



اخبار مراقبت

۱۳۹۷ - سال نوزدهم - شماره ۱۳۷

تیر

به مناسبت ۱۳ تیر

و اهمیت بیماری های منتقله بین حیوان و انسان

چند دهه ی گذشته درس آموخته های ماندگار و نکات مهمی در تاریخ بهداشت جهان به همراه داشته است که یکی از کلیدی ترین آنها موضوع نقش محیط زیست به ویژه حیات وحش در تغییر چهره اپیدمیولوژیک بیماری های عفونی و پیدایش بیماری های نوپدید قابل انتقال به انسان است. هرچند اشتباه آمریکایی ها در برجسته سازی بیماری های غیرواگیر و کم رنگ کردن بیماری های به ظاهر کنترل شده ی واگیر زبازد همه گردیده است اما مکررا در گوشه و کنار دنیا صاحب نظران متعددی در دام این تغییر فریبنده اپیدمیولوژیک بیماری های واگیر افتادند و به دلیل برجسته شدن آماری بیماری های غیرواگیر و با تکیه بر دانش ساخت واکسن ها و آنتی بیوتیک ها و مواد ضد عفونی کننده به این باور اشتباه رسیدند که بیماری های واگیر سهم کوچکتری از بودجه های بهداشتی کشورها را نیاز خواهد داشت. این برداشت اشتباه و همکاری های ضعیف بین بخشی در آن کشورها باعث شد که برای چندمین بار با بروز طغیان های بیماری های نوپدید مواجه شوند و این تهدید تا آنجا پیش رفته است که امروزه میکروب های مقاوم به درمان در کنار بیماری های قابل انتقال بین حیوان و انسان، یکی از جدی ترین عوامل واگیر تهدید کننده سلامت مردم جهان محسوب می شوند و اهمیت رویکرد One Health بیش از پیش بر همگان روشن شده است.

شعار انسان سالم محور توسعه پایدار امروزه با شعارهایی مانند سلامت انسان در گرو سلامت حیوانات در هم آمیخته اند و رویکردی نوین را در مدیریت سلامت مردم و محیط زیست می طلبد که جز به همدلی، همراهی و مدیریت واحد بیماری های واگیر بدست نخواهد آمد. نقش سازمان دامپزشکی و تمام نهادهایی که در سلامت حیوانات و امنیت محیط زندگی مشترک انسان و حیوان نقش دارند در این میان مسوولیت مهمی را بر عهده خواهند داشت.



در این شماره می خوانید:

- ۲ جلسه کمیته مراقبت اپیدمیولوژیک (HIV)
- ۴-۷ اخبار دانشگاهی بیماری های واگیر
- ۸ بررسی فعال نزدیکان در سل نهفته
- ۸ تاریخ طاعون در ماداکاسکار
- ۹ تافنوکین داروی جدید مالاریا
- ۹ و ۱۰ استراتژی EYE در مبارزه با تب زرد
- ۱۱ تب لاسا در نیجریه
- ۱۳ تازه های واکسن تب دنگی
- ۱۴ و ۱۵ سرخک در هندوستان و ژاپن
و EBOLA در جمهوری کنگو

برگزاری جلسات کمیته مراقبت اپیدمیولوژیک



کمیته کشوری "نظارت بر اجرای برنامه" کمیته ای فنی متشکل از نمایندگان و کارشناسان ثابت حقیقی یا حقوقی شرکای اصلی برنامه استراتژیک می باشد که از معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ خود را دریافت کرده اند. این کمیته دارای گروه های تخصصی پنجگانه می باشد که یکی از این گروه ها، گروه فنی پایش و ارزشیابی می باشد. کمیته مراقبت اپیدمیولوژیک زیر گروه آن می باشد. وظایف اصلی کمیته مراقبت اپیدمیولوژیک در ۵ حیطه اصلی زیر تعریف شده است:

۱. جمع آوری تحقیقات موجود و دسته بندی آنها
۲. اعلام نظر و مصوب کردن طرح های تحقیقاتی کشوری در زمینه بیماری اچ ای وی / ایدز
۳. درخواست تحقیقات کشوری و استانی بر اساس شاخص های تعیین شده در برنامه استراتژیک و اعلام آن به مراکز تحقیقاتی
۴. تعیین زیر کمیته تحقیقات

تاکنون پنج جلسه در طول یکسال اخیر برگزار شده است. در تاریخ ۱۳ تیرماه جلسه پنجم این کمیته با دستور جلسه بررسی پروپوزال "لویت های پژوهشی اچ ای وی ایدز"، بحث و تبادل نظر در خصوص نمودار آبخار خدمات پیشگیری و درمان، پیشنهاد سازمان زندان ها در خصوص تغییر دو موضوع تحقیقاتی و پیشنهاد چگونگی نحوه آموزش دانشگاه ها برای برآورد جمعیت کلیدی استان ها برگزار گردید و طرح مورد تصویب اعضای کمیته قرار گرفت.

در جلسه قبل دو موضوع تحقیقاتی در برنامه کاری گلوبال فاند برای سازمان زندان ها به شرح زیر در نظر گرفته شده بود:

۱. بررسی وضعیت ارزیابی سلامت و پایش آرایه خدمات سلامت در زندان
 ۲. بررسی نقش زندان در جلوگیری از بروز رفتار های پر خطر و اچ ای وی
- در این جلسه پس از بحث و تبادل نظر، این دو عنوان بصورت سه طرح پیشنهادی زیر تغییر کرد تا از میان آنها دو طرح برای پژوهش سازمان زندان ها انتخاب شود. این عناوین به شرح زیر بودند:

۱. ارزشیابی خدمات پیشگیری مراقبت و درمان اچ ای وی در زندان
۲. طراحی مدل مناسب آرایه خدمات پیشگیری مراقبت و درمان HIV بعد از خروج از زندان برای زندانبان
۳. بررسی شیوع همزمان HIV و عوامل دموگرافی مرتبط با آن در زندان

نشست آموزشی کشوری پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزهای هوایی جهت آمادگی در ایام اربعین حسینی

با توجه به اهمیت ارائه خدمات بهداشتی و مراقبت بیماری های واگیر در مرزهای هوایی کشور در ایام اربعین حسینی که یکی از بزرگترین تجمعات مذهبی انسانی محسوب می شود، جلسه آموزشی و پرسش پاسخ همکاران محترم، مدیران گروه مبارزه با بیماری های واگیر، کارشناسان مسئول برنامه و مسئولان پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی دانشگاه های منتخب در تیرماه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برگزار گردید.

کمیته کشوری آنفلوانزا با موضوع واکسن ۴ ظرفیتی

شرایط جدید اپیدمیولوژیک جهانی و داده های نظام مراقبت بیماری آنفلوانزا نشان از حضور گسترده ویروس آنفلوانزا B از نوع یاماگاتا در بیماران سال گذشته بود و لذا از ماه قبل مکاتبات و جلسات هم اندیشی گوناگونی توسط مرکز مدیریت بیماری های واگیر پیگیری شده بود. در تیر ماه سال جاری کمیته کشوری بیماری آنفلوانزا مجدداً برای ارزیابی جدیدترین داده های نظام مراقبت و شرایط خاص پیش رو از جمله زمان بندی های ایام حج و اربعین حسینی و آمادگی کشور در پیشگیری از وقوع همه گیری های بزرگ تشکیل شد. در این جلسه مجدداً تاکید شد که توزیع واکسن تایید شده ۴ ظرفیتی آنفلوانزا که ویروس های آنفلوانزای H3N2، H1N1، B، یاماگاتا و B ویکتوریا را بر اساس توصیه های جهانی WHO دارا باشد، به ویژه در میان کارکنان تیم درمان بیمارستان ها دارای اهمیت است.

جلسه هماهنگی اربعین حسینی

جهت هماهنگی و اجرای هرچه بهتر عملیات اربعین حسینی سال جاری ستاد اجرایی بهداشت اربعین حسینی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در تیر ماه نیز جلسات خود را ادامه داد. در این جلسه علاوه بر مرور درس آموخته های عملیات سال قبل پیشنهادهای در راستای اجرای بهتر برنامه ارائه شد و مقرر گردید ضمن بروز رسانی دستورالعمل ها، با توجه به وضعیت توصیف شده ی جاری، و امکانات موجود تصمیمات جدیدی اخذ شده و در جلسات بعدی مورد بحث و تبادل نظر قرار گیرد.

هر ساله از چند ماه قبل از عملیات خدمت رسانی بهداشتی در ایام سوگواری اربعین حسینی، جلسات هم اندیشی کارشناسان و مدیران مجرب بهداشت کشور تشکیل می شود و ضمن شناسایی خلاء های برنامه سعی می شود تا فرصت های جدیدی برای تسهیل و ارتقا عملیات ایجاد شود و رخداد های بهداشتی مهم در اسرع وقت شناسایی شده و پاسخ هماهنگ و سریع و مناسب به آن داده شود. موضوع پیشگیری از طغیان ها، حفظ سلامت محیط و آب و غذای امن، شناسایی سریع بیماری های واگیر و حمل و نقل ایمن و سریع نمونه های بالینی از اهم مطالب مورد بحث در این جلسات می باشد. سال گذشته با اجرای هماهنگ عملیات و اجرای نظام مراقبت سندرمیک تجربه موفقی از همکاری به نمایش درآمد.

ستاد اجرایی ملی مقابله با

آنفلوآنزای پرندگان

در راستای تهیه برنامه عملیاتی اجرایی و واکنش سریع جهت مقابله با بحران ناشی از گسترش آنفلوآنزای پرندگان در کشور و جلوگیری از صدمات ناشی از آن در صنعت طیور، جلسه دوم در ۱۱ تیرماه با حضور کلیه مسوولین نهادها و سازمان های ذینفع دواتی و خصوصی تشکیل گردید. به منظور بررسی وضعیت جاری و ارزیابی تاثیرات و آینده نگری پیشگیری از آسیب به صنعت طیور تبادل نظر و بحث انجام شد و مقرر گردید در زمینه بیمه کردن مزارع و پرداخت غرامت، مقررات و دستورالعمل های امنیتی بهداشتی بازبینی و تجدیدنظر صورت گیرد. در این جلسات ارتقا امنیت زیستی و اطلاع رسانی خطر به ذینفعان و جامعه از اهم موضوعاتی است که مورد بحث و تبادل اندیشه قرار می گیرد.

کنفرانس آموزشی بیماری سل جهت کارشناسان کنترل عفونت در ستاد پرستاری دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

اداره کنترل سل و جذام مرکز مدیریت بیماری های واگیر با همکاری معاونت پرستاری و با هدف ارتقاء سطح آگاهی و جلب همکاری پرستاران، اقدام به برگزاری "کنفرانس آموزشی در زمینه بیماری سل برای کارشناسان کنترل عفونت در ستاد پرستاری دانشگاه های علوم پزشکی کشور" نمود. برنامه آموزشی مذکور در تاریخ ۲۷ تیر ماه سال جاری با حضور کارشناسان کنترل عفونت از ستاد پرستاری ۴۶ دانشگاه علوم پزشکی کشور با عناوین آموزشی "گزارشی از وضعیت اپیدمیولوژی بیماری سل در ایران و جهان، تشخیص و درمان سل فعال ریوی، درمان سل و مقاومت دارویی MDR-TB، کنترل و پیشگیری از عفونت سل در بیمارستان و تشخیص و درمان سل نهفته" برگزار گردید. در پایان از شرکت کنندگان درخواست شد ضمن انتقال مطالب به سوپروایز آموزشی و بالینی بیمارستان های تحت پوشش، نسبت به گزارش فوری موارد سل ریوی اسمیر مثبت و گزارش غیرفوری موارد سل ریوی اسمیر منفی و خارج ریوی به معاونت بهداشتی دانشگاه تحت پوشش خود اقدام نمایند. لازم به ذکر است که کلیه مباحث ارائه شده در کنفرانس در وب سایت اداره کنترل سل و جذام در قسمت "تازه ها" دسترسی است. آدرس:

<http://tb-lep.behdasht.gov.ir>

ارزیابی خطر تب دنگی در سواحل هرمزگان و مرز های شرقی

با توجه به اهمیت مناطق شرقی کشور از نظر نوپدیدی احتمالی بیماری های ویروسی منتقله توسط پشه آئدس، مناطق مرزی سراوان، کوهک، خاش، میرجاوه (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان) و بنادر بزرگ بندعباس، میناب (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان) مورد پایش کارشناسان ستاد ملی قرار گرفت. در ضمن ارزیابی خطر این نقاط، جلسات توجیهی با مسئولان محترم اداره گمرک و معاونت بهداشتی دانشگاه برگزار شد و نتایج ارزیابی و شرایط موجود مورد تحلیل قرار گرفت.

هفته اطلاع رسانی بیماری های منتقله از حیوان به انسان (شهرستان بوکان - آذربایجان غربی)

شهرستان بوکان در استان آذربایجان غربی در هفته اطلاع رسانی بیماری های منتقله از حیوان به انسان فعالیت های متنوع آموزشی و اطلاع رسانی را در برنامه کار خود داشته است که می توان از جمله آنها به جلسه آموزشی توجیهی در مورد بیماری خونریزی دهنده تب کریمه کنگو برای قصابان و سلاخان شهرستان با حضور همزمان کارشناسان شبکه دامپزشکی در کنار کارشناسان مرکز بهداشت، آموزش بیماری تب مالت به دامداران متقاضی پروانه کسب در نمازخانه اداره جهاد کشاورزی، آموزش بیماری های تب خونریزی دهنده کریمه کنگو، تب مالت، سیاه زخم، کیست هیداتیک، و بیماری هاری در تمامی مراکز و پایگاه های بهداشتی شهری و روستایی اشاره نمود.

آموزش گسترده کارکنان سلامت و اطلاع رسانی به گروه های در معرض خطر سرلوحه فعالیت های همکاران محترم شهرستان در این هفته بوده است.



آماده سازی پزشکان و مدیران کاروان اعزامی به حج تمتع سال جاری

یکی از ارکان برنامه های بهداشتی پیشگیرانه و رصد بیماری های واگیر که سالانه پیش از اعزام تیم های مدیریتی و خادمین و پزشکان انجام می شود آموزش، اطلاع رسانی و آماده سازی این گروه ها در قالب تیم های هیات پزشکی و مدیران کاروان ها و روحانیون است.

در تیرماه سال جاری سازمان حج و زیارت طبق برنامه های از پیش تعیین شده پزشکان و مدیران کاروان ها را در جلسات جدا جدا تحت آخرین آموزش ها قرار داد و با هماهنگی های به عمل آمده تیم کارشناسی تخصصی مرکز مدیریت بیماری های واگیر به همراه تیم اعزامی انتخابی معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در این جلسه حضور یافته و به مرور اهم مخاطرات محتمل بهداشتی در سفر حج به عنوان بزرگترین تجمع انسانی مذهبی در جهان پرداختند. آشنایی با نظام مراقبت سندرمیک و برنامه های همکاران مراقبت بهداشت مرزی و تیم اعزامی همراه در عربستان، و نکات مورد توجه در زمان بازگشت از موضوعاتی بود که به آن پرداخته شد.

با توجه به وجود بیماری تنفسی کورونوویروسی MERS و آخرین گزارشات موجود از کشور عربستان سعودی، و گزارش بیماری وبا از برخی کشورهای آفریقایی که به شهر های مذهبی جهت انجام فریضه حج سفر می نمایند، مهمترین نکات بهداشتی بیان گردید و نمایندگان منتخب مرکز مدیریت بیماری های واگیر در سفر حج امسال به پزشکان و مدیران معرفی شدند.

برنامه عملیات جونده کشی مناطق زلزله زده کرمانشاه

با مدیریت و هماهنگی مرکز مدیریت بیماری های واگیر و همکاری اساتید منتخب دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و اصفهان، و سایر افراد مجرب در زمینه اقدامات لازم در پیشگیری از بروز طغیان های بیماری سالک، نشستی در مرکز مدیریت بیماری های واگیر تشکیل گردید و برنامه جامع سم پاشی و جونده کشی مناسب پیشنهاد گردید.

برای اجرایی سازی عملیات گسترده جونده کشی از حضور تیم های مجرب سایر دانشگاه ها از جمله ناظرینی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان استفاده خواهد شد. بیماری سالک در نوع روستایی خود دارای مخازنی در حیات وحش از جمله جوندگان و سگ ها می باشد که مبارزه با چرخه بیماری نیاز به برنامه ریزی دقیق و اجرا در زمان مناسب دارد.



اتوبوس ایدز (اراک)

به مناسبت هفته مبارزه با مواد مخدر اتوبوس ایدز از تاریخ ۱۹ تیر ماه به مدت ۳ روز در حاشیه یکی از پارک های پر تردد شهر اراک راه اندازی گردید و دو مراقب سلامت زن و یک مراقب سلامت مرد و یک روانشناس مشغول به ارائه خدمات آموزشی، مشاوره ای و تست اچ

آی وی بودند. در پایان برنامه ۳ روزه تعداد ۶۳ عدد آزمایش تشخیص سریع (Rapid test) اچ آی وی (۵۲ مرد و ۱۱ زن) انجام شد که نتیجه آزمایش مثبتی در بین مراجعه کنندگان مشاهده نشد.



عملیات جونده کشی (شوش-دزفول)

با توجه به اینکه بیماری سالک از دیرباز به دلیل مساعد بودن اکوسیستم و شرایط زندگی پشه ناقل، از بیماری های بومی استان خوزستان بوده است یکی از برنامه های مهم همکاران در آن اقلیم همواره مبارزه با این بیماری و جلوگیری از بروز طغیان های احتمالی بوده است. همکاران محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول و به ویژه تیم مبارزه با بیماری های شهرستان شوش علاوه بر آموزش، اطلاع رسانی، و ارتقای آگاهی جامعه با همکاری های بین بخشی سعی در بهسازی محیط و کنترل مخازن بیماری نموده اند. در این خصوص با مطالعات و پیگیری های به عمل آمده عملیات جونده کشی در روستاهای شاوور، دوار، صالح مشطط، ابوذر غفاری، شهرک دانیال و شهرک سلمان، از توابع شهرستان شوش، با اعتبار ۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال اجرا شده است. بیماری سالک از جمله بیماری های مهم قابل انتقال از حیوان به انسان است.

بیماریابی فعال بیماری سل (اصفهان-کردستان)

بیماریابی فعال، به ویژه در گروه های در معرض خطر از جمله فعالیت های مهم در دانشگاه های علوم پزشکی محسوب می شود که در راستای دستیابی به اهداف برنامه End TB اهمیت ویژه ای دارد. دو نمونه از اقدامات انجام شده در دانشگاه های علوم پزشکی در راستای بیماریابی فعال و آموزش پزشکان جهت تقویت این عملیات در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان و اصفهان انجام شده است.

مرکز بهداشت شماره ۲ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اقدام به بیماریابی فعال سل در مراکز تجمعی از جمله ندامتگاه و اردوگاه افغانه در سه ماه اول سال جاری نموده است. در این بیماریابی، ۱۱ نفر در اردوگاه و ۹۲ نفر در ندامتگاه مورد بیماریابی قرار گرفتند.

تعداد ۶۶۶۳ نفر در زمینه بیماری سل آموزش دیدند و جهت ۲ نفر در ندامتگاه پروفیلاکسی انجام شد. در این بیمار یابی، ۳ نفر بیمار جدید کشف و تحت درمان قرار گرفت و جهت ۹ نفر تست PPD انجام گرفته است.

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در تاریخ های ۲۸،۳۰ و ۳۱ تیر ماه سال جاری اقدام به برگزاری کارگاه آموزشی سل جهت کلیه پزشکان و کارشناسان مبارزه با بیماری ها و آزمایشگاه سل تحت پوشش دانشگاه نمود. در این کارگاه کلیات دستورالعمل بیماری مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت.

۲- دانشگاه علوم پزشکی کردستان اقدام به بیماریابی فعال در گروه های در معرض خطر سل نموده است. ۶۵ نفر در بیماران دیالیزی، ۷۲۲۶ نفر در بیماران مبتلا به دیابتی، ۳۲ نفر در بیماران HIV مثبت، ۲۵۳ نفر در افراد در تماس بیماران اسامیر مثبت و ۵۶۷۵ نفر در سالمندان، بیماریابی فعال شدند. ۱۶ نفر بیمار، از این افراد کشف و تحت درمان سل قرار گرفتند.



کارگاه آموزشی انجام تست تشخیص سریع ایدز جهت مراکز متادون تراپی (کاشان)

در راستای اجرای استراتژی توصیه به انجام تست، مشاوره و آزمایش اچ آی وی در گروه های پرخطر، کارگاه آموزشی انجام تست تشخیص سریع جهت پرسنل مراکز متادون تراپی بخش خصوصی کاشان با همکاری معاونت درمان دانشگاه، توسط گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر در تالار سلامت معاونت بهداشتی برگزار گردید. در ابتدا مدیر محترم گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر ضمن بیان چهارمین برنا مه استراتژیک ملی کنترل اچ آی وی به بیان اهمیت تشخیص زودتر در افراد با رفتارهای پرخطر از جمله معتادان تزریقی و مصرف کنندگان مواد محرک پرداختند و به آمار بیماری در جهان، ایران و کاشان اشاره نمودند. در ادامه پزشک محترم مسئول برنامه HIV/ایدز معاونت بهداشتی ضمن اشاره به تازه های ایدز روش های تشخیص ایدز، و روش های انجام مشاوره پیش و پس از انجام تست را توضیح دادند و کارشناس محترم برنامه نیز نحوه انجام تست تشخیص سریع را به صورت عملی و با مشارکت شرکت کنندگان انجام دادند. در پایان مقرر گردید مراکز با رعایت اصول رضایت، راز داری و مشاوره در گروه های هدف تست مورد نظر را انجام و آمار آن را هر ۳ ماه به معاونت بهداشتی ارسال نمایند.

جلسات آموزشی سل ویژه سفیران سلامت (کاشان)

در راستای استراتژی آموزش و اطلاع رسانی برنامه کنترل سل، جلسات آموزشی جهت سفیران سلامت مناطق پرخطر مرکز خدمات جامع سلامت راوند و پایگاه بهداشتی سپهری توسط گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر معاونت بهداشتی و با همکاری واحد آموزش و ارتقاء سلامت برگزار گردید. در این جلسات آگاهی و نگرش شرکت کنندگان با پره تست ارزیابی گردید. پزشک محترم مسئول برنامه سل دانشگاه



ضمن بیان اهمیت بیماری سل به معرفی گروه های در معرض ابتلا به بیماری از جمله بیماران دیابتی، معتادان خصوصاً تزریقی، موارد سوء تغذیه و سالمندان و راه های پیشگیری و درمان رایگان پرداختند. ایشان خواستار ارجاع کلیه موارد مشکوک به سل (سرفه پایدار بیش از دو هفته) توسط سفیران سلامت به مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه های بهداشتی جهت نمونه گیری رایگان خلط شدند. لازم به ذکر است که این جلسات در طول سال و با همکاری واحد آموزش سلامت برای کلیه مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه های سلامت برگزار خواهد شد.

کارگاه تشخیص و درمان سل و روش های نوین تشخیص آزمایشگاهی سل (اصفهان)

در راستای دستیابی به اهداف برنامه سل و اهمیت آشنایی با این بیماری و روش های جدید تشخیصی آن همکاران معاونت محترم بهداشت اصفهان در سه روز پیاپی کارگاهی تحت عنوان تشخیص و درمان سل و روش های نوین تشخیص آزمایشگاهی آن در سالن مرکز بهداشت شماره یک اصفهان با حضور کلیه پزشکان و کارشناسان محترم برنامه مبارزه با سل و آزمایشگاه تشخیص بیماری سل استان برگزار نمودند.

کارگاه بازآموزی بیماری های تب خونریزی دهنده کریمه کنگو و هاری (شهرستان سراوان)

کارگاه بازآموزی بیماری های تب خونریزی دهنده کریمه کنگو و هاری در هفته اطلاع رسانی بیماریهای مشترک بین حیوان به انسان (۱۳ لغایت ۲۰ تیرماه) در ادامه برگزاری سلسله کارگاههای آموزشی بیماریهای زئونوز (با شرکت ۸۳ نفر از پزشکان و کارشناسان حوزه بهداشت و درمان در شهرستانهای زاهدان و میرجاوه)، کارگاه بازآموزی تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF) و نظام نوین درمان پیشگیری هاری در سالن اجتماعات مرکز بهداشت شهرستان سراوان با حضور بیش از ۱۰۰ نفر از متخصصان، پزشکان، پرستاران، کارشناسان بیماریها و بهداشت محیط از سطح شهرستانهای خاش، سراوان و سیب و سوران برگزار گردید. هدف از این کارگاه، ارتقاء سطح آگاهی و انتقال آخرین تجربیات در خصوص مدیریت و درمان بیماران مبتلا به CCHF و آشنایی با تغییرات جدید درمان پیشگیری از هاری در پرسنل حوزه بهداشت و درمان بود. ضمناً مقرر گردید همکاران محترم حاضر در کارگاه ضمن انتقال مطالب به سطوح محیطی، همچون گذشته نسبت به تقویت و اجرای مستمر برنامه های آموزش جامعه به نحو مقتضی اقدام نمایند.

کمیته ارشد راهبردی بهداشت منطقه ویژه عسلویه (مالاریا)

با حضور مدیر شبکه بهداشت و درمان آن شهرستان، کارشناس مالاریا استان و مسئول واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری شهرستان عسلویه کمیته مالاریا شهرستان عسلویه با حضور مدعوینی از HSE منطقه ویژه انرژی پارس جنوبی و نماینده شرکت POGC در محل شبکه بهداشت و درمان شهرستان عسلویه برگزار شد. در این جلسه مصوب شد که شبکه بهداشت و درمان عسلویه آموزشهای لازم درباره تشخیص بیماری مالاریا را به پزشکان و پرستاران کلینیک های موجود در پروژه های نفتی و گازی و همچنین پرسنل HSE ارائه نماید و کیت تشخیص سریع مالاریا را در اختیار آنان قرار دهد. نمایندگان طرف مقابل هم قول دادند که برنامه بیماریابی را مطابق با دستورالعمل های ارسالی از مرکز مدیریت بیماریهای واگیر انجام دهند و نهایت همکاری را در سایر برنامه های مرتبط مثل بهسازی محیط و کنترل ناقلین داشته باشند. پیرو مصوبات این جلسه، موضوع مالاریا در بیست و یکمین جلسه کمیته ارشد راهبردی بهداشت منطقه ویژه مطرح شد. در این جلسه که کارشناس مسئول بیماریهای شهرستان عسلویه نیز در آن حضور داشتند برنامه های آموزشی و چاپ مواد کمک آموزشی مرتبط با بیماری مالاریا و همکاری در بهسازی محیط داخل پروژه ها جهت از بین بردن محل تکثیر ناقل بیماری و همچنین کاهش زمینه تماس افراد با ناقل مالاریا به تصویب رسید.

کنفرانس علمی بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (اراک)

به مناسبت روز ملی بیماری های منتقله بین حیوان و انسان کنفرانس علمی بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در سالن اجتماعات حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک با همکاری دفتر آموزش مداوم دانشگاه با حضور پزشکان متخصص عفونی، داخلی و پزشکان عمومی بخش خصوصی و دولتی، مراکز بهداشتی درمانی و همچنین پرستاران و کارشناسان علوم آزمایشگاه و نیز کارشناسان واحدهای مبارزه با بیماری ها، آموزش بهداشت، بهداشت محیط و حرفه ای مراکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشت استان برگزار گردید.

در این برنامه معاون محترم بهداشتی دانشگاه در خصوص اهمیت بیماریهای قابل انتقال بین حیوان و انسان با محوریت بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو برای حاضرین سخنرانی نمودند. مدیر محترم گروه واحد مبارزه با بیماری های واگیر معاونت بهداشتی وضعیت بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در جهان، ایران و استان را برای حاضرین تشریح نمودند. جناب آقای دکتر علی اصغر فرازی متخصص عفونی و عضو هیئت علمی دانشگاه سخنرانی مباحث مراقبت بیماری با تاکید بر بیماریابی، عامل بیماری، راههای سرایت و علائم بیماری در انسان را برعهده داشتند. ضمناً مبحث تشخیص آزمایشگاهی بیماری نیز توسط جناب آقای دکتر خوانساری نژاد جهت حضار تشریح گردید و اپیدمیولوژی، علائم و تشخیص بیماری در جمعیت دامی توسط جناب آقای دکتر حمزه لوئیان (اداره کل دامپزشکی استان) ارائه گردید.

بررسی فعال نزدیکان مبتلایان به سل نهفته

تاریخ طاعون در ماداگاسکار

اولین بیمار طاعون که در ماداگاسکار شناسایی شد فردی بود که در سال ۱۸۹۸ توسط کشتی از هندوستان پا به ماداگاسکار گذاشت. در سال ۱۹۲۱ طاعون به مناطق مرتفع تر که زیستگاه جوندگان بود رسید و همه گیری های بزرگی را در طی ۲۰ سال بعد از آن در ماداگاسکار بوجود آورد. تا دهه ۸۰ قرن گذشته به جز چند مورد معدود موارد طاعون شناسایی شده عموماً در محیط روستایی رخ داده بودند. به تدریج طاعون به عنوان چالش بهداشتی مهم در ماداگاسکار پدیدار شد. طاعون شهری در شهر آنتاناناریوو و شهر ماهیانگا اکنون مشاهده می شود. در شهر آنتاناناریوو بعد از ۲۸ سال سکوت، مجدداً طاعون در سال ۱۹۷۸ بازپدیدار شد و در شهر ماهیانگا نیز طاعون بعد از یک وقفه ۶۳ ساله بازپدید آمد و طغیان های شهری را بوجود آورد. از سال ۱۹۹۴ بدلیل جدی شدن طاعون شهری برنامه ملی مراقبت بیماری طاعون در ماداگاسکار مجدداً از سر گرفته شد. انستیتو پاستور ماداگاسکار به عنوان آزمایشگاه مرکزی در ماداگاسکار جایگاه ویژه ای در مراقبت و تحقیقات سال های گذشته تا کنون در آن کشور ایفا نموده است. در ارتفاعات مرکزی ماداگاسکار از مهر تا اسفند که زمان پربارش است فصل طاعون خواهد بود و در سواحل شمال غربی از تیر تا آبان ماه است. بیشترین گروه سنی که در ماداگاسکار به طاعون مبتلا می شوند کودکان از سن ۵ سالگی تا جوانان در سن ۲۵ سالگی می باشند. سهم طاعون ربوی در بین مبتلایان در مرور زمان به تدریج کمتر شده اما گستره جغرافیایی طاعون در ماداگاسکار آرام آرام افزایش یافته است.

یکی از اجزای اصلی برنامه "پایان سل" بعنوان یک استراتژی جهانی، شناسایی و درمان افراد مبتلا به عفونت پنهان سل (latent TB) است. یک سوم تا یک چهارم مردم جهان به عنوان ذخایر اصلی سل محسوب می شوند که ممکن است روزی مبتلا به سل فعال شوند که ریسک فاکتورهای مختلفی برای این که عفونت های نهفته آنها تبدیل به بیماری فعال شود وجود دارد. حدود یک سوم از کسانی که در تماس نزدیک با بیمار مبتلا به سل دستگاه تنفسی درمان نشده قرار می گیرند مبتلا به عفونت شده و هرچه بیماری فرد اول شدیدتر باشد، هرچه مدت تماس طولانی تر باشد، هرچه تماس با اشعه ماوراء بنفش بیشتر و هرچه شرایط تهویه نامطلوب تر شود این احتمال بیشتر است. در شیرخواران و کودکان کوچک تر مبتلا به عفونت سلی شانس اینکه مبتلا به سل فعال بخصوص انواع شدید و تهدید کننده حیات بیماری شوند نسبت به کودکان بزرگتر، بیشتر است. درصد پوشش "درمان پیشگیرانه" یکی از ۱۰ شاخص اول اندازه گیری پیشرفت به سوی پایان سل در سطح جهانی و کشوری محسوب می شود. بر اساس آمارهای WHO در سال ۲۰۱۶، در حدود ۱/۳ میلیون کودک کمتر از ۵ سال باید تحت درمان پیشگیرانه برای سل قرار می گرفتند ولی این میزان با وجود آنکه در سال ۲۰۱۶ دو برابر سال ۲۰۱۵ شده بود تنها به ۱۳٪ از هدف مطلوب رسید. غربالگری و درمان کودکان تماس یافته با بیمار سلی با سن کمتر از ۵ سال توسط سازمان جهانی بهداشت بخصوص در کشورهایی که بار بیماری بالاست توصیه شده است. اما معدودی از کشورها هستند که این اقدام را به درستی انجام داده و آن را مورد پایش و ارزشیابی قرار داده اند و اصولاً سیستم پایش و ارزشیابی برای این اقدام دارند.

غربالگری و درمان سیستماتیک سل نهفته خود نیازمند وجود یک سیاست کشوری است که از ابتدا تا انتهای آن معلوم باشد. بخش مهم این سیاست گذاری به افراد مبتلا به HIV و کودکان زیر ۵ سال مربوط می شود که از قبل در برنامه های قدیمی وجود داشته و برای آن سیستم گزارش دهی تعریف شده موجود بوده است. سیستم گزارش دهی latent tuberculosis نباید بعنوان جزئی از نظام مراقبت و گزارش دهی سل کشور تهیه و در آن ادغام شود و در برنامه ملی سل قرار گیرد. برای این منظور باید برنامه های آموزشی ویژه ترتیب داده شود و پزشکان کاملاً با آن آشنا باشند. همانطور که گفته شد در حال حاضر تنها ۱۳٪ افرادی که لازم است برای latent TB تحت درمان قرار گیرند به این خدمت دسترسی دارند در حالی که تا سال ۲۰۲۵ این میزان باید به بالاتر از ۹۰٪ برسد. این اقدام در کشورهایی که هنوز شروع نکرده اند باید هرچه سریعتر عملیاتی شود. ردیابی فعال نزدیکان بیماران لازم است جایگزین ردیابی غیرفعال موجود شود.

**END
TB**

استراتژی EYE در برابر بیماری تب زرد

در جهان ۳۵ کشور برنامه واکسیناسیون در برابر تب زرد را در برنامه ایمن سازی ملی خود وارد نموده اند. سازمان جهانی بهداشت استراتژی EYE را در برابر این بیماری منتقله از پشه Aedes آن معرفی نموده است که برنامه حذف همه گیری های تب زرد (EYE) نامگذاری شده است. این استراتژی در واقع ترکیبی از ایمن سازی همگانی، تقویت ایمن سازی روتین با پوشش جمعیتی حداقل ۸۰٪ (دستیابی به Herd Immunity) و تقویت نظام مراقبت با تایید آزمایشگاهی در سطح کشورهای درگیر می باشد. از آنجا که دریافت تنها یک دوز از واکسن تب زرد برای تمام عمر ایجاد ایمنی می نماید، لذا ایمن سازی روتین در برابر تب زرد در مرکزیت این استراتژی قرار دارد. یکی از کشورهایی که در زمینه این استراتژی تلاش نموده است نیجریه می باشد اما هنوز جمعیت زیادی از مردم آن کشور به ویژه در شهرنشینان هنوز واکسن تب زرد دریافت ننموده اند. برای این کار نیجریه برنامه ۹ ساله تدوین نموده است که ۳۶ ایالت خود را تحت پوشش قرار دهد و تا سال ۲۰۱۸ تنها ۹ ایالت را توانسته است تا وارد این برنامه نماید. پوشش واکسیناسیون تب زرد در نیجریه در حال حاضر ۳۳٪ می باشد. برای اجرای این استراتژی زیرساخت هایی نیاز است که تجربیاتی کشور نیجریه به خوبی اهمیت این زیرساخت ها را در موفقیت برنامه نشان می دهد. برنامه کشور نیجریه در سال ۲۰۱۴ بدلیل کمبود واکسن با شکست روبرو شد. ضعف شدید نظام مراقبت، داشتن تنها دو آزمایشگاه در سطح ملی که پاسخگوی نیازهای نیجریه نبوده است، قابل اعتماد نبودن جواب های آزمایشگاه، ناتوانی در کشف سریع طغیان ها و حتی عدم اطمینان از وجود یا عدم وجود طغیان در کشور و نداشتن Risk map از جمله مشکلات و موانع در دستیابی نیجریه به اهداف خود در این راه است.

بسیج همگانی واکسیناسیون بر علیه تب زرد با هدف پوشش قرار دادن ۱ میلیارد نفر در ۲۷ کشور آفریقایی ماه گذشته آغاز شد. استراتژی حذف اپیدمی تب زرد (EYE) برای ۲۷ کشور آفریقایی طراحی شده است. این نوع تب خونریزی دهنده ویروسی از سال ۲۰۱۶ در پی طغیان در یک منطقه پر جمعیت در کشور آنگولا و سپس جمهوری دموکراتیک کنگو که منجر به مرگ ۴۰۰ نفر شد بعنوان یک تهدید بهداشتی جدی مطرح شد. اهداف این استراتژی حفظ جان جمعیت های پر خطر از طریق بسیج واکسیناسیون همگانی و همچنین انجام برنامه ایمن سازی روتین و جلوگیری از انتشار بین المللی بیماری و مهار سریع طغیان های آن می باشد. این استراتژی نیاز به یک برنامه مراقبت قوی و یک شبکه آزمایشگاهی بسیار توانا دارد. افق استراتژی (EYE) تنها محدود به ۲۷ کشور آفریقایی نبوده و ۱۳ کشور آمریکای لاتین را هم شامل می شود.

آمادگی برای آنفلوانزا

مسئولین بهداشت کشور مکزیک اعلام کردند که برای روبرو شدن با آنفلوانزا H1N1 خود را آماده کرده اند. این آمادگی به صورت تهیه دارو و واکسن تخمینی برای پیشگیری و درمان است که شامل ۳۲۷ هزار دوز دارو ضد آنفلوانزا و ۳۰ میلیون دوز واکسن آنفلوانزا فصلی می باشد و از هفته آخر ماه مهر کمپین واکسیناسیون گروه های پرخطر را آغاز خواهند نمود.

داروی جدید مالاریا تاییدیه گرفت

قرص تافنوکین سوکسینات (ARAKODA) اولین دارویی است که در دو دهه گذشته تاییدیه FDA را دریافت نموده است. این دارو که در واقع با تلاش محققان انستیتو والتر رید و بیش از ۲۱ clinical trial توسط ارتش آمریکا تهیه شده است می تواند جهت پیشگیری از اکتساب مالاریا توسط مسافرانی که به مناطق پرخطر سفر می کنند به صورت هفتگی مصرف شود. داروی ARAKODA بر روی مالاریا فالسیپاروم و ویواکس اثر بخشی دارد و انگل را در خون و کبد از بین می برد. قرص های ۱۰۰ میلی گرمی تافنوکین بصورت خوراکی مصرف می شوند و مسافر دوز اول را پیش از سفر خود میل می نماید. قرص تافنوکین یک ۸-آمینوکیلینولین است که برای سنین بالای ۱۸ سال مناسب می باشد.



تب زرد؛ از آفریقا به جهان

تب زرد در آخرین ماه سال ۲۰۱۵ میلادی در آنگولا شناسایی شد و به آغاز برنامه های واکسیناسیون گروه های جمعیتی انجامید، برنامه هایی که بدلیل کمبود واکسن جهانی با دشواری های اجرایی زود هنگامی روبرو شدند. تاخیر در اجرای کمپین های واکسیناسیون منجر به افزایش تدریجی تعداد مبتلایان گردید و موارد بیماری تب زرد به کشورهای دیگری مانند موریتانی، چین، جمهوری دموکراتیک کنگو و کنیا نیز سفر نمودند. اولین موارد وارده به کنگو در پایتخت آن کشور، کینشازا، در ماه آوریل ۲۰۱۶ میلادی شناسایی شدند و همگی سابقه سفر به آنگولا را داشتند. این موارد فقط **قله کوه یخ** را نشان می دادند. وقتی چنین بیماری هایی به پایتخت کشور کنگو می رسند نگران کننده می شود چراکه بطور هفتگی حدود ۲۰۰ پرواز بین المللی دارد که عموماً به ژوهانسبورگ آفریقای جنوبی می باشند. شاید یکی از چالش های مهم در مبارزه با تب زرد این باشد که امروزه در دانشکده ها کمتر به تاریخچه و داستان های همه گیری های بزرگ تب زرد در قرون گذشته پیش پرداخته می شود و دانشجویان در جریان گسترش جهانی آن با کشتی های بادبانی ساده نیستند و نمی دانند که طغیان بیماری در بنادر مختلف (که به مراتب جمعیت های انسانی کمتری از امروز داشتند)، چگونه بعضی از آنها را به تعطیلی می کشاند. پشه آندس اجیپتی که در آب های راکد شیرین اسکله ها و بنادر زیست می نمود ناقل بدون رقیب این بیماری بالقوه مرگ آور بود. در قرن هفده و هجده میلادی در آمریکا طغیان های بزرگ نیویورک، بالتیمور، فیلادلفیا و گال وستون **هزاران نفر را به کام مرگ کشاند** بطوریکه گفته می شود ۵٪ جمعیت گال وستون در اثر تب زرد جان خود را از دست دادند. آسیب های اجتماعی و اقتصادی این طغیان نیز خود بحثی مفصل و جداگانه دارند. در قرن نوزده و بیست هزاران توریست اروپایی بعد از سفر به ریو د ژانیرو در کشور برزیل جان خود را در اثر تب زرد از دست دادند. اگر جمعیت آن روز جهان را به جمعیت امروز کشورها و مسافرت ها تبدیل کنیم می توان حدس زد که در صورت عدم انجام اقدامات کنترل این بیماری در جهان فاجعه ای امروز می توانست دنیا را تهدید نماید. ده ها هزار نفر در اسپانیا در ابتدای قرن نوزدهم در اثر ابتلا به تب زرد جان خود را از دست دادند و در ۱۸۷۰ میلادی در بندر بارسلونا بدنبال ورود کشتی آلوده از کشور کوبا همه گیری بزرگی رخ داد که ده ها هزار نفر در اثر این بیماری فوت شدند. هرچند آخرین طغیان های این بیماری در آمریکا و اروپا در سال ۱۹۰۵ گزارش شدند اما **امکان بازگشت این بیماری منتقله از پشه آندس** همچنان وجود دارد.

حدود سی سال پیش (۱۹۸۶ میلادی) طغیان شهری بزرگی در نیجریه رخ داد که حدود ۲۵۰۰۰ نفر جان خود را در اثر تب زرد از دست دادند. در مناطقی که واکسیناسیون انجام نداده اند مرگ و میر ناشی از این بیماری ویروسی می تواند به ۷۵٪ هم برسد. مسافرت های بین المللی در سطح جهان با جابجایی جمعیت مسافری چند میلیونی (بیشتر از کل جمعیت استرالیا) زمینه گسترش تب زرد در جهان را فراهم می آورد. در واقع از نظر در معرض خطر بودن در دنیای امروز فرودگاه ها جایگزین بنادر اقیانوسی گذشته شده اند.

پشه آندس اجیپتی به غیر از تب زرد می تواند بیماری های ویروسی دیگری مانند تب دنگی را نیز منتقل نمایند. نکته مهمی که باید مد نظر داشت آن است که **کنترل ناقلین تنها جواب قانع کننده در برابر همه گیری های تب زرد نیست** زیرا اگر این جواب کفایت می نمود آنگاه نباید امروزه شاهد این همه طغیان ها و چالش های ناشی از تب دنگی می بودیم. آندس روز-گز است لذا استفاده از پشه بند چندان موفق نخواهد بود مگر برای پیشگیری از انتقال بیماری از بیماران به کسانی که از آن بیماران مراقبت می نمایند. با همه این احوال باید از هر اقدامی که تعداد ناقلین را کاهش می دهد بهره برد به عنوان مثال وقتی اتوبوس ها و قطار کالاهای مختلف از کشوری گرفتار طغیان تب زرد وارد مرزهای کشوری دیگر می شود می توان با سمپاشی آن ها پشه های بالغ آلوده را از بین برد و تا حدی خطر را کاهش داد.

هر چند برای تب زرد در حال حاضر تنها چاره کاربردی در کشورهای در معرض خطر **واکسیناسیون** است اما شرایط اجرای صحیح آن باید فراهم باشد. در مرزهای اوگاندا برنامه واکسیناسیون مسافرانی که وارد می شوند و مدتی در مرز توقف دارند در دست اجرا قرار گرفت اما بعد از مدتی متوجه شدند که افرادی که مسئول اجرای برنامه در مرز بودند در برخی موارد با دریافت پول از مسافرین به آنها اجازه ورود بدون انجام واکسیناسیون می دادند. تقویت زیرساخت کشورهای مبدا در واکسیناسیون صحیح جامعه می تواند در کاهش بار اقتصادی بیماری در کشورهای مقصد کمک کننده باشد. تقویت نظام مراقبت در اجرای صحیح واکسیناسیون از نیازهای کلیدی بسیاری از کشورهای آفریقایی می باشد.

تب لاسا در نیجریه

کشور نیجریه در زمستان گذشته (ابتدای ژانویه تا ۲۰ ماه مارس ۲۰۱۸) ۱۴۹۵ مورد مشکوک (۳۷۶ مورد تایید شده) و ۱۱۹ مورد مرگ ناشی از ویروس لاسا را شناسایی و گزارش نمود. در بین مبتلایان ۱۷ نفر از کادر درمان نیز به چشم می خوردند که ۴ نفر از ایشان جان خود را از دست داده اند. با توجه به موارد تایید شده میزان کشندگی ویروس در این طغیان ۲۴ درصد برآورد شده است. ارزیابی فعال تماس یافتگان با تیم های صحرایی آموزش دیده انجام شد و ۳ آزمایشگاه منطقه ای PCR برای این منظور وجود دارد. با توجه به سکنس ویروس ها و جدا شدن انواع مختلف ویروس لاسا از بیماران به نظر می رسد که انتقال فرد به فرد نقشی چندانی در این طغیان نداشته است و عموماً انتقال بیماری از جوندگان مخزن به انسان بوده است. برنامه پاسخ جامع در این طغیان تهیه شده و عموماً بر ۶ فعالیت تمرکز داشته که شامل تقویت نظام مراقبت، ارزیابی تماس یافتگان، تقویت ظرفیت های تشخیصی، مدیریت بالینی، کنترل و پیشگیری عفونت و اطلاع رسانی مخاطرات موجود بوده است. در موارد شدید بستری **کشندگی لاسا به ۲۰٪ می رسد.**

در پاسخ به تهدید تب لاسا در نیجریه، مرکز عملیات فوریت ها (EOC) در ابوجا راه اندازی شد و نقش همسو سازی فعالیت ها را به عهده گرفت. برنامه جامع عملیاتی جهت هدایت پاسخ های بهداشتی تدوین گردید تا نقاط کلیدی نیازمند همکاری بین بخشی و بسیج منابع مشخص شود.

تیمی متشکل از CDC نیجریه و دانشجویان برنامه آموزش آزمایشگاهی و اپیدمیولوژی میدانی نیجریه تشکیل گردید و به کانون های طغیان اعزام گردیدند. در استان ها نیز EOC های نظیر برپا شدند. در ۳ استان درگیر طغیان نیز، مراکز درمان تب لاسا (LFU) راه اندازی گردید. برای حمایت علمی درمانی در مناطق اوو و ایروا از یک سازمان NGO بهره گرفتند (اتحادیه بین المللی عملیات پزشکی) و در منطقه آباکالیکی نیز از پزشکان بدون مرز (MSF) کمک گرفته شد. در مناطق درگیر نظام مراقبت تقویت گردید و لیست خطی مبتلایان به روز رسانی شده و به سطح ملی در نظام مدیریت تب های خونریزی دهنده ارسال می شد. کارکنان بیمارستان های پوشش دهنده طغیان با همکاری اتحادیه بین المللی عملیات پزشکی آموزش داده شدند و وسایل حفاظت فردی لازم برای تمام مراکز درمان تب لاسا را با حمایت WHO تهیه نمودند. کارکنان بیمارستان های منتخب بعد از آموزش مسئولیت مشاوره در درمان و مدیریت بالینی بیماران مشکوک بستری شده در سایر بیمارستان ها را به عهده گرفتند و خط تماس ۲۴ ساعته نیز برای این منظور راه اندازی گردید. در آباکالیکی کمیته مدیریت تب لاسا نیز راه اندازی شد. تیم هایی برای اطلاع رسانی و جلب حمایت مردمی و بسیج جامعه توسط CDC نیجریه تعیین و به مناطق اعزام شدند. هرچند به ندرت اما مسافران مبتلا می توانند بیماری را به کشورهای دیگر گسترش دهند، لذا **در مسافران تدارک با مبدا غرب آفریقا** باید به تب لاسا نیز فکر کرد.

سل و اعتیاد به قاط (Khat)

قاط زدن یا جویدن گیاه قاط (Khat) به عنوان ماده محرک و اعتیاد آور در شمال آفریقا و عربستان به عنوان عادت نسبتاً شایع در بین جوانان برخی مناطق مشاهده می شود. به نظر می رسد که جویدن این گیاه می تواند از طریق آپوپتوز سلولی به واسطه سیستمین پروتئاز موجب بیماری هایی مثل پریودونتیت، لکوپلاکی دهانی و کانسره های دهانی شود. ماده شیمیایی آن (کاتینون) تاثیراتی در تنظیم و تعدیل سیستم ایمنی بدن دارد که می تواند حساسیت و آسیب پذیر شدن بدن در برابر برخی بیماری های عفونی را می تواند دنبال داشته باشد. تاثیرات کاتینون به طور عجیبی به آمفتامین ها شباهت دارد و می تواند عملکرد ماکروفاژها را مختل کند. این اثر به واسطه مهار اینترلوکین ۲ و تزاید و تکثیر لنفوسیت های B و سلول لنفوسیت T سیتوتوکسیک اعمال می شود. به نظر می رسد در منطقه خودمختار Burao در شمال سومالی مهمترین عامل افزایش دهنده شیوع سل در واقع اعتیاد به گیاه قاط باشد.

در یک مطالعه در عربستان سطح سرمی Resistin در بین افراد مسلول غیرمعتاد و معتادین به جویدن قاط اندازه گیری و مقایسه شد و سطح رزیستین در مسلولین معتاد به قاط از افراد مسلول غیرمعتاد بیشتر بود همچنانکه میزان باسیل مشاهده شده در افراد معتاد به قاط از مسلولین غیرمعتاد بیشتر بود. مشابه همین مطالعه بر روی موش ها نیز نشان دهنده افزایش میزان باسیل سل در موش های در معرض قاط بوده است.

سرعت کم در کاهش موارد سل در اروپا؛

نیاز به تعهد و سرمایه گذاری بیشتر برای رفع چالش ها

بر اساس گزارش مرکز کنترل بیماری های اروپا (ECDC) و سازمان جهانی بهداشت در فاصله سالهای ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۶ میلادی موارد سل در اروپا هر سال به میزان تقریبی ۴/۳٪ کمتر شده است اما علیرغم این کاهش سریع **هیچکدام از کشورهای اروپا به اهداف در نظر گرفته**

شده پایان سل دست نیافته اند. استراتژی Stop TB هدف کاهش ۹۰٪ موارد جدید ابتلای

به سل تا سال ۲۰۳۵ را دنبال می کند. اهداف SDG نیز دنبال هدف کاهش ۸۰٪ موارد سل تا سال ۲۰۳۰ در مقایسه با سال پایه ۲۰۱۵ است (هدف 3 SDG).

رئیس مرکز کنترل بیماری های اروپا به این موضوع بدین شکل اشاره نموده است که "هوشیار ماندن در برابر TB، حتی در مناطقی که بروز بیماری پایین است، برای دستیابی به اهداف برنامه بسیار مهم است چرا که این بیماری منتقله از راه هوا قدرت بازگشت مجدد دارد، به ویژه با افزایش تردد مردم با وسایل امروزی و پیدایش میکروب های سل مقاوم به درمان. با توجه به تکنولوژی های امروزی در ارزیابی طغیان های برون مرزی مانند سکناس کردن تمام ژنی باکتری، کلید مهمی در کاهش انتقال بیماری فرای مرزها در اتحادیه اروپا خواهد بود."



دو علت طغیان ها و تداوم سل در اروپا را می توان نرخ کم شناسایی مبتلایان سل، و درمان ناکافی بیماران ذکر نمود. **علی رغم پیشرفت های**

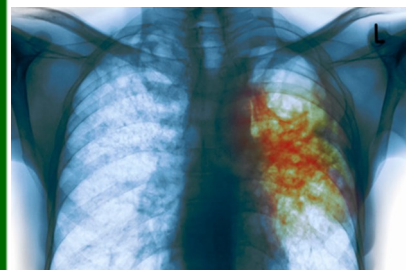
انجام شده در مبارزه با سل در منطقه اروپا، بیماری سل و به ویژه سل مقاوم به درمان یکی از نگرانی های اصلی بهداشتی در

اروپا باقی مانده است.

هر چند تشخیص MDR-TB از حدود ۳۳٪ در سال ۲۰۱۱ به ۷۳٪ در سال ۲۰۱۶ میلادی رسید اما این میزان پیشرفت برای دستیابی تا هدف مطلوب (۸۵٪ تعیین شده منطقه اروپا) هنوز فاصله بسیار دارد. (هدف WHO اروپا برای سالهای ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۰). درمان MDR-TB در اروپا یک چالش بزرگ باقی مانده است و هر چند توانسته اند میزان موفقیت درمان را از ۴۶٪ در سال ۲۰۱۳ میلادی به ۵۵٪ در سال ۲۰۱۶ برسانند اما این میزان تلاش هنوز برای دستیابی به هدف مقرر در سال ۲۰۲۰ که مورد تعهد این کشورها قرار گرفته است (موفقیت درمان ۷۵٪) ناکافی است.

تهدید دیگر برنامه پایان سل رخداد سل های شدیداً مقاوم به درمان **XDR-TB** در منطقه اروپا است. با توجه به پیشرفت های تکنولوژیک و مدیریتی و کشف موارد بیشتر از بیماران مبتلا به سل مقاوم، در سال ۲۰۱۶ میلادی در اروپا توانسته بودند حدود ۵۰۰۰ مورد سل شدیداً مقاوم را تشخیص دهند اما بطور متوسط فقط یک سوم این موارد تحت درمان کامل قرار گرفته بودند.

از سال ۲۰۱۲ میلادی بروز سل مقاوم به درمان (MDR-TB) همچنان ثابت مانده است (۳ دهم در هر ۱۰۰ هزار نفر) **اما سهم سل شدیداً مقاوم (XDR) در میان موارد سل مقاوم (MDR) از حدود ۱۴٪ به ۲۱٪ افزایش یافته است.**



برای رفع این چالش در اروپا پروژه ای بصورت پایلوت طراحی شده است که با استفاده از تکنولوژی WGS (سکناس تمام ژنوم) شناسایی و ردیابی موارد سل را در اروپا ارتقا بخشد و ضمن استقرار استانداردهای مناسب WGS در شناسایی سل مقاوم در ردیابی طغیان ها نیز کمک نماید.

در شهریور ماه امسال اولین نشست عالی اجلاس عمومی سازمان ملل در زمینه سل برگزار می شود و کشورها برای حذف سل عهدی جدید خواهند بست.



لیستریوز و سلامت مواد غذایی

سازمان جهانی بهداشت از همه کشورهای دنیا خواسته تا برای تقویت نظام های سلامت مواد غذایی خود **بطور جدی سرمایه گذاری کنند**. به عنوان یک نمونه هم اکنون بزرگترین طغیان بیماری لیستریوز که یک بیماری شدید است و از طریق مواد غذایی منتقل می شود همچنان در آفریقای جنوبی ادامه دارد.

آفریقای جنوبی برای پاسخ به این طغیان یک **کار گروه ویژه چند بخشی** تشکیل داده است. منبع این آلودگی مشخص شده که یک **محصول گوشتی فرآوری شده** بوده که اقدامات تشخیص آلودگی انجام شده و مداخلات لازم نیز در دست انجام است. این محصول گوشتی به سایر کشور های منطقه جنوب آفریقا هم صادر شده و **WHO** از طریق **INFOSAN** (International Food safety Authorities Network) تبادل اطلاعات بین این کشور ها را در این رابطه تسهیل کرده است تا تدابیر لازم را جهت جمع آوری جمع آوری این محصولات و همچنین آموزش مصرف کنندگان را پیگیری کنند.

سازمان جهانی بهداشت (WHO) برای این منظور یک دستورالعمل ویژه را تحت عنوان **Strengthening surveillance and response to food borne diseases** تهیه کرده است. همچنین این سازمان در مورد سایر عوامل بیماری زایی که از طریق مواد غذایی منتقل می شوند مثل گونه های سالمونلا و *campylobacter* و *Ecoli* هشدار داده است.

طغیان لیستریوز در آفریقای جنوبی از ژانویه ۲۰۱۷ شروع شده و تا کنون ۱۰۲۴ مورد ثبت شده و ۲۰۰ مورد مرگ داشته است. فعالیت های پاسخ اضطراری شامل تقویت نظام مراقبت (کشف و بررسی موارد)، ارتباط و اطلاع رسانی در مورد خطر (Risk communication) بازنگری در قوانین سلامت مواد غذایی و اصلاح آنها در جریان است.



تازه های واکنس تب دنگی

واکسنی که اکنون برای بیماری تب دنگی در دسترس قرار دارد (Dengvaxia CYD-TDV) بر اساس توصیه گروه مشورتی خبرگان ایمن سازی سازمان جهانی بهداشت SAGE فقط برای کسانی توصیه می شود که قبلاً به عفونت دنگی مبتلا شده اند. این تصمیم برای اولین بار در ۱۸ آوریل سال جاری بدنبال اعلام نتایج جدید بدست آمده از بی خطری دراز مدت واکسن new long term safety توسط کارخانه تولید کننده sanofi - pasteur که در نوامبر ۲۰۱۷ ارائه گردید، اعلام شد.

آنالیز های انجام شده نشان می داد که استفاده از این واکسن برای کسانی که در گذشته مبتلا به هیچکدام از انواع این ویروس نشده اند نیاز به تحقیقات بیشتری دارد. برای کشور هایی که این واکسن را در برنامه کنترل بیماری دنگی خود مورد ملاحظه قرار داده اند، SAGE توصیه کرده در قدم اول **استراتژی**

غربالگری قبل از انجام واکسیناسیون را توصیه کرده که ابتدا معلوم شود فردی که میخواهد واکسینه شود قبل از انجام واکسیناسیون مبتلا به دنگی شده یا خیر (بخصوص آنکه ابتلا به بیماری دنگی برای اولین بار خفیف بوده و بندرت تشخیص داده می شود). SAGE اصلی ترین گروه مشورتی سازمان جهانی

بهداشت برای واکسن ها و ایمن سازی است.



سرخک در هندوستان

در راستای هدف منطقه ای حذف سرخک و کنترل سندرم سرخچه مادرزادی در هندوستان برنامه واکسیناسیون کلیه کودکان ۹ ماهه تا ۱۴ ساله از سال ۲۰۱۷ بصورت فزبنندی شروع شده و اجرا می شود که انتظار می رود در سه ماهه اول سال ۲۰۱۹ به پایان برسد. برای تضمین کیفیت این بسیج عظیم که دو سال طول خواهد کشید یک برنامه پایش و ارزیابی ویژه طراحی و به موقع اجرا گذاشته شده است. در برنامه فزبنندی شده در قدم اول با یک Readiness Assessment tool ویژه میزان آمادگی هر شهرستان در سطح استان مورد بررسی قرار می گیرد و در واقع اساس کار از اینجا شروع می شود. مهم ترین بخش ارزیابی آمادگی به مناطق حاشیه ای شهرهای بزرگ و جمعیت های مهاجر ساکن آنها اختصاص دارد و میزان آمادگی اجرای عملیات سنجیده می شود. این ابزار نقاط ضعف و قوت هر شهرستان را بطور دقیق مشخص می کند و می تواند در همه کشورهای دیگر هم مورد استفاده قرار گیرد. در این ابزار ارزیابی ۵ چک لیست تهیه شده که در آن موضوعاتی مانند چارچوب پاسخگویی و جلب حمایت، microplanning، ظرفیت سازی، زنجیره سرما، مدیریت مجستیکی واکسن، پایش و نظارت، مدیریت عوارض جانبی بعد از واکسیناسیون، مدیریت وسایل مصرف شده تزریق، social mobilization، ارتباط و اطلاع رسانی و تأمین مالی بررسی می شوند. میزان آمادگی با این چک لیست ۴ تا ۶ هفته قبل از اجرای عملیات برای بار اول و سپس مجدداً یک تا دو هفته قبل از شروع عملیات بررسی می شود. اجرای این برنامه ارزیابی با WHO هماهنگ شده و با حمایت آن سازمان انجام می شود. بعد از اجرای برنامه در سطح شهرستان برای ارزیابی عملی پوشش واکسیناسیون یک Rapid Convenience survey انجام می شود.

سرخک در ژاپن

مسئول اجرای IHR کشور ژاپن روز ۱۶ ماه می ۲۰۱۸ میلادی از وقوع طغیان بیماری سرخک در این کشور به سازمان جهانی بهداشت اطلاع داد و فاز ۳ فوریت را در اوکیناوا اعلام نمود. پایان این طغیان نیز بطور رسمی در تاریخ ۱۱ ژوئن ۲۰۱۸ به اطلاع سازمان جهانی بهداشت رسانده شد (۴ هفته پس از شناسایی آخرین مورد، در ژاپن). اکثریت موارد مربوط به جزیره Okinawa بودند و در مجموع ۱۶۱ مورد به ثبت رسید که ۱۴۵ مورد تأیید آزمایشگاهی داشت (۹۰٪). در این طغیان میانه سنی مبتلایان حدود ۲۹ سال بود (بازه سنی مبتلایان بین صفر تا ۵۸ سال بود). محل ابتلا در ۱۳۵ نفر از مبتلایان در کشور ژاپن ذکر شده و بقیه موارد در خارج از ژاپن بیماری را اکتساب نموده و وارده بودند و در مورد ۱۳ نفر محل ابتلا ناشناخته ماند. ژنوتایپ غالب در این طغیان ژنوتایپ D8 و البته تعداد کمی B3 بودند. ژاپن کشوری است که با موفقیت اقدام به حذف انتقال محلی سرخک نموده و در سال ۲۰۱۵ آن را بطور رسمی اعلام کرده است هرچند موارد وارده در آن کشور بطور مرتب گزارش می شود. ***پوشش واکسیناسیون سرخک برای نوبت اول در ژاپن ۹۷٪ (یک سالگی) و برای نوبت دوم ۹۳٪ (بدو ورود به دبستان) (معمولاً ۵ سالگی) است. اقدامات انجام شده در پاسخ به طغیان شامل این موارد بود:

- ۱- بررسی های اپیدمیولوژیک فعال از جمله بررسی تماس یافتگان و پایش کلیه تماس های نزدیک برای همه موارد ابتلا
- ۲- انجام Risk communication و اعلام هشدار به کلیه پزشکان در مورد اهمیت مورد ملاحظه قرار دادن سرخک در ویزیت های بالینی خود (سندرم تب و راش)
- ۳- تشویق اجرای مناسب واکسیناسیون روتین و انجام عملیات واکسیناسیون تکمیلی برای مناطقی که پوشش ایمن سازی بر اساس مطالعات سرولوژیک به اندازه کافی نبود (تیترا آنتی بادی مساوی یا کمتر از ۱۶).

ژاپن در سال ۲۰۱۵ تأییدیه حذف سرخک را از سازمان جهانی بهداشت دریافت کرده است ولی احتمال وقوع طغیان این بیماری در پی ابتلای موارد وارده به این کشور وجود دارد هرچند که این طغیان ها نمی تواند خیلی گسترده باشد.

Measles Alert
Okinawa, JAPAN

April 5, 2018
OKINAWA Prefecture announced
"LEVEL3" emergency phase of Measles
Outbreak.
National Center for Global Health and Medicine
ICC support@hosp.ncgm.go.jp



طغیان ابولا در کنگو

در روز ۲۸ ژوئیه ۲۰۱۸ مرکز بهداشت استان کیوو شمالی در کشور جمهوری دموکراتیک کنگو در مورد خوشه ای از موارد مشکوک به تب خونریزی دهنده را به وزارت بهداشت آن کشور گزارش نمود. بعد از ۳ روز انستیتو INRB در کینشازا نتایج ۴ نمونه از ۶ نمونه ارسالی از بیماران بستری در بیمارستان را با GeneXpert از نظر ابولا مثبت اعلام نمود. همین جواب محتمل برای شروع اقدامات بهداشتی فوری کافی بود. وزارت بهداشت جمهوری دموکراتیک کنگو ذیل مقررات بین المللی IHR بلافاصله هشدار را به سازمان جهانی اعلام نمود و تیم شناسایی و ارزیابی سریع خود را به ارزیابی موارد مشکوک در اعضا خانواده ای در کیوو شمالی گسیل نمود. بررسی ها نشان داد که مراکز بهداشت محلی از دو ماه قبل موارد تک گیر مشکوک و موارد فوت (که موارد محتمل دسته بندی شدند) را پشت سر گذاشته اند و لازم بود تا بررسی شود آیا این موارد نیز به این طغیان مرتبط هستند یا خیر. وزارت بهداشت کنگو و همکاران بین المللی سعی در تعیین گستره و ابعاد دقیق تر این طغیان هستند. تا سوم ماه اوت تعداد ۴۳ بیمار (۱۳ مورد قطعی و ۳۰ مورد محتمل) شامل ۳۳ فوت شناسایی گردید. مضاف بر این موارد ۳۳ مورد مشکوک دیگر نیز شناسایی شده و منتظر نتایج آزمایش خود هستند. در بین مبتلایان نام ۳ نفر از کارکنان درمان نیز مشاهده می شود که یکی از آنها جان خود را از دست داده است. بر اساس مشاهدات قبلی مشخص شده است که در برابر ابولا، کارکنان تیم درمان حدود ۳۰ برابر بیشتر از جامعه در زمان طغیان آسیب پذیرند و لذا توجه ویژه به سلامت و حفظ کارکنان بسیار اهمیت دارد. پراکندگی موارد محتمل و قطعی در حال حاضر در ۵ منطقه بهداشتی استان کیوو شمالی و یک منطقه از استان ایتوری می باشد. مناطق درگیر طغیان در نزدیکی مرز اوگاندا و رواندا می باشند و جابجایی جمعیتی و تجاری بالا دارند و **یک میلیون جمعیت پناهنده** نیز در آنجا ساکن هستند. اجرا نمودن برنامه واکسیناسیون در مناطق گرفتار ابولا در مرز اوگاندا و رواندا به دلیل بازندگی های فراوان و صعب العبور بودن با چالش های جدی روبرو است و تردد بالای جمعیتی از عواملی است که دستیابی به اهداف این برنامه را با مشکل روبرو خواهد ساخت.

Ebola virus disease cases by health zone, North Kivu and Ituri provinces, Democratic Republic of the Congo, data as of 3 August 2018

