



# اخبار مراقبت

۱۳۹۷ - سال نوزدهم - شماره ۱۴۲

آذر

## مقررات بین المللی بهداشت (IHR) و سنجش مشترک خارجی (JEE)

درس آموخته جهان گیر شدن بیماری SARS در سال ۲۰۰۳ میلادی و همه گیری های بزرگی مانند زیکاویروس و ابولا در نقاط مختلف جهان و جابجایی های گسترده جمعیتی، کشورهای جهان را به این نتیجه رسانده است که همه کشورها باید در برابر ورود و انتشار این گونه بیماری های عفونی و تهدیدات سلامت جامعه، از یک حداقل آمادگی های استاندارد برخوردار باشند و در نشست مجمع جهانی بهداشت همگی به این افزایش آمادگی جهانی رای دادند. از زمان تدوین و انتشار کتاب مقررات بین المللی بهداشت (IHR) تا کنون کشورهای زیادی آمادگی و کسب حداقل امتیازات لازم را اعلام نموده اند اما طغیان ها و رخداد های مختلف سالهای اخیر نشان داده است باید حداقل های لازم بهداشتی درمانی را ارتقا داد و سطح بالاتری از آمادگی در کشورها لازم است و بایسته است تا عملکرد نهادهای دولتی و ذینفعان سلامت کشورها به شکلی هماهنگ و یکپارچه به امر حفاظت از سلامت جامعه مشغول باشند. لذا از سال ۲۰۱۶ سازمان جهانی بهداشت با انتشار چک لیست جدیدی به تمامی کشورهای عضو داوطلب اعلام آمادگی نمود که تیم های کارشناسی تخصصی جهانی در کنار کارشناسان ملی سلامت کشورها به ارزیابی مشترک ظرفیت ها و آمادگی های

کشور جمهوری اسلامی ایران که اولین کشور منطقه بود که آمادگی خود را در زمینه های تشخیصی و پاسخ مناسب به رخداد های بهداشتی اعلام نمود، اکنون همانند تمامی کشورهای منطقه برای سنجش میزان آمادگی خود بر اساس چک لیست جدید بین المللی داوطلب شده است و زمینه های این سنجش مشترک را از آذرماه آماده نموده است. در JEE (سنجش مشترک خارجی) میزان هماهنگی سازمان های متولی و همکار سلامت جامعه، آمادگی های تشخیصی زودرس و پیشگیری و پاسخ به موقع و موثر، آمادگی نظام مراقبت و گزارش دهی، آمادگی و ظرفیت سازی در مرزها جهت مراقبت و پیشگیری و پاسخ موثر سنجیده می شود. از جمله مسائلی که برای آماده بودن یک کشور در برابر رخداد های بهداشتی اهمیت دارد، مشخص بودن مسئولیت ها و برنامه های پیشگیرانه و کاهنده خطر، داشتن برنامه های ارزیابی خطر و دوره ای بودن و به روز رسانی آمادگی ها می باشد. بیماری های نوپدید و بازپدید و بیماری های قابل انتقال از حیوان به انسان و بیماری های منتقله از آب یا غذای آلوده از جمله مهم ترین اهداف مقررات بهداشتی بین المللی و برنامه های آماده سازی است. جلسات متعددی از آذر ماه با سازمان ها و نهادهای ذینفع سلامت، برگزار شده است تا ضمن مطالعه چک لیست سنجش سازمان جهانی بهداشت، سنجش داخلی میزان آمادگی ظرفیت ها بر اساس چک لیست جهانی انجام شود. کشور جمهوری اسلامی ایران همواره از آماده ترین کشورهای منطقه در برابر تهدیدات زیستی بوده است.

### در این شماره می خوانید:

- ۲ نشست گروه G5 در مورد کریمه کنگو در سال ۱۳۹۸
- ۲ هفتمین نشست نهادهای ذینفع IHR (کویت)
- ۳ همایش روز جهانی ایدز در گلستان
- ۴ همکاری مشترک جهت درمان رایگان کارتن خواب ها
- ۵ تهیه سند کشوری حذف سرخک-سرخجه
- ۶ ارزیابی اثربخشی واکسن آنفلوانزا
- ۷ خلاصه گزارش آنفلوانزا ایران تا پایان آذر
- ۸ طغیان تب دنگی در فرانسه
- ۹ CUBE؛ اتاق ایزوله جدید بعد از تجربه ابولا

## هفتمین نشست نهادهای ذینفع اجرای IHR ؛ کویت 2018

در چهارمین هفته آذرماه ۱۳۹۷ کشور کویت میزبان هفتمین نشست IHR Stakeholders در منطقه EMRO بود و نمایندگان کشورهای منطقه در این نشست که مروری بر دست آورد های نشست های پیشین و اشتراک تجربیات موفق برخی کشورهای منطقه بود شرکت داشتند. از جمله تفاوت های این نشست مطرح شدن رویکرد One Health به عنوان رویکردی مهم در پیاده سازی IHR و دستیابی به اهداف مهم آن در زمینه آمادگی و پاسخ در شرایط اضطراری بود. در نشست سال جاری مقرر بود که سازمان جهانی بهداشت دستورالعملی برای پیاده سازی رویکرد سلامت یکپارچه به کشورها ارائه دهد اما تنها به رونمایی از یک پیشنویس بسنده نمود و امید است که به زودی سند اصلی آنرا در اختیار کشورهای منطقه قرار دهد. از جمله تفاوت های این نشست با سال های پیشین این موضوع بود که برای اولین بار در منطقه ذیل برنامه IHR به مسئله مهم Risk Communication پرداخته شد و سخنرانی فشرده ای در این زمینه انجام گردید و کارگروهی توسط حاضرین انجام پذیرفت. موضوع مهم دیگری که در این دوره مورد بحث و تحلیل قرار گرفت مسئله Co-ordination بود. هماهنگی و همکاری بین بخشی به عنوان یکی از ارکان ذینفع در سلامت جامعه همواره از اصول مهم در مقررات بین المللی بهداشت بوده و برنامه پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت برای ارتقا این ظرفیت کلیدی IHR نیز در این دوره توضیح داده شد. در ذیل برنامه های این دوره بازدیدی از مرکز فرماندهی عملیات بهداشتی کویت (EOC) نیز بازدیدی به عمل آمد که مسئولین بهداشتی آن کشور درمورد تاریخچه و برنامه های تحت پوشش خود به مهمانان سایر کشورها توضیحاتی ارائه دادند. کشور کویت که ارزیابی میزان آمادگی خود برای رخدادهای بهداشتی و ایجاد و ارتقا ظرفیت های مورد نظر IHR را ذیل ارزیابی مشترک خارجی در چندماه پیش انجام داده بود تغییراتی در نحوه پیاده سازی مقررات بین المللی بهداشت در کشور خود ایجاد نموده بود که از آن جمله تقویت جایگاه قانونی مسئول ملی اجرای مقررات بین المللی در کشورشان بود تا بتواند دبیرخانه IHR نقش هماهنگ کننده بهتری را برای آمادگی کشورها در برابر مخاطرات زیستی و غیره ایفا نماید.

### نشست گروه پنج (G5) در مورد بیماری کریمه کنگو در

سال ۱۳۹۸

### سمینار آموزشی سل

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی یزد

دانشگاه علوم پزشکی یزد در تاریخ ۱۳ آذرماه اقدام به برگزاری سمینار آموزشی سل جهت کلیه همکاران محترم هماهنگ کننده سل و پزشکان استان نمود که در این جلسه آموزشی حدود ۱۰۰ نفر شرکت کننده حضور یافتند. در این برنامه آموزشی رییس محترم اداره سل و جذام به همراه کارشناسان محترم حضور یافته و اهداف و برنامه های آموزشی کشور، دستورها ل.ع.مل درمانی جدید را جهت شرکت کنندگان تشریح کردند.

با توجه به اهمیت بالای بیماری کریمه کنگو به عنوان یکی از بیماری های قابل انتقال از حیوان به انسان که در لیست بیماری های خطرناک سازمان جهانی بهداشت نیز قرار گرفته است، جهت تسهیل همکاری های منطقه ای بین کشورهای همسایه در کنترل جابجایی دام و کاهش احتمال بروز طغیان های ناشی از آن و نشست مشترک منطقه ای کشورهای همسایه جمهوری اسلامی ایران، جلسه ارزیابی خطر و تصمیم گیری در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید. پیرو تصمیمات اخذ شده فی مابین مرکز مدیریت بیماری های واگیر، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران و دفتر امور بین الملل وزارت متبوع، مقرر گردید نشست گروه ۵ (G5) با هدف تدوین برنامه استراتژیک منطقه ای پیشگیری و کنترل بیماری CCHF از تاریخ ۲ لغایت ۴ اردیبهشت ماه ۱۳۹۸ (۲۲ الی ۲۴ آوریل ۲۰۱۹) در تهران برگزار گردد. گروه ۵ شامل جمهوری اسلامی ایران، افغانستان، پاکستان، عراق و سازمان جهانی بهداشت است.

## برنامه استراتژیک پیشگیری و کنترل بیماری های نوپدید و بازپدید در منطقه مدیترانه شرقی

نشست کارشناسان در زمینه "One-Health Framework for Action for Emerging Zoonotic Infections" و "برنامه استراتژیک پیشگیری و کنترل بیماری های نوپدید و بازپدید در منطقه مدیترانه شرقی" به مدت یک هفته در آذرماه در امان اردن برگزار شد و دکتر احسان مصطفوی و دکتر علیرضا غلامی، اعضای هیات علمی انستیتو پاستور ایران، به عنوان مشاور موقت سازمان جهانی بهداشت، در این نشست ها شرکت کردند. از آنجا که لازم است در همه کشورهای منطقه، برای تشخیص زود هنگام، پاسخ مؤثر و به موقع، یک سیستم مراقبت



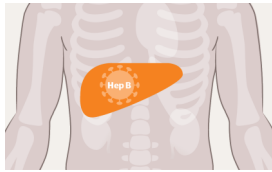
به هنگام برای بیماری های زئونوز برای به اشتراک گذاری اطلاعات در میان ذی نفعان شکل بگیرد، در نشست اول، عناصر کلیدی لازم برای تحقق این امر مورد بحث قرار گرفت. در نشست دوم، درفت اولیه برنامه استراتژیک و شاخص های ارزیابی منطقه برای بیماری های نوپدید و بازپدید با حضور نمایندگان کشورها تهیه شد و مقرر شد این برنامه و شاخص های آن نهایی و عملیاتی شود.

### افتتاح مرکز مشاوره هپاتیت در استان گلستان

با در نظر گرفتن اهداف تعیین شده مبارزه با هپاتیت در کشور تا سال ۱۴۱۰ شمسی، و تعداد بیماران هپاتیت استان گلستان، در تاریخ ۱۳ آذرماه دو مرکز مشاوره هپاتیت با حضور جناب آقای دکتر رضانی، ریاست محترم اداره هپاتیت و کارشناسان محترم سطح ستادی و استانی، در گرگان و گنبد افتتاح گردیدند. هدف از افتتاح مراکز فوق ارائه خدمات آموزشی مناسب، مشاوره ای، تشخیصی و پیگیری درمان اختصاصی بیماران مبتلا به هپاتیت به ویژه هپاتیت C می باشد. علاوه بر افتتاح مراکز فوق روند اجرای پروژه واکسیناسیون اهداکنندگان خون که با همکاری سازمان انتقال خون استان اجرا می شود نیز بازپدید گردید.

### همایش روز جهانی ایدز در استان گلستان

در مورخ ۱۲ آذر ماه ۱۳۹۷ همایش روز جهانی ایدز با دعوت از ۱۲ ارگان مختلف استانی و شهرستانی در سالن گلپای آموزشگاه بهورزی مرکز بهداشت استان گلستان، توسط مرکز بهداشت استان با همکاری مرکز بهداشت شهرستان گرگان، اداره کل آموزش و پرورش، اداره کل زندان ها و اداره کل بهزیستی استان، معاونت اجتماعی استانداری، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، هلال احمر، و سایر NGO های فعال در زمینه HIV/ایدز برگزار شد. این همایش با سخنرانی معاون محترم دانشگاه، جناب آقای دکتر عارف نیا آغاز شد و با موضوعات اپیدمی HIV در جهان و وضعیت منطقه و کشور، ویروس HIV، آشنایی با باورهای غلط و نادرست جهت پیشگیری از اچ آی وی، تقدیر از فعالان عرصه HIV و جلب حمایت عمومی برای کنترل بیماری، برگزاری مسابقه نقاشی و طراحی با عنوان اچ آی وی توسط اداره آموزش و پرورش و برگزاری غرفه اطلاع رسانی در سالن همایش، ادامه یافت.



## واکسیناسیون هپاتیت B در اهدا کنندگان مستمر خون

برنامه ریزی جهت حذف هپاتیت های ویروسی C ، B در ایران جزو **تعهدات و وظایف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** تا سال ۱۴۱۰ می باشد. آموزش ، پیشگیری و بهره گیری از داروهای موثر نقش بسزایی در کاهش شیوع هپاتیت های ویروسی در کشور خواهد داشت. در این راستا **تفاهم نامه** همکاری مابین سازمان انتقال خون ایران و مرکز مدیریت بیماری های واگیر جهت واکسیناسیون هپاتیت B در گروه اهدا کنندگان مستمر خون از اول مهر ماه ۱۳۹۷ آغاز شد و در حال اجرا است و در اسفند ماه به پایان خواهد رسید. این برنامه کشوری با استقبال فراوانی روبرو شده و جهت نظارت بر حسن اجرای آن **تیم های پایش** متعدد به سراسر کشور اعزام گردیده است.

### اولین همایش ملی مدیریت و کنترل عفونت های منتقله از خون - مشهد

اولین همایش ملی مدیریت و کنترل عفونت های منتقله از خون (پنجمین کنفرانس هپاتیت مشهد) که توسط مرکز تحقیقات عفونت های منتقله از خون جهاد دانشگاهی خراسان رضوی و دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، شبکه هپاتیت ایران و با حضور نمایندگان مرکز مدیریت بیماری های واگیر برگزار گردید، و در این همایش به موضوعات مهمی مانند عفونت همزمان منتقله از خون، انتقال داخل خانوادگی، کنترل هپاتیت B تا سال ۱۴۱۰، فناوری های نوین تشخیصی، کریمه کنگو و سایر عفونت های منتقله از خون، و کنفرانس دانشجویی عفونت های منتقله از خون پرداخته شد.

هرچند در گذشته تعداد عوامل بیماری زای قابل انتقال از راه خون را محدود می دانستند، اما امروزه با پیدایش عوامل نوپدید و پیشرفت تکنولوژی، لیست این عوامل همواره در حال افزایش است. عوامل بیماری زای قابل انتقال از راه خون را در ۴ گروه ویروس ها، انگل ها، باکتری ها و پرئون ها دسته بندی می نمایند و مهمترین آنها ویروس هایی مانند HIV، هپاتیت B، هپاتیت C و انگل هایی مانند مالاریا هستند. عوامل نوپدیدی مانند ویروس دنگی، زیکا و ابولا در سال های اخیر، موضوع مسافران بین المللی و اهمیت سیاستگذاری های صحیح انتقال خون را بیش از پیش روشن نموده اند. هرچند برخی عوامل قابل انتقال از راه خون علی رغم بیماری زایی بالا محدود به جغرافیای محدودی هستند اما گسترش تدریجی جغرافیای برخی دیگر از جمله آربوویروس هایی مانند کریمه کنگو، زیکا ویروس و عامل بیماری های دنگی و چیکنگونیا، منجر به تغییر اپیدمیولوژی آنها و افزایش جمعیت در معرض خطر شده است. برخی شرایط و گروه های پرخطر مانند زندان ها نیاز به سیاستگذاری و نگاه ویژه دارند و مطالعات و نظام های مراقبتی خاص خود را می طلبند. مسن تر شدن جهان، افزایش گروه های با سیستم ایمنی تضعیف شده ناشی از دارو، بیشتر شدن مسافرت های بین المللی همگی اهمیت ارتقا ظرفیت تشخیصی و غربالگری را نشان می دهند.

### برگزاری جلسات هم اندیشی همکاری مشترک مرکز مدیریت بیماری ها (اداره هپاتیت) و سازمان شهر

#### داری در خصوص درمان رایگان کارتن خوابها

در راستای برنامه حذف هپاتیت های ویروسی و عملیاتی نمودن استراتژی ایجاد امکان و تسهیل دسترسی رایگان هپاتیت سی در گروه های پر خطر و بی بضاعت، اداره هپاتیت مرکز مدیریت بیماری های واگیر به منظور امکان سنجی درمان رایگان هپاتیت سی در سال ۹۶ و ۹۷ بازدید از سامان سراها و مراکز خصوصی ساماندهی افراد متکدی و کارتن خواب را در دستور کار خود قرار داده و در سال ۹۷ در پی جلسات مشترک با مسئولین سازمان شهرداری و دانشگاه های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی، تصمیم به انعقاد یک تفاهنامه مشترک بین سازمان های همکار جهت **درمان رایگان هپاتیت سی** گرفته شده تا بخش قابل توجهی از افراد بی بضاعت و پر خطر به درمان رایگان هپاتیت سی دسترسی پیدا نمایند.

## تهیه سند کشوری حذف سرخک و سرخجه

واکسیناسیون موثرترین مداخله بهداشتی شناخته شده برای ارتقای سلامت کودکان است و سالیانه از بروز ۶/۲ میلیون مرگ کودکان جلوگیری می کند. علی رغم پیشرفت های بسیار خوب در سطح جهانی، متأسفانه براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷، سالیانه ۱۹ میلیون کودک در دنیا همچنان از دریافت واکسن محروم هستند و اکثر آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. بر مبنای هدف گذاری های انجام شده در سازمان جهانی بهداشت مقرر بود که میزان مرگ ناشی از سرخک نسبت به سال ۲۰۰۰ میلادی در سال ۲۰۱۵ حدود ۹ درصد کاهش یابد. گرچه جهان به هدف فوق دست نیافت ولیکن بدنبال تلاش های انجام گرفته در این راستا در طی سالهای ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۵ میلادی، واکسیناسیون سرخک توانست از مرگ ۲۰ میلیون کودک در جهان جلوگیری نماید.

**هرچند واکسیناسیون سرخک در ایران از سال ۱۳۴۶ شروع شد ولی پوشش برنامه واکسیناسیون تا قبل از انقلاب بسیار پایین بود.** پیش از آغاز برنامه واکسیناسیون سالیانه بین ۱۵۰ تا ۵۰۰ هزار مورد سرخک در کشور رخ می داد. برنامه گسترش ایمن سازی در کشور در سال ۱۳۶۳ با هدف پوشش کامل کودکان در برابر بیماری های قابل پیشگیری با واکسن شامل دیفتی، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، فلج اطفال و سل آغاز شد. حذف سرخک در منطقه مدیترانه شرقی ابتدا در سال ۲۰۱۰ و سپس در سالهای ۲۰۱۵ و ۲۰۲۰ هدف گذاری شد و جمهوری اسلامی ایران برای دستیابی به هدف حذف سرخک و سرخجه، بزرگترین عملیات ایمن سازی تکمیلی سرخک و سرخجه در دنیا را طراحی و ۳۳ میلیون نفر در طی ۳ هفته واکسینه شدند. از سال ۱۳۸۳ واکسن سرخک- سرخجه- اوربون (MMR) جایگزین واکسن سرخک در ایمن سازی جاری گردید.

از سال ۲۰۱۰ میلادی با تغییر تعریف مورد مشکوک به سرخک و سرخجه به هر مورد تب و بثورات جلدی ماکولوپاولر نظام مراقبت وارد دوره جدیدی شد. این تغییر استراتژیک رویکرد به سمت **رویکرد سندرمیک**، و بهبود نظام مراقبت منجر به شناسایی دقیق و سریع موارد مشکوک به سرخک و واکنش سریع به هر مورد تایید شده سرخک شد. در سال ۲۰۱۵ نزدیک به ۲ میلیون کودک ۹ ماه تا ۱۵ سال در جنوب شرق کشور **واکسن تکمیلی سرخک و سرخجه دریافت کردند.** حذف سرخک به معنای صفر شدن موارد بومی سرخک و قطع گردش ویروس بومی سرخک در طی ۱۲ ماه و برقراری نظام مراقبت استاندارد است. **چنانچه این وضعیت برای ۳۶ ماه و بیشتر تداوم یابد آن کشور موفق به دریافت تائیدیه حذف سرخک می شود.**

در حال حاضر جمهوری اسلامی ایران جزو اولین کشورهای منطقه است که سند کشوری تائیدیه حذف سرخک و سرخجه را در ۲۳۳ صفحه و ۲۱ ضمیمه، تهیه و در آذر ۱۳۹۷ برای بررسی و اقدام به سازمان جهانی بهداشت ارسال کرده است. این موفقیت ارزشمند حاصل بیش از ۳ دهه تلاش خستگی ناپذیر کارکنان بهداشتی از دورترین نقاط روستایی تا سطوح ستادی نظام سلامت کشور است که بدلیل شیوع بیماری در

### واکسیناسیون سراسری حذف سرخک و سرخجه مادرزادی



گروه سنی ۵ تا ۲۵ سال • ۱۵ آذر لغایت ۱۰ دیماه ۱۳۹۲  
رایگان در تمام مراکز بهداشتی، درمانی و بیمارستانها

کشورهای همسایه بایستی همچنان با قدرت ادامه داشته باشد. جا دارد که در اینجا از تمام همکاران پرتلاش مبارزه با بیماری ها به دلیل زحمت فراوان و بی نظیری که در این راه متحمل شدند و نتیجه بسیار ارزشمند تاریخی که به دست آوردند تشکر و قدردانی نماییم، تشکری که مطمئناً برابر با حرکت همونوع دوستانه آنها نخواهد بود.



## ارزیابی میزان اثربخشی واکسن آنفلوانزا در فصل جاری (آمریکا)

## چالش های امنیتی در برابر پزشکان بدون مرز (کنگو)

از فصل آنفلوانزا ۲۰۰۴-۲۰۰۵ میلادی در آمریکا برای پیشگیری از موارد قطعی بیماری تنفسی حاد ناشی از آنفلوانزا، میزان اثربخشی واکسن ارزیابی و تخمین زده می شود. از داده های ۳۲۵۴ کودک و بالغ در فصل جاری برای محاسبه میزان اثربخشی واکسن آنفلوانزا استفاده شد و بطور کلی برای همه انواع ویروس آنفلوانزا، این میزان ۴۷٪ تخمین زده شد و برای کودکان ۶ ماه تا ۱۷ سال این میزان ۶۱٪ برآورد گردید. این میزان برای گروه سنی بالای ۵۰ سال ۲۴٪ بود. در سال ۲۰۱۸-۲۰۱۷ میلادی که در آمریکا آنفلوانزا A تیپ H3N2 نوع غالب در تمام فصل بود، واکسیناسیون آنفلوانزا باعث شد که از ۷ میلیون بیماری ناشی از آنفلوانزا، ۳ میلیون و هفتصد هزار ویزیت پزشک، و ۱۱۰ هزار مورد بستری و ۸۰۰۰ مرگ ناشی از آنفلوانزا پیشگیری شود. لازم به ذکر است که واکسیناسیون باعث می شود در مواردی که دچار بیماری علامتدار آنفلوانزا می شوند از شدت علائم کاسته شود.

در مطالعه اخیر مرکز کنترل بیماری های آمریکا، که اثربخشی واکسن آنفلوانزا ۴۷٪ تخمین زده شد، ۹۸٪ از موارد قطعی آنفلوانزا از نوع A بودند. از این تعداد ۷۴٪ H1N1 و ۲۶٪ نیز H3N2 بودند.

در کنترل طغیان بزرگی که در شرق کشور جمهوری دموکراتیک کنگو در جریان است و ماه ها بطول انجامیده، پزشکان بدون مرز نقش مهمی داشته اند و علی رغم سختی شرایط و ناامنی های مختلف همچنان مشغول خدمت رسانی به مردم فقیر و جمعیت های مهاجران و آوارگان آن مناطق از قاره افریقا هستند. بدنبال افزایش ناامنی ها و خشونت ها و حملات متعدد به محل اسکان و خدمت رسانی پزشکان بدون مرز سرانجام آنها نیز تسلیم شدند و منطقه Katwa را ترک نمودند. این حمله به مرکز درمانی با ۶۰۲ بیمار انجام شد که پزشکان بدون مرز مدیریت آنرا به عهده داشتند. در این مرکز ۴۹ بیمار قطعی ابولا بستری بودند. مدیرکل سازمان جهانی بهداشت گابریل قبریسوس اعلام نموده است که نیاز فوری به ۱۴۸ میلیون دلار جهت مبارزه با ابولا در کنگو وجود دارد.

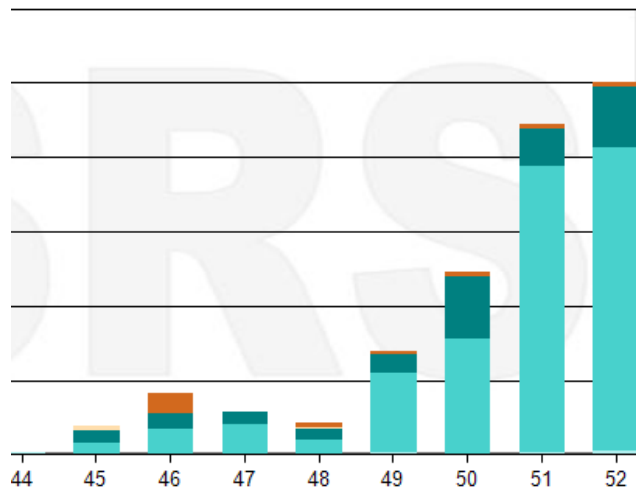
## طغیان بیمارستانی MERS-CoV در وادی الدواسر عربستان و علل آن

در بیمارستانی در وادی الدواسر عربستان طغیانی رخ داده است که منجر به ابتلای ۳۹ نفر شده است و در این میان نام ۹ نفر از کارکنان بیمارستان نیز مشاهده می شود. این طغیان از بخش اورژانس بیمارستان آغاز شده است. از جمله عللی که محققین و اپیدمیولوژیست های ارزیابی کننده طغیان در این رخداد مشخص نموده اند، تاخیر در شک بالینی به این بیماری و شناسایی کورونایروس MERS در بیمار اول و آغازگر این طغیان بوده است. یکی از این بیمار ثانویه، سپس بیماری را از اورژانس بیمارستان به آی سی یو برده و باعث ابتلا سایر بیماران و کارکنان تیم درمانگر و حتی اعضای خانوار سایر بیمارانی شده است که برای ملاقات به بیمارستان آمده اند. هرچند در وادی الدواسر ۵ بیمارستان به درمان بیماران کورونایروس MERS مشغول هستند اما تنها در یکی از بیمارستان ها انتقال فرد به فرد دیده شده است. هرچند رخداد این طغیان نگران کننده است اما الگوی اپیدمیولوژیک این طغیان غیر معمول نبوده و شواهدی از گسترش بیشتر این بیماری در جامعه مشاهده نشده است. آنچه که این طغیان را تا حدی پیچیده تر نموده است، سابقه تماس با شتر و محصولات دامی شتر در برخی از بیماران شناخته شده در این طغیان است. برای افتراق انتقال فرد به فرد از موارد کسب شده از شتر، لازم است تا سکنس تمام ژنوم انجام گیرد.

طغیان های کورونایروس MERS در بیمارستان ها معمولاً ناشی از تاخیر در شک بالینی، و شناسایی کورونایروس MERS در بیماران، اقدامات تولید کننده آئروسول بدون در نظر گرفتن جریان هوا و تمهیدات کاهنده خطر انتقال هوا برد، مراقبت بالینی بدون وسایل حفاظت فردی در فاصله نزدیک از بیماران می باشد. علی رغم اینکه بعد از ۶ سال تجربه طغیان های متعدد، در عربستان تریاژ بیماری های تنفسی در اورژانس را تمرین نموده اند اما همچنان بدلائل مختلف همچنان گزارشاتی دال بر بروز طغیان بیمارستانی از آن کشور منتشر می شود.



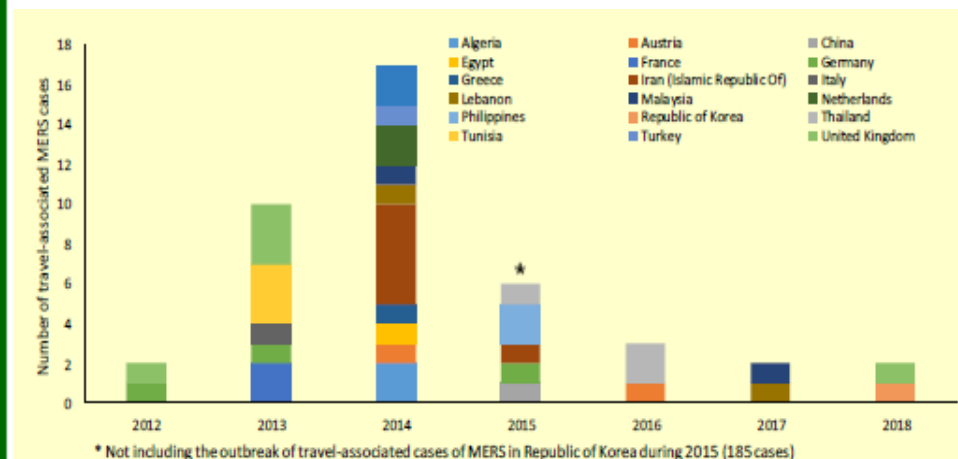
## آنفلوانزای فصلی در پاییز ۱۳۹۷ در ایران



آنفلوانزای فصلی هر سال از حدود ماه آبان در کشور آغاز می شود و در سال جاری نیز از اواسط ماه آبان شاهد افزایش موارد بستری ناشی از بیماری حاد تنفسی تب دار در کشور بودیم. بر اساس دستورالعمل های موجود نمونه های بیماران بستری برای ارزیابی نوع ویروس به آزمایشگاه ملی آنفلوانزا ارسال می شود و تحلیل داده ها و نتایج در مرکز مدیریت بیماری های واگیر انجام می پذیرد. بر اساس نتایج گزارش شده، در سال جاری ویروس آنفلوانزا غالب در میان بیماران، ویروس آنفلوانزا A و از تیپ H3N2 بوده است (نوع H3N2 در شکل مجاور به رنگ آبی کم رنگ دیده می شود). این ویروس از نظر بالینی شدت بالایی داشته و عوارض ناشی از ابتلا به آنفلوانزا در این ویروس بیشتر از سایر انواع آنفلوانزا است.

## کوروناویروس MERS اکتسابی در سفر

کوروناویروس MERS برای اولین بار در سال ۲۰۱۲ میلادی بعد از فوت یک بیمار تنفسی در کشور عربستان توسط آزمایشگاه پیشرفته ای در هلند شناسایی شد. از سال ۲۰۱۲ میلادی تا کنون بیش از ۲۷ کشور جهان گزارشات مبنی بر ابتلای شهروندان خود به سازمان جهانی بهداشت ارسال نموده اند که در این میان ۲۲۷ نفر از مبتلایان بیماری ناشی از کوروناویروس MERS را در حین سفر بین المللی به مناطق آندمیک این بیماری یا درگیر طغیان کسب نموده اند. بیش از ۲۲۸۰ مورد بیماری و بالغ بر ۸۰۰ مورد فوت ناشی از MERS-CoV تا پایان سال ۲۰۱۸ میلادی گزارش شده است (۹۰٪ از این موارد در عربستان سعودی رخ داده است و ۱۰٪ در مسافران بوده که عمدتاً سابقه سفر به شبه جزیره عربستان را ذکر نموده اند). بزرگترین طغیان ناشی از بیماری مسافران در سال ۲۰۱۵ در کره جنوبی رخ داد که ۱۸۵ بیمار و ۲۷ فوت ناشی از کوروناویروس MERS و انتقال فرد به فرد را به دنبال داشت. از سال ۲۰۱۴ به بعد تعداد مسافران مبتلا، و زمان تشخیص بیماری MERS در مسافران به طور پیشرونده ای کاهش داشته که می تواند ناشی از اطلاع رسانی های گسترده و افزایش آگاهی مسافران و تیم های درمانی در سایر کشورها باشد. اپیدمیولوژی کوروناویروس MERS اکتسابی در سفر (۲۲۷ نفر) تفاوت هایی با اپیدمیولوژی کوروناویروس



MERS شهروندان کشورهای آندمیک دارد که از آن جمله می توان به این موارد اشاره نمود: میانگین سنی ۵۳ سال، فوت ۱۷٪ از موارد، ۶۲٪ مذکر، انتقال ثانویه بیماری به فرد دیگر در ۸ نفر از ۲۲۷ نفر مشاهده نشده است، پرخطرترین گروه سنی برای بیماران وارده ۶۰ تا ۶۹ سال است، ۱۷۹ نفر بیماری را در بیمارستان از مسافران مبتلا کسب نموده اند (ثانویه).



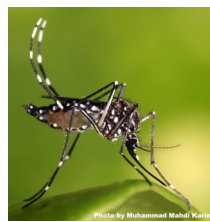
## بررسی ۵ ساله کریمه کنگو در Kosovo

هرچند بیشتر موارد کریمه کنگو از آسیا و خاورمیانه، و بالکان گزارش می شود، اما موارد اخیر آن از اسپانیا جغرافیای در حال گسترش آن را گوشزد می نماید. در کشور کوزوو نخستین موارد کریمه کنگو در سال ۱۹۵۴ میلادی گزارش شدند و از دهه نود قرن بیستم هر ۵ سال یکبار طغیانی از این بیماری ویروسی در آن کشور گزارش می شود. تقریباً از نیمی از کشور کوزوو به دلیل آب و هوای گرم و پوشش گیاهی مناسب هر ساله موارد ابتلا به این بیماری گزارش می شود. اخیراً در این کشور مطالعه دقیق گذشته نگری با همکاری مراکز تحقیقاتی مطرح آلمان انجام گرفته است که نتایج قابل توجهی با خود به همراه داشته است. بر اساس نتایج این مطالعه قوی ترین شواهد با این پیشگویی کننده احتمال مرگ بیمار مبتلا به کریمه کنگو می نماید علائم خونریزی دهنده و درگیری های سیستم عصبی است. بروز کوما و خواب آلودگی در تمام موارد فوت شده در بیمارستان های تحت مطالعه و خونریزی در اغلب آنها مشاهده شده بود. در بین نتایج آزمایشگاهی، شمارش ویرال لود بالای صد میلیون با  $OR=80$  و سطح LDH بیشتر از ۲۷۰۰ با  $OR=37.5$  قویترین پیشگویی کننده مرگ بیمار بودند در این مطالعه محققین پیشنهاد نمودند که نیاز است در جهان برای شناسایی داروی ضد ویروسی که بسیار موثر تر از ریباویرین باشد تلاش شود. میزان مرگ و میر ناشی از کریمه کنگو در کشور کوزوو ۳۴٪ برآورد شده است که نسبت به ترکیه (محل اولیه سوش فعلی کوزوو) بالاتر است.

## طغیان دنگی در فرانسه

در اوایل اکتبر سال ۲۰۱۸ میلادی ۹ بیمار مبتلا به تب دنگی که از طریق انتقال محلی مبتلا شده بودند در اتحادیه اروپا شناسایی و گزارش شد که ۳ نفر از اسپانیا و ۶ نفر از فرانسه بودند. این افراد اولین موارد انتقال محلی اتحادیه اروپا در سال جاری بودند. از سال ۲۰۱۷ میلادی تا زمان شناسایی این موارد هیچگونه انتقال محلی دیگری در اتحادیه اروپا شناسایی نشده بود. این ۹ بیمار در طی سه طغیان جداگانه مبتلا و شناسایی شده اند. دو طغیان متعلق به فرانسه بودند که در یک طغیان ۵ نفر و در طغیان بعدی که در مونت پولیه رخ داده بود یک نفر به تب دنگی مبتلا شده بود. ویروس دنگی عامل طغیان توسط مسافران آلوده از مناطق بومی این بیماری به فرانسه آورده شده است.

پشه آئدس آلبوپیکتوس تا پیش از این طغیان در این شهرها در فرانسه و اسپانیا وجود داشت اما به دلیل عدم حضور ویروس دنگی در جمعیت پشه تا کنون مواردی از انتقال محلی بدون سابقه سفر به خارج از فرانسه، گزارش نشده بود. در منطقه مونت پولیه ر فرانسه زمان فعالیت پشه آئدس آلبوپیکتوس تا اوایل ماه دسامبر (اواسط آذر ماه) ادامه دارد. هرچند که پشه آئدس آلبوپیکتوس می تواند در فصل سرما نیز تا حدی به فعالیت خود ادامه دهد اما این فعالیت تا اندازه ای نیست که بتواند که باعث انتقال پایدار بیماری در جامعه باشد.



## گنوکوک مقاوم به درمان در اروپا

در اروپا چند سالی است که برای درک بهتر وضعیت روند گنوکوک های مقاوم به درمان (سوزاک) نظام مراقب و گزارش دهی گسترده ای ایجاد شده است که Euro-GASP نامیده می شود. بر اساس آخرین گزارشات منتشر شده نظام مراقبت در این برنامه، در سال ۲۰۱۷ تنها در مورد گزینه های وضعیت HIV بیمار و راه اکتساب بیماری شاهد بهبود گزارش دهی و تکمیل مناسب تر فرم ها هستیم. در مقایسه با سال ۲۰۱۶ میلادی، در سال ۲۰۱۷ نسبت مردان هتروسکسوال کاهش یافته و سهم مردان همجنسگرا در بین آمار نمونه های مثبت بیش تر شده است. همانند سال های پیشین سهم عمده نمونه های ارسالی به آزمایشگاه متعلق به مردان بوده است (۸۵٪). عفونت همزمان با کلامیدیا در ۲۴٪ مبتلایان سوزاک مشاهده می شود. در بین نمونه های امسال در اروپا نمونه مقاوم به سفتریاکسون دیده نشد که خبر خوبی محسوب می شود اما ۵۵٪ به سفیکسیم مقاوم بودند. حدود ۸٪ نمونه ها به آزیترومایسین و ۴۶٪ به سیپروفلوکساسین مقاوم بودند.



## طاعون در جهان

در ۲۸ کشور اروپایی نظام مراقبت و گزارشدهی طاعون به صورت اجباری و جامع در حال انجام است. در سال ۲۰۱۷ میلادی هیچ مورد مثبتی از این بیماری در قاره سبز شناسایی و گزارش نشد. در آمریکا در سال ۲۰۱۷ میلادی ۵ بیمار مبتلا به طاعون گزارش شد. بیشترین موارد طاعون جهان از کشور ماداگاسکار گزارش شد که از اوایل مرداد ماه تا پایان آبان سال گذشته ۲۴۱۷ بیمار طاعون گزارش شد که ۷۷٪ از آنها مبتلا به طاعون واگیردار ریوی و ۱۵٪ مبتلا به طاعون غده لنفاوی (خیارکی بودند). آنالامانگا در مرکز ماداگاسکار منطقه ای است که ۶۸٪ موارد از آنجا گزارش شده است. در بین موارد سال ۲۰۱۷ که از ماداگاسکار گزارش شده است ۹٪ فوت شده اند (۲۰۹ نفر). ماداگاسکار از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ سالانه ۲۵۰ تا ۶۸۰ مورد گزارش نموده است.

## تسهیلات درمانی جدید در برابر Ebola

در آخرین طغیان ابولا که در حال حاضر در جمهوری دموکراتیک کنگو در جریان است و دومین طغیان بزرگ ابولا در آن کشور می باشد، چالش های متعددی بر سر راه کنترل طغیان وجود دارد که چالش های امنیتی تنها یکی از آنها می باشند. منطقه Kivu شمالی میزبان گروه های نظامی متعددی است و به دلیل درگیری های نظامی متعدد و ناامنی منطقه، سازمان جهانی بهداشت در پاییز امسال ۱۶ نفر از نیروهای خود را به طور موقت از منطقه خارج نمود. اغلب مراکز درمان ابولا که دارای اتاق های ایزوله می باشند حدود دو هفته برای برپا شدن زمان لازم دارند و ورود خانواده با بیماران بعد از بستری شدن امکان پذیر نمی باشد. بیمارانی که زنده مانده و تشخیص آزمایشگاهی قطعی ابولا داشته باشند، حدود ۱۶ روز را در اتاق ایزوله می گذرانند و از خانواده و عزیزان خود جدا هستند که تحمل آن چندان راحت نیست. خیریه سنگالی مربوط به اتحادیه اقدامات پزشکی بین المللی اتاق ایزوله جدیدی طراحی نموده است که به اختصار CUBE نامیده می شود (Biosecure Emergency Care Unit). این اتاق ایزوله دیوارهای شفاف پلاستیکی ۴ لایه دارد. یکی از دیوارها یک ورودی به شکل دستکش دارد که پزشک درمانگر می تواند بدون اینکه خطر پوشیدن و بیرون آوردن لباس را متحمل شود در بسیاری از شرایط معمول اقدام به معاینه و درمان بیماران درون CUBE نماید. این اتاق ایزوله ی جدید برای برپا شدن نیاز به تنها ۴۸ ساعت زمان دارد. پس از تجربه تلخ و سخت ابولا در غرب آفریقا متخصصین اتحادیه اقدامات پزشکی بین المللی جلسات کارشناسی هم اندیشی متعددی برگزار نمودند و با استفاده از تجربیات متخصصین اتاق های ایزوله و تکنولوژی یک کمپانی هسته ای موفق به ساختن اتاق ایزوله جدیدی شدند که تضمین امنیت

زیستی سطح آزمایشگاهی را داشت و نام آنرا CUBE گذاشتند. از این اتاق ها نه تنها برای ابولا بلکه برای هر بیماری تبادر خونریزی دهنده ای دیگری نیز قابل استفاده است. از آنجا که این اتاق های سریع الاحداث دارای فشار منفی هستند برای هر بیماری و شرایطی که امکان انتقال airborne داشته باشد قابل استفاده هستند. قیمت این اتاق های ایزوله جدید در مقایسه با اتاق های ایزوله سنتی که در زمان همه گیری ابولا استفاده شده بسیار ارزان تر است و حدود ۱۶۰۰۰ یورو قیمت دارند.

