری های آمریکا بتواند برنامه های خود را جهت کاهش 20% تجویز نابجای آنتی بیوتیک بصورت سرپایی و 50% کاهش C. difficile بیمارستانی تا سال 2015 به انجام برساند تخمین زده می شود که جان 20 هزار نفر نجات پیدا کرده و از صرف هزینه ای معادل 2 میلیارد دلار جلوگیری می شود.





کشف پروتئینی که می تواند منجر به ساخت دارویی جدید در درمان آنفلوانزا گردد



آنفلوانزا یکی از مهمترین بیماری های ویروسی است که توجه بسیاری از محققین را به خود جلب نموده است. در مطالعه ای که ماه گذشته نتیجه آن منتشر گردید محققان دانشگاه تگزاس به مکانیسم عمل پروتئینی اشاره نمودند که می تواند منجر به ساخت دارویی جدید در درمان آنفلوانزا گردد. وقتی که ویروس وارد بدن انسان می شود نیاز به تکثیر دارد و پروتئین DDX21 که توسط بدن انسان ساخته می شود مانع از این تکثیر ویروس می گردد. ویروس آنفلوانزا با ساخت پروتئینی به نام NS1 و اتصال آن به DDX21 مانع از عمل دفاعی DDX21 شده

و در نتیجه ویروس می تواند به تکثیر خود ادامه دهد. ساختن دارویی که مانع از ساخت و عملکرد NS1 گردد می تواند درمان جدیدی در برابر ویروس آنفلوانزا باشد. همچنین NS1 می تواند با مهار نمودن پروتئین DDX21 باعث می شود که پروتئین دیگری نیز که برای تکثیر ویروس مهم است به نام PB1 به راحتی عمل نموده و ویروس تکثیر یافته و بیماریزایی نماید. در این تحقیق دانشمندان دانشگاه تگزاس مشاهده نمودند که مهار پروتئین دفاعی DDX21 بدن انسان باعث می شود که ویروس آنفلوانزا به راحتی و با سرعت 30 برابر حالت عادی تکثیر نماید. با توجه به نتایج این مطالعه پروتئین NS1 پروتئین کلیدی در چرخه تکثیر و بیماریزایی ویروس آنفلوانزا می باشد و

وضعیت فلج اطفال در جهان

بعد از گزارش سازمان جهانی بهداشت در اسفند 1392 مبنی بر تشخیص 3 کودک دیگر مبتلا به فلج اطفال در کشور کامرون و بررسی ژنتیکی ویروس وحشی عامل بیماری مشخص گردید که مدت طولانی است که ویروس در کامرون در گردش بوده است. علاوه بر این بدلیل فقدان نظام مراقبت مطمئن فلج اطفال در آن کشور، سازمان جهانی بهداشت خطر گسترش جهانی فلج اطفال را "بسیار بالا" اعلام نمود. مطالعات نشان می دهد که 30 درصد کودکان کامرونی هرگز قطره واکسن فلج اطفال دریافت ننموده اند.

چند هفته بعد از گزارش سازمان جهانی بهداشت، در کشور گینه استوایی نیز 3 کودک مبتلا به فلج اطفال تشخیص داده شد و بررسی ژنتیکی نشان داد که منشأ آنها همان گونه ویروسی در گردش در کشور کامرون می باشد. این کودکان اولین موارد فلج اطفال گینه استوایی بعد از سال 1999 میلادی هستند. با توجه به خطری که کشورهای همسایه کامرون را تهدید می نماید برنامه واکسیناسیون همگانی در آنها برنامه ریزی گشته و به عنوان مثال مقرر است از 22 تا 26 ماه آوریل 2014 در کشور گابون برنامه واکسیناسیون همگانی به اجرا درآید. در چنین شرایطی بسیار مهم است که کشورهایی که مرزهای پرتدد دارند و مخصوصا آنها که در وضعیت عاری از فلج اطفال بسر می برند، آمادگی نظام مراقبت فلج اطفال خود را حفظ نموده و آن را تقویت نمایند.

سال 2014	سال 2013 (زمان مشابه)	کل سال 2013	کشور
47	6	93	پاکستان
4	1	14	افغانستان
1	12	53	نیجریه
1	0	0	عراق
1	0	33	سوریه
3	0	0	گینه استوایی
3	0	4	کامرون
0	0	14	کنیا
0	0	194	سومالی
1	0	9	اتیوپی

تا نیمه ماه آوریل 2014 تعداد مبتلابان به فلج اطفال در جهان 61 نفر گزارش شد که در مقابل موارد سال 2013 در تاریخ مشابه (19 نفر) افزایش چشمگیری را نشان می دهد. از این میان 52 مورد مربوط به کشورهای بومی بیماری بوده و 9 مورد دیگر از کشورهای غیر بومی بیماری گزارش شده اند. در این میان بیشترین سهم متعلق به کشور پاکستان با 47 مورد فلج اطفال بوده است.



نوپدیدي ابولا در گینه و گسترش غیرعادی آن



ابولا یکی از کشنده ترین و مسری ترین بیماریهای عفونی است که در اثر عفونت با ویروس Ebola (از خانواده فیلوویریده) ایجاد میگردد و به سرعت (در عرض کمتر از یک هفته) می تواند تا 90% منجر به مرگ انسان گردد. با تشخیص اولین موارد انسانی ابولا در گینه در بهمن 1392 (ماه فوریه) کسی نمی دانست که اینبار یکی از نگران کننده ترین طغیان های تب خونریزی دهنده ابولا در غرب قاره آفریقا آغاز شده است. ابتدا موارد بیماری در 4 منطقه در جنوب شرقی کشور گینه گزارش شده بود اما به تدریج، **گسترش** باور نکردنی این بیماری واگیر به چندین کشور دیگر موضوع جهانی شدن (Pandemic) آنرا فراهم آورده است. با طی 600 کیلومتر فاصله و رسیدن بیماری به شهر **Conakry**، **پایتخت کشور گینه**، شهری که 2 میلیون نفر جمعیت دارد و نه

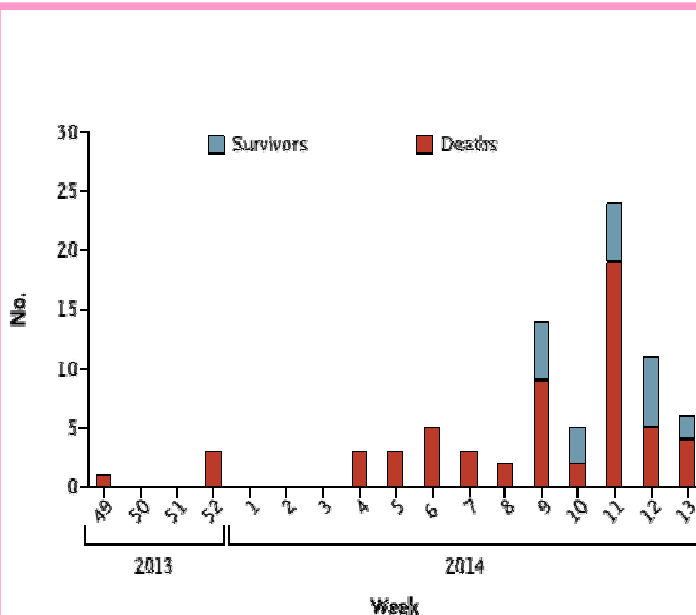
تنها یک شهر بندری است بلکه دارای فرودگاه بین المللی نیز می باشد باعث مضاعف شدن نگرانی ها در مورد گسترش بیشتر این بیماری گردیده است. کشور گینه با 0/1 پزشک به ازاء هر 1000 نفر یکی از پائین ترین شاخص ها را در این زمینه دارد. در ابتدا بررسی های **انستیتو پاستور فرانسه** (لیون)، زیرگونه ویروس را ابولا ژئیری گزارش نمود که از نظر ژنتیکی با ویروس ابولا عامل طغیان سال 2009 در کشور کنگو تطابق داشت. **اما نتایج اخیر نشان می دهد که ویروس ابولا اخیر یک گونه جدید است و ارتباطی با گونه های قبلی ندارد.**

با گزارش اولین موارد مشکوک از کشور لیبیریا (همسایه جنوبی گینه) نمونه های بیماران برای آزمایشگاه موبایل (MLab) انستیتو پاستور داکار سنگال (مستقر در پایتخت گینه) ارسال گردید که از نظر ابولا ژئیری بررسی شود. تا 27 ماه مارس تعداد مبتلایان در پایتخت به 15 نفر و در مجموع در کشور گینه به 112 نفر رسید که 70 نفر از ایشان جان خود را از دست داده بودند (کشندگی معادل 62%). تا این تاریخ 8 مورد مشکوک (6 فوت) از کشور لیبیریا و 6 مورد مشکوک (5 فوت) نیز از کشور سیرالئون گزارش شدند. بدنبال کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و برخی از سازمان ها از اروپا و آمریکا و کانادا و فرانسه، گروه پزشکان بدون مرز نیز برای کمک به مسئولین گینه در منطقه حاضر شدند. با گزارش **موارد مظنون بیماری از کشور سیرالئون و مالی** سایر همسایگان گینه به این موضوع مهم منطقه ای واکنش نشان دادند.

هرچند سازمان جهانی بهداشت هنوز منع تجارت و مسافرت بین المللی در مورد کشور گینه اعلام ننموده است اما گسترش بیماری به 4 کشور

همسایه باعث شده است که سنگال و ساحل عاج سختگیرانه تر برخورد نموده اند بطوریکه سنگال **بازارهای هفتگی مرزی** خود را تعطیل نموده است. حتی کشور **برزیل** نیز که در آستانه مسابقات جام جهانی فوتبال قرار دارد، بر اساس اخبار موجود در رسانه ها، کارگران گینه ای شاغل در بزرگترین معدن آهن جهان را از **ریودونانریو** به گینه بازگردانده است.

آزمایشگاه سیار اتحادیه اروپا (mobile Lab) در شهر گیکه دو و آزمایشگاه سیار انستیتو پاستور کشور سنگال (mobile Lab) در پایتخت گینه مستقر شده اند.



بیشترین موارد بیماری گینه از گیکه دو (117 مورد) گزارش شده است.

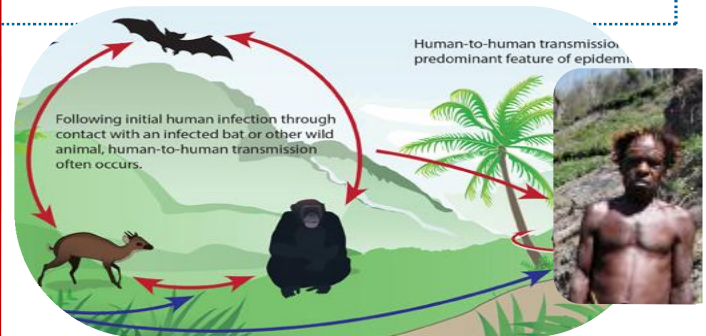
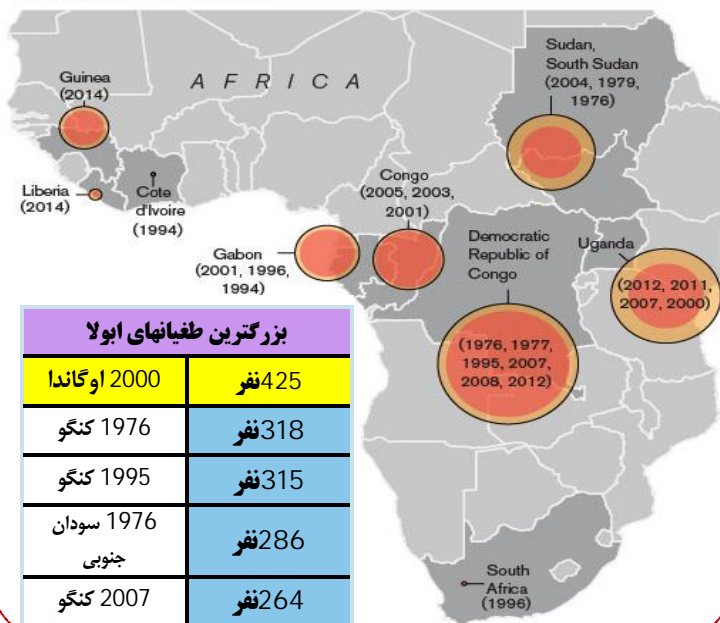


برای نخستین بار است که غرب آفریقا گرفتار طغیان ابولا می شود. تنها مورد ابولا در غرب آفریقا، سال ۱۹۹۴ بود که یک دانشمند بعد از مطالعه جسد شامپانزه به بیماری ابولا مبتلا شد و در سوئیس درمان گردید.

وضعیت ابولا تا **آخر فروردین ۱۳۹۳**: در کشور گینه ۱۹۷ بیمار مبتلا به ابولا گزارش شده است (۱۲۲ فوت). از این میان ۱۰۱ مورد تایید آزمایشگاهی قرار گرفته (۵۶ نفر از ایشان فوت شده)، ۴۳ نفر مورد محتمل ابولا هستند (با ۳۳ فوت) و ۵۳ مورد نیز مظنون می باشند (۳۳ مورد فوت). همچنین ۲۴ نفر از تیم درمانی نیز به ابولا مبتلا شده اند (۱۳ مورد فوت). تعداد موارد در پایتخت گینه ۴۷ نفر، شهر **گیکه دوو ۱۱۷ نفر**، ماسنتا ۲۲ بیمار، کیسیدوگو ۶ بیمار، دابولا ۴ مورد و در شهر جینگارایه نیز یک مورد بوده است. کشور **لیبریا** نیز ۲۷ مورد قطعی و محتمل داشته است (۱۳ مورد فوت). از کشور سیرالئون تنها ۱۲ مورد مظنون (۲ فوت) و از کشور مالی هم ۶ مورد مظنون گزارش شده است.

Major Ebola Outbreaks

Confirmed cases and years



مخزن اولیه این بیماری **خفاش** های میوه خوار بوده و سپس به آنتیلوپ (آهوی آفریقایی) و گوریل ها و شامپانزه ها منتقل می گردد. شکارچی ها و کسانی که به لاشه حیوانات دست می زنند، نیز بیماری را به خانه منتقل نموده و نهایتاً توسط **بیماران** به بیمارستان ها منتشر می شود.

بیماری **ابولا** یک بیماری ویروسی است که با تب ناگهانی، ضعف شدید بدن، سردرد، گلودرد و بدن درد آغاز شده و علائم بعدی آن اسهال و استفراغ همراه با بثورات پوستی است و به نارسایی کبد و کلیه در برخی افراد منجر می شود و نهایتاً به خونریزی های داخلی و خارجی و مرگ بیمار منجر می شوند. دوره کمون این بیماری از ۲ تا ۲۰ روز متغیر است. از راه ترشحات بدن و تنفس بیماران منتقل می شود و برای حفظ سلامت اعضا تیم درمانی احتیاطات همه جانبه و **جداسازی مطلق** بیمار توصیه می شود. ممکن است تا ۷ هفته ویروس در مایع منی مردانی که بهبود یافته اند وجود داشته باشد.

ویروس ابولا که **اولین بار** در سال ۱۹۷۶ در سودان و کنگو تشخیص داده شد (نام ویروس را از نام رودخانه ابولا در کنگو اقتباس نموده اند). ۵ **زیرگونه** دارد که شامل انواع سودانی، زئیری، بیسه های تای و بوندیبوگیو می شود. گونه پنجم که رستون نامیده می شود اما در انسان بیماری علامتدار ایجاد نمی نماید. می تواند از راه **خون و مصرف گوشت نیم پز و خام** به انسان منتقل گردد. از اولین طغیان ابولا در سال ۱۹۷۶ تا کنون بیش از ۲۳۰۰ بیمار گزارش شده اند.

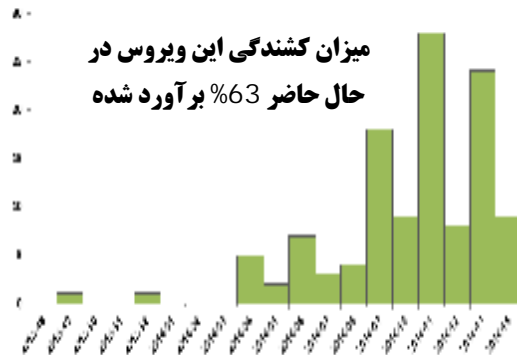
این بیماری درمان قطعی و واکسن **ندارد**. برای درمان موارد شدید بیماری نیاز به ICU دارای اتاق ایزوله تنفسی می باشد. تنها بیمارستان دارای بخش ایزوله ابولا در پایتخت کشور گینه بیمارستان دولتی **Donka** است که پزشکان بدون مرز در آنجا به درمان بیماران پرداخته اند. معمولاً از اولین قربانیان همه گیری ابولا پزشکان و سایر اعضا تیم درمانی هستند که لازم از جان آنان در برابر این ویروس حفاظت گردد.



با توجه به نمودار روند طغیان فعلی ابولا در غرب آفریقا احتمال می رود که تا ماه های آینده نیز این طغیان ادامه خواهد داشت.

میزان خطری که جهانگردان و مسافران به گینه و کشورهای آلوده را تهدید می نماید بسیار کم برآورد می شود.

تماس با بیمار و میوان آلوده اصلی ترین راه های انتقال ویروس مسموب می شوند و افرادی که تماس نزدیک با بیمار یا بدن فوت شدگان داشته باشند در فطر بیشتری هستند.



نوع تماس با بیمار مشکوک به ابولا

میزان خطر

برخورد اتفاقی با بیمار تبار با حال عمومی نسبتا خوب و غیر بستری (مانند نشستن کنار هم در یک مکان عمومی یا اتاق انتظار)	ناشناخته یا بسیار کم
تماس چهره به چهره نزدیک با بیمار تبار با حال عمومی خوب (مانند معاینه فیزیکی، گرفتن درجه حرارت یا فشار خون)	خطر کم
تماس چهره به چهره نزدیک بدون لباس حفاظت فردی مناسب (مانند حفاظت صورت و چشم) با بیمار دارای سرفه، استفراغ، خونریزی از بینی یا اسهال	خطر متوسط
برخورد با خون آلوده به ویروس (برخورد مخاطی یا نفوذ از راه پوست، ورود سوزن به پوست)، یا بافت یا نمونه آزمایشگاهی یا سایر مایعات خون آلود بدن بیماری که شديدا بدحال است یا تشخیص بیماری وی قطعی است	پر خطر

مرغان، پنوموکوک 7 ظرفیتی کونزوگه، روتاویروس و هیپاتیت A مورد بررسی قرار گرفته است. در این بررسی هزینه های گوناگونی مانند هزینه واکسن، هزینه تجویز واکسن، هزینه عوارض جانبی احتمالی واکسن، هزینه رفت و آمد والدین و همچنین هزینه زمان از دست رفته و مرخصی های گرفته شده توسط والدین برای انجام واکسیناسیون یا درمان کودکان مورد محاسبه قرار گرفت. بروز بیماری ها قبل از شروع برنامه واکسیناسیون و همچنین در بازه زمانی 2005 تا 2009 مورد بررسی مقایسه قرار گرفت. همه هزینه ها و مخارج را بر اساس ارزش دلار در سال 2009 تبدیل نموده و در محاسبه مد نظر قرار دادند.

بر اساس این مطالعه تخمین زده می شود که برنامه واکسیناسیون کودکان در آمریکا در سال 2009 از 42000 مرگ زود هنگام و پیدایش 20 میلیون بیماری پیشگیری نموده و از مصرف شدن

13/5 میلیارد دلار هزینه مستقیم و 69 میلیارد دلار

هزینه های غیر مستقیم اجتماعی جلوگیری می نماید.

میزان سود در برابر هزینه برای 9 واکسن مورد بررسی از نظر سود مستقیم 3 برابر و از نظر سود غیر مستقیم 10 برابر به صرفه بود.

ارزیابی صرفه اقتصادی برنامه واکسیناسیون در دوره کودکی در آمریکا (2009)



نتایج مطالعه ای که اخیرا منتشر شده است و صرفه اقتصادی برنامه واکسیناسیون کودکان در سال 2009 را مورد ارزیابی قرار داده است بسیار جالب توجه می باشد. در این مطالعه سود اقتصادی برنامه واکسیناسیون با 9 واکسن سه گانه، هموفیلوس انفلوانزا تیپ b، فلج اطفال غیرفعال، MMR، هیپاتیت B، آبله



موفیت مراحل ابتدایی ساخت واکسن HIV

گروهی از محققین دانشگاه میامی اخیراً موفق شده اند واکسنی بسازند که باعث ایجاد ایمنی محافظت کننده در بدن موش های مورد مطالعه شده است. پروفیسور جفری اشتون، میکروب شناس، که مدیریت این پروژه را بر عهده داشته است می گوید که این واکسن توسط لیگاند CD40 باعث می شود که سلول های دندریتیک بتوانند حضور ویروس HIV را تشخیص داده و آنرا از بین ببرند و تقریباً در این عملیات موفقیت کامل را بدست بیاورند، بطوریکه ویروس وارده شده به بدن موشها بطور کامل از بدن حیوانات آزمایشگاهی پاک می شود. کلید این موفقیت در شکل جدید لیگاند CD40 است که به آنتی ژن پروتئینی بیگانه ای متصل است و سلول دندریتیک را از طریق گیرنده CD40 فعال و آماده دفاع می نماید. هرچند این واکسن در مراحل اولیه است و باید بر روی میمون و انسان نیز آزمایش گردد اما موفقیت بالای آن در پاکسازی ویروس های تلقیحی و ایجاد ایمنی موثر، برای دانشمندان مسیر جدیدی را روشن نموده است.

هزینه سنگین نیش پشه در آمریکا

از سال 1999 میلادی که بیماری ویروسی نیل غربی (WNV) به آمریکا وارد شده است، تا کنون حدود 37 هزار نفر بیمار به مرکز کنترل بیماری های ایالات متحده آمریکا (CDC) گزارش گردیده است. برآورد هزینه بستری و درمان مبتلایان به این بیماری منتقله از نیش پشه در همین 14 سال ابتدایی تقریباً 778 میلیون دلار بوده است. بیماری تب نیل غربی توسط نیش پشه ناقل و از حیوانات به انسان منتقل می گردد و یک بیماری نوپدید در آمریکا به شمار می آید. حدود 80% از افرادی که مورد گزش پشه آلوده قرار می گیرند به عفونت بدون علامت مبتلا می شوند و تنها 20% افراد علامتدار می شوند که آنهم معمولاً خفیف و ملایم است. در کمتر از 1% از مبتلایان ممکن است شدت علائم (مانند مننژیت یا انسفالیت) به حدی باشد که منجر به بستری در بیمارستان گردد. انواع گوناگونی از پشه های آئدس، آنوفل، کولکس و چند پشه دیگر می توانند ویروس عامل بیماری را بعد از گزش اسب یا برخی پرندهگان، به بدن انسان وارد نمایند.



احتمال بروز حملات قلبی در بیماران مبتلا به

HIV/ایدز بیشتر است

در مطالعه ای که اخیر محققان دانشگاه جانزهاپکینز منتشر نموده اند احتمال تشکیل پلاک در عروق کرونر قلب و بروز حملات قلبی در مردانی که به مدت طولانی مبتلا به HIV/ایدز بوده اند در مقایسه با مردان غیر مبتلا بیشتر است. این یافته همچنان که محققان این مطالعه بر آن تاکید دارند بسیار مهم می باشد چرا که درمان های امروزی منجر به افزایش طول عمر بیماران مبتلا به HIV/ایدز گشته است و آنها را در معرض بیماری های مزمن و مشکلات قلبی عروقی (که در سنین بالاتر عمر دیده می شوند) قرار داده است. در این مطالعه عروق کرونر قلب 618 مرد مبتلا به HIV و 383 مرد غیر مبتلا در گروه سنی 40 تا 70 سال، از طریق CT-Scan پیشرفته مورد آنژیوگرافی قرار گرفت و مشخص شد که پلاک های غیرکلسیفیه (که از نظر احتمال بروز حمله قلبی مهمتر هستند) در مردان مبتلا به HIV شایعتر است. هرچند در گذشته بطور توصیفی افزایش حملات قلبی در این دسته از بیماران ذکر شده بود این اولین بار است که دانشمندان بطور کمی، درجه گسترش پلاک های عروق قلب و کلسیفیه شدن آنها را در بیماران HIV/ایدز و مقایسه آن با افراد غیرمبتلا بررسی نموده اند.

اقدام پیشگیرانه وزارت بهداشت کانادا بدنال طغیان بزرگ تب

خونریزی دهنده ناشی از ویروس Ebola در آفریقا

بعد از پایان یک سفر بین المللی یکی از وقایع نسبتاً شایعی که دیده می شود بالارفتن درجه حرارت بدن و بروز تب به عنوان یک علامت بالینی مهم است. تب می تواند نشان از طیف وسیعی از بیماری های عفونی خفیف تا شدید و جدی باشد و از این رو بسیار مهم است که هرگونه تب بعد از مسافرت های بین المللی از نظر بالینی توسط پزشکان به دقت مورد بررسی قرار گیرد. در بیانیه ای که اخیراً وزارت بهداشت کانادا خطاب به پزشکان درمانگر منتشر نموده است شایعترین بیماری های تبادر در بازگشت مسافران را به ترتیب مالاریا (20-30% موارد)، اسهال حاد مسافران (10-20% موارد) و عفونت های تنفسی (10-15% موارد) ذکر نموده است و در مسافرتی که از مناطق مالاریا خیز بازگشته اند بروز تب را برابر با مالاریا فرض نموده است مگر خلاف آن ثابت گردد. در این بیانیه با اشاره به اینکه یکی از علل نادر اما بسیار مهم تب در مسافران بین المللی بیماری های ویروسی تبادر خونریزی دهنده از جمله تب کریمه کنگو و ابولا هستند از پزشکان خواسته شده است که در برخورد با بیماران تبادر شرح حال مسافرت اخیر را حتماً پرسیده و از نظر اقدامات پیشگیرانه قبل از سفر، نوع سفر، طول دوره اقامت، هدف از سفر (تفریحی، ملاقات با خویشاوندان و ...)، وقایع اتفاقی مهم (تماس با حیوانات، گزش توسط حشرات و ...) در هنگام گرفتن شرح حال از بیمار و معاینه وی دقت نمایند. بررسی دقیق علل تب بعد از مسافرت های بین المللی می تواند منجر به تشخیص زودهنگام و درمان به موقع بیماری های خطرناک تبادر احتمالی گردیده و از ابتلا اعضا تیم درمانی در بیمارستان و گسترش بیماری جلوگیری نماید.



پیرترین فیل آمریکای شمالی همچنان

گرفتار سل ...



اولین فیلی که در قاره آمریکا بدنیا آمد یک فیل آسیایی بود که در باغ وحش Oregon مادر تایلندی ۸ساله و پدر کامبوجی ۱۳ساله داشت. این فیل نر که اکنون ۵۲ساله شده است و Packy نام دارد از آن زمان بسیار خبر ساز بوده است و اکنون نیز یک سال است که به **بیماری سل** مبتلا گردیده و مورد توجه حامیان حیوانات و حیات وحش قرار گرفته است. کوچکترین فرزندش Rama که یک فیل نر ۳۱ساله است از بهار سال گذشته بدلیل تشخیص سل فعال تحت درمان ۱۸ماهه قرار گرفت و دو ماه بعد نیز Packy مبتلا به سل **نهفته** تشخیص داده شد و تحت درمان قرار گرفت. بعد از مثبت شدن کشت و تشخیص **سل فعال** مشخص شد که **درمان سل نهفته این فیل ۶۰۰۰ کیلویی** نیز کاری درست بوده است. هرچند درمان فیل جوان به خوبی پیش رفته است اما ۲بار درمان ناموفق Packy به دلیل عوارض دارویی و حساسیت به آیزونیازید بوده است (افزایش آنزیم های کبدی). هم اکنون دامپزشکان Packy تصمیم

دارند که رژیم درمانی جدیدی را برای وی شروع کنند. به بازدید کنندگان باغ وحش اطمینان داده شده است که بیماری سل این فیل برای بازدیدکنندگان و کودکانشان خطری نخواهد داشت.

سل می تواند منجر به مرگ فیل ها شود. از طرفی میکوباکتریوم توبرکولوزیس (TB) می تواند از فیل ها به انسان نیز منتقل گردد و در حقیقت به عنوان یک بیماری قابل انتقال از حیوان به انسان در باغ وحش ها و اماکن تربیت فیل مطرح می باشد. در طی دوپست سال گذشته موارد تک گیر سل در فیل های باغ وحش های اروپایی، آمریکا و آسیا گزارش شده است اما اولین **طغیان** در آمریکا و در سال ۱۹۹۶ در یک مرکز تربیت فیل در ایالت Illinois بوده است. بعد از تلف شدن ۳ فیل آسیایی در اثر بیماری ریوی ناشی از سل، بر روی ۲۲ مری و نگهبان مرکز پرورشی بررسی انجام شد و مشخص گردید که ۱۱ نفر از ایشان PPD مثبت بوده و کشت یکی از ایشان نیز مثبت گزارش گردید (اسمیر منفی و کشت مثبت).

حرکتی که در این سالها در جهان به نام **One Health** آغاز شده است نیز به همین موضوع اشاره دارد که همکاری نزدیک سازمان های مسئول بهداشت حیوانات و سلامت انسان بسیار حیاتی بوده و باید مورد توجه جدی قرار گیرد. رعایت موازین حفاظت فردی و پوشش محافظ مناسب برای نگهبانان و مربیان فیل ها در باغ وحش بسیار مهم است و لازم است به موضوع سل قابل انتقال از حیوانات به انسان (**Zoonotic**) بیش از پیش توجه گردد. دامپزشکان مسئول سلامت فیل ها باید با بروز بی اشتها شدن و کاهش وزن فیل ها به بیماری سل نیز توجه ویژه مبذول نمایند. باغ وحش Oregon **سالانه و برنامه ریزی شده** تمام فیل هایش را از نظر سل مورد بررسی و کشت قرار می دهد.

محققان روسی موفق به کشف یکی دیگر از **ویروس های غول آسا** از زمین های یخ زده سیبری شدند که به نام فیتوویروس سیبریکوم نامیده شد. این ویروس برای انسان و حیوانات بیماری زایی ندارد و فقط برخی آمیب ها را آلوده می نماید (البته می ویروس که در سال ۲۰۰۳ میلادی کشف شد می تواند برای برخی افراد بیمارزا باشد).

فیتوویروس و پاندورا ویروس و می ویروس از معدود ویروس هایی هستند که می توان با میکروسکوپ نوری هم مشاهده نمود.

تعداد ژن های این ویروس ها در مقایسه با ویروس های معمول مانند آنفلوانزا یا ایدز که حدود ۱۰ ژن دارند بسیار بیشتر است و در فیتوویروس به حدود ۵۰۰ ژن می رسد.

