



اخبار مراقبت

اردیبهشت

۱۳۹۵ - سال هفدهم - شماره ۱۱۴

نهمین نشست کمیته IHR جهت فلج اطفال



بعد از اعلام **PHEIC فلج اطفال** در سال ۲۰۱۴ میلادی، WHO تا کنون ۹ نشست کمیته IHR برای بررسی وضعیت بیماری فلج اطفال در جهان تشکیل داده است و آخرین آن در تاریخ ۱۲ می ۲۰۱۶ برگزار گردید. در بیانیه این نشست، کشور عراق بدلیل عدم مشاهده مورد قطعی فلج اطفال از آوریل ۲۰۱۴ از لیست کشورهای نیازمند انجام واکسیناسیون فلج اطفال، حذف شده است. (ادامه در صفحه ۹)

برگزاری نشست کشورهای عضو گروه ۵

نشست ۲ روزه کشورهای گروه پنج (G5) در تاریخ های ۱۱ و ۱۲ اردیبهشت در خصوص مدیریت مشارکتی فلج اطفال توسط مرکز مدیریت بیماریهای واگیر و با همکاری امور بین الملل وزارت بهداشت و دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران و با حضور نمایندگان دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت و همچنین نمایندگان کشورهای افغانستان، پاکستان و سوریه در محل هتل هویزه تهران برگزار گردید. (ادامه در صفحه ۲)

تب زرد در آفریقا: کمتر از ۳ ماه از اعلام PHEIC بیماری زیکا، روند افزایشی تب زرد در آفریقا این



بیماری را در صدر توجهات قرار داده است. از آخرین روزهای سال ۲۰۱۵ میلادی موارد تب زرد در آنگولا رو به افزایش نهاد و تا هفته اول ماه ژوئن به حدود ۲۹۵۴ مورد مشکوک به تب زرد در آن کشور رسید (۸۱۹ نفر مورد قطعی شده و ۳۲۸ نفر فوت). علی رغم تجویز ۱۲ میلیون دوز واکسن این طغیان کنترل نشده و توسط مسافران به کشورهای دیگر منتقل شده است. تا کنون مشخص شده است که تب زرد از آنگولا توسط مسافران به ۳ کشور انتقال داده شده است (چین، کنگو، کنیا). اتیوپی، اوگاندا و غنا نیز موارد مشکوک به تب زرد گزارش نموده اند. هنوز سازمان جهانی بهداشت برای تب زرد اعلام PHEIC ننموده است اما وضعیت همه گیر شناختی آن به شدت نگران کننده است و کمبود واکسن نیز تا حدی به پیچیدگی آن افزوده است. ابتلای ۱۱ مسافر چینی که از آنگولا باز می گشتند از آن جهت اهمیت دارد که علی رغم وجود آندس اجییتی، تا کنون هرگز ابتلا به تب زرد از آسیا گزارش نشده است و علت آن نیز هنوز نامعلوم است! سالانه ۱۸۰ هزار نفر مبتلا به تب زرد و ۷۸ هزار فوت ناشی از آن گزارش می شود. واکسن زنده ضعیف شده تب زرد، (17D)، که جایزه نوبل را برای کاشف خود، Max Theiler، به دنبال داشت، بیش از ۷۰ سال است که به عنوان یک واکسن عالی استفاده می شود و تا کنون بیش از ۶۵۰ میلیون دوز آن توزیع شده است. در حال حاضر از ۶ کارخانه تولید واکسن تب زرد در جهان تنها ۴ کارخانه تأییدیه توزیع جهانی واکسن را از WHO دارند.

در این شماره می خوانید:

۱	نگرانی بین المللی از تب زرد (آفریقا)
۲	نشست کشورهای عضو گروه ۵
۳	بازدید از پایگاه تحقیقاتی اکنلو
۴	دومین جلسه کمیته کشوری Zika
۵	کمیته منطقه ای تایید ریشه کنی فلج اطفال
۶	آغاز همکاری جدید با وزارت جهاد کشاورزی
۸	کارگاه آموزشی مدیریت آفت کش ها
۹	نهمین نشست IHR فلج اطفال
۱۲	عوامل محیطی و طغیان لیشمانیوز
۱۲	استعداد ابتلا به سرخک در آمریکا



برگزاری نشست کشورهای عضو گروه ۵ در خصوص مدیریت مشارکتی فلج اطفال در منطقه تهران - ایران ۱۱ و ۱۲ اردیبهشت ۹۵

نشست کشورهای گروه پنج (G5) در خصوص مدیریت مشارکتی فلج اطفال در تاریخ های ۱۱ و ۱۲ اردیبهشت برگزار شد. این نشست توسط مرکز مدیریت بیماری های واگیر و با همکاری امور بین الملل وزارت بهداشت و دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران و با حضور نمایندگان دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت (دکتر همایون اصغر، دکتر نیما عبید و دکتر مجدی شرف) و همچنین نمایندگان کشورهای افغانستان، پاکستان و سوریه در محل هتل هویزه تهران برگزار گردید. در این نشست ۲ روزه که با هدف کلی تبادل اطلاعات و تجربیات و تبیین راهکارهای مشترک با مشاوره نمایندگان سازمان جهانی بهداشت، برای اجرای برنامه ریشه کنی فلج اطفال در منطقه و کشورهای عضو گروه پنج برگزار شده بود، در زمینه موارد ذیل به بحث و تبادل نظر پرداخته شد:



- برنامه استراتژیک جهانی ریشه کنی فلج اطفال
- مدیریت خطر پولیو ویروس ناشی از واکسن
- مهار آزمایشگاهی ویروس پولیو
- ارزیابی خطر و پاسخ به تهدید انتقال ویروس فلج اطفال در جابجایی های جمعیتی در منطقه
- برنامه های مراقبت بهداشتی مرزی برای فلج اطفال
- مراقبت محیطی ویروس فلج اطفال

در انتهای این نشست ضمن مرور مطالب ارائه شده توسط شرکت کنندگان، پیشنهاداتی در جهت تقویت برنامه ریشه کنی فلج اطفال در منطقه و در کشورهای عضو مطرح گردید که مقرر گردید پیشنهادات ارائه شده برای طرح در نشست وزارتی گروه پنج در حاشیه شصت و نهمین مجمع سالانه سازمان جهانی بهداشت که در خرداد ماه برگزار می گردد ارائه گردد.

لازم به ذکر است گروه پنج شامل ۴ کشور ایران، افغانستان، پاکستان، عراق و دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت می باشد که از مهر ماه سال ۱۳۸۴ با امضای تفاهم نامه مشترک بین وزرای بهداشت وقت کشورهای عضو، در حاشیه پنجاه و دومین نشست منطقه ای مدیترانه شرقی و با هدف تقویت توان منطقه ای در زمینه آمادگی و پاسخ به رخداد های بهداشتی با تاکید بر بیماری های واگیر تشکیل شده و دبیرخانه دائمی آن در وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران قرار دارد.

گفتنی است نشست فوق مقرر بود با حضور کشورهای عضو (ایران، افغانستان، پاکستان و عراق) و کشور سوریه (به عنوان عضو ناظر) به میزبانی همکاران محترم دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه برگزار گردد که متأسفانه بدلیل مشکلات اجرایی و تاخیر در دریافت روایید مهمانان خارجی برنامه، بدون شرکت نمایندگان عراق، در تهران برگزار گردید لذا بدینوسیله از زحمات همکاران محترم دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تشکر و قدردانی به عمل می آید.





بازدید معاون بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نمایندگان دفتر سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی در ایران از پایگاه تحقیقاتی بیماری های نوپدید و بازپدید انستیتو پاستور (اگنلو-همدان)



در تاریخ ۶ اردیبهشت ماه ۱۳۹۵، پایگاه تحقیقاتی بیماری های نوپدید و بازپدید انستیتو پاستور ایران، میزبان آقایان دکتر سیاری معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، Balasubramaniam Murai نماینده دفتر سازمان ملل متحد در ایران، و نماینده محترم دفتر سازمان بهداشت جهانی در ایران، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی همدان، رییس اداره کنترل مالاریا و بیماری های منتقله از ناقلین، رییس شبکه بهداشت و درمان کبودر آهنگ و کارشناسان حوزه های مرتبط در این سازمان ها بود.

در این دیدار پس از ارائه گزارش عملکرد و ارائه برنامه های پیش بینی شده برای پایگاه در آینده توسط دکتر مصطفوی، رییس محترم پایگاه، و بیان تاریخچه، میهمانان از قسمت های مختلف پایگاه بازدید کردند و از نزدیک در جریان فعالیت های تحقیقاتی، خدماتی و تشخیصی پایگاه قرار گرفتند.



جناب آقای دکتر سیاری در این دیدار ضمن ابراز خوشحالی از فراهم شدن فرصت بازدید از پایگاه و تشکر از فعالیت های انجام شده بر لزوم استمرار فعالیت های این پایگاه و تداوم حمایت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انستیتو پاستور ایران از آن تاکید نمود.

آقای Murai، نماینده دفتر سازمان ملل متحد در ایران نیز تجربه این بازدید را فراموش نشدنی دانست و آمادگی دفتر خود را برای کمک در جهت توسعه فعالیت های بین المللی پایگاه اعلام کرد. در این دیدار که آقای دکتر مهدی فضل علی پور، سرپرست امور بین الملل انستیتو پاستور ایران، نیز حضور داشت فعالیت ها و تعاملات داخلی و بین المللی پایگاه مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت. همچنین نماینده محترم دفتر سازمان بهداشت جهانی در ایران، که برای بار دوم از این پایگاه بازدید می نمود، بر حمایت دفتر سازمان بهداشت جهانی از این پایگاه برای مناسبات بین المللی تاکید نمودند.





واکسیناسیون سراسری هپاتیت B آرایشگران

هپاتیت های ویروسی به علت بار بیماری و مرگ و میر به ویژه در کشورهای در حال توسعه از مشکلات مهم بهداشتی جهان هستند. پس از ۲۲ سال واکسیناسیون نوزادان در بدو تولد با واکسن هپاتیت B و واکسیناسیون ۴ گروه سنی متولدین ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۱، در حال حاضر، تمام ایرانیان زیر ۲۷ سال، بسیاری از پرسنل خدمات بهداشتی و درمانی و گروه های پرخطر مانند بیماران دیالیزی، تالاسمی، پیوند اعضا و مامورین آتش نشانی و کارگران خدمات شهری و زندانیان تحت پوشش واکسیناسیون رایگان قرار می گیرند که باعث شده متوسط ناقلین مزمن از ۳٫۲٪ جامعه در سال ۱۳۷۲ به ۱٫۷٪ در بررسی های ۱۳۹۲ تقلیل یابد.

مرکز مدیریت بیماری های واگیر در راستای کاهش و کنترل بیماری هپاتیت، پس از واکسیناسیون سراسری کلیه زندانیان، ضمن تامین واکسن مورد نیاز هپاتیت B طی مکاتبه ای با معاونین بهداشتی کلیه دانشگاه های سراسر کشور، پس از اخذ آمار آرایشگران شاغل در محدوده بهداشتی هر دانشگاه، پس از هماهنگی با واحد بهداشت حرفه ای اقدام به واکسیناسیون این گروه از افراد جامعه به صورت رایگان بر علیه هپاتیت B نمود. شایان ذکر است علت انتخاب این گروه از افراد جامعه بدلیل استفاده از وسایل تیز و برنده و تماس تعداد زیادی از افراد جامعه با این گروه شغلی می باشد. ویروس هپاتیت B در سال ۱۹۶۵ میلادی کشف شد و عامل اصلی هپاتیت های مزمن ویروسی در جهان می باشد. بر اساس آمار فعلی کشور، هپاتیت B شایع تر از هپاتیت C است و به عنوان عامل عمده ایجاد کننده سیروز و کانسر کبد شناخته می شود.

دومین کمیته کشوری بیماری زیکا

پس از اعلام PHEIC بیماری زیکا در ۱۲ بهمن ۱۳۹۴ و تشکیل نخستین جلسه اضطراری کمیته کشوری زیکا، دومین جلسه کمیته کشوری بیماری زیکا نیز در تاریخ ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۵ در مرکز مدیریت بیماری های واگیر تشکیل گردید. در این جلسه علاوه بر اعضای علمی کمیته کشوری مشتمل بر اساتید محترم حشره شناس، تشخیص متخصصین و فوق تخصص هایی از رشته های بیماری های زنان و زایمان، مغز و اعصاب، عفونی بزرگسالان، عفونی اطفال و ...، نمایندگان محترم انستیتو پاستور، آزمایشگاه مرجع، سازمان بنادر و دریانوردی، هیات پزشکی فدراسیون های ورزشی و نماینده دارویی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حضور داشتند. در این جلسه آخرین وضعیت بیماری زیکا در جهان مرور گردیده و برنامه مرکز مدیریت بیماری های واگیر جهت کاهش خطر برای تیم های ورزشی المپیک و پارا المپیک، آخرین وضعیت ظرفیت آزمایشگاهی کشور در تشخیص موارد مشکوک بیماری زیکا ارائه گردید. مواد دافع حشرات جهت حفاظت کاروان های ورزشی اعزامی المپیک از جمله موضوعاتی بود که در دومین جلسه کمیته کشوری زیکا مورد تبادل نظر قرار گرفت. مواد آموزشی تهیه شده در مرکز مدیریت بیماری های واگیر به اعضا کمیته کشوری ارائه گردید.





اجلاس کمیته منطقه ای تایید ریشه کنی فلج اطفال



از تاریخ ۴ تا ۶ آوریل ۲۰۱۶ سی امین اجلاس کمیته منطقه ای تایید ریشه کنی فلج اطفال (RCC) با قرائت پیام دکتر علاءلوان مدیر منطقه مدیریتانه سازمان جهانی بهداشت در کشور اردن تشکیل شد. در این اجلاس آخرین وضعیت برنامه ریشه کنی فلج اطفال در جهان و منطقه و هم چنین برنامه مهار آزمایشگاهی ویروس فلج اطفال ارائه شد.

کلیه کشورها موظف به ارائه سند سالیانه تایید ریشه کنی فلج اطفال هستند. سند هر کشور پس از تایید کمیته کشوری تایید ریشه کنی فلج اطفال (NCC) به دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت ارسال می شود. در اجلاس مذکور نماینده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران نیز سند سالیانه کشور را به همراه برنامه ملی آمادگی در مقابل ورود ویروس فلج اطفال ارائه کرد. در صورت تایید سند، گواهی یک ساله عاری بودن از ویروس فلج اطفال به کشور ارائه می شود.

طغیان های سرخک در ماه های گذشته

با شروع سال ۲۰۱۵ میلادی شاهد به وقوع پیوستن طغیان های متعددی از بیماری سرخک در کشور بوده ایم که عموماً منشأ آنها و همچنین بزرگی و وسعت طغیان ها در جنوب شرق کشور تمرکز داشت. در بررسی به عمل آمده جهت شناسایی منبع طغیان ها، وجود جمعیت حساس در منطقه، و تردد بین مرزی از علل مهم بروز این طغیان ها شناسایی گردید. از این رو با هماهنگی های به عمل آمده با مسئولین ۷ دانشگاه سیستان بلوچستان، جیرفت، بم، ایرانشهر، زابل، خراسان جنوبی و هرمزگان، برنامه عملیاتی واکسیناسیون تکمیلی سرخک و سرخچه جمعیتی در حدود ۲ میلیون نفر کودک ۹ ماه تا ۱۵ سال تدوین گردید، و پس از طی همه مراحل و آمادگی لازم، در

آبان ماه سال ۱۳۹۴ جمعیتی در حدود ۲ میلیون نفر کودک ۹ ماه تا ۱۵ سال تحت پوشش واکسیناسیون سرخک و سرخچه قرار گرفتند. اکثر موارد بیماران سرخکی سال ۲۰۱۶ میلادی، مربوط به کودکان زیر یک سالی است که به سن واکسیناسیون نرسیده و در عملیات واکسیناسیون سال قبل مشمول واکسیناسیون نشده بودند. علت طغیان سرخک در دانشگاه هرمزگان، انتشار بیمارستانی گزارش گردید بدین معنی که کودکان زیر یک سال که به دلایلی غیر از بیماری سرخک در بیمارستان کودکان بندر عباس بستری شده بودند در اثر عدم رعایت جداسازی مناسب، دچار عفونت با منشأ بیمارستانی شده بودند، و تنها مورد سن بالای یک سال در بین مبتلایان نیز مادر ۳۰ (ساله) یکی از کودکان بود که هم خودش و هم فرزندش مبتلا شدند.

غربالگری فعال مبتلایان سل در زندانهای استان مرکزی

شناسایی هرچه سریعتر بیماران مسلول به ویژه در

جمعیت پرخطر از اهداف اساسی و مهم سازمان جهانی بهداشت است. دانشگاه علوم پزشکی اراک در مدت ۲ هفته تمامی زندانیان شهرستانهای تابعه را که اکثریت جمعیت هدف در سه شهرستان اراک، دلجان، خمین بود مورد غربالگری فعال سل قرار داد. فرم غربالگری فعال پس از ویزیت توسط پزشک پر شد، و برای تمامی زندانیان تست مانتو انجام شد و از افراد دارای سرفه خلط دار مزم ۲ نمونه خلط در عرض ۲ روز و تحت نظارت پرسنل بهداشتی گرفته شد. نمونه ها در عرض کمتر از ۲۴ ساعت به آزمایشگاه سل استان انتقال یافت. تمامی نمونه ها علاوه بر تهیه اسمیر، تحت کشت گذاشته شدند. رادیوگرافی ریه به صلاحدید پزشک با توجه به علائم بالینی و تست مانتو و عوامل خطر همراه (HIV+) و افراد دارای اعتیاد تزریقی و نقص ایمنی و ... درخواست شد و توسط رادیولوژیست گزارش شد. طول طول مدت غربالگری مذکور ۳ ماه بود و خوشبختانه با وجود دقت بالای مطالعه، هیچ مورد بیماری سل فعالی شناسایی نشد. در این طرح تعداد ۳۰۳۷ زندانی مورد بررسی قرار گرفتند و از ۲۱۱ نفر نمونه گیری خلط و تعداد ۶۳ رادیوگرافی ریه انجام گرفت.

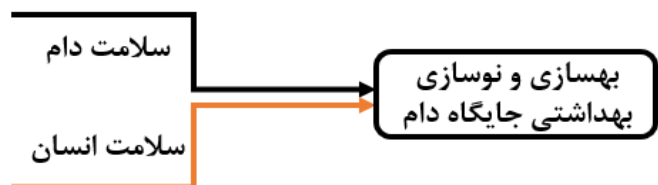


آغاز همکاری در راستای تهیه دستورالعمل مشترک بهداشتی نمودن جایگاه نگهداری دام روستایی/عشایری و سلامت کار در آن

عملیاتی جایگاه بهداشتی دام با توجه به شرایط ویژه روستاهای کشور دست یافته و گام های بعدی در اجرای مشترک برنامه ارتقا سلامت دامداران و روستاییان را هماهنگ تر و همسو بردارند. در این بازدید مقرر شد تا اعضا بازدید کننده سطح ملی در اولین فرصت جلسه ای برای ارزیابی سفر و بررسی مستندات برگزار نمایند. ضمن مشاهده اقدامات مفید در بهسازی و نوسازی جایگاه های نگهداری دام، مشکلات موجود نیز بررسی گردید. در برخی روستا ها پس از بهسازی یا نوسازی جایگاه دام، محل ساخته شده توسط روستاییان مجددا تغییر شکل داده شده و از نظر مشخصات مطلوب برای جایگاه دام به عنوان محل کار دامداران روستایی، افت نامناسب ساختاری و عملکردی پیدا نموده اند و لذا در راستای بهداشتی نگه داشتن این اماکن، نیاز به همکاری مشترک بیشتر نهادهای بهداشتی و مسئولین دهیاری ها در بعد نظارتی می باشد. از همراهی معاونت بهبود تولیدات دامی استان زنجان و همکاران ایشان، معاونت محترم

بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی زنجان، مدیرکل محترم دامپزشکی استان زنجان، معاون محترم سلامت دام استان، همکاران محترم واحد مبارزه با بیماری ها و واحد سلامت محیط و کار در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، کارشناسان دفتر بهبود تغذیه و جایگاه دام معاونت امور تولیدات دامی وزارت جهاد کشاورزی، جهت همراهی در ماموریت و ارائه مستندات اقدامات ارزشمند شان در گذشته تشکر و قدردانی می شود.

جایگاه نگهداری دام در روستاها مکانی است برای **تلاقی اصول بهداشتی نگهداری دام و اصول حفظ سلامت انسان و بهداشت محل کار** که در راستای دستیابی به اهداف برنامه کاهش تب مالت کشور نیاز به ارتقا دارد.



افق پیش روی برنامه کنترل تب مالت ارائه **راهکارهایی است که در برابر بیماری های نوپدید دامی نیز موثر و مفید فایده باشند** که بی گمان بهداشتی سازی جایگاه های نگهداری دام در روستا اهمیت ویژه ای در این میان دارند. برنامه کنترل تب مالت

برنامه ای منسجم و همسو با حضور سازمان ها و نهاد های مختلف می باشد و از این رو جهت بررسی جایگاه های سنتی دام نوسازی و بهسازی شده در سال های گذشته و بررسی نقاط قوت و چالش های موجود در این جایگاه ها و تهیه مستندات کافی، تیمی متشکل از نمایندگان مرکز مدیریت

بیماری های واگیر، مرکز سلامت محیط و کار، سازمان دامپزشکی کشور و معاونت امور تولیدات دامی وزارت جهاد کشاورزی به همراه همکاران استان **زنجان** از چند روستا در شهرستان های مختلف و جایگاه های دام بهسازی و نوسازی شده بازدید به عمل آوردند تا به تعریف

استراتژی کلیدی برنامه کنترل تب مالت در کشور کاهش برخورد غیربهداشتی بین انسان و دام می باشد و بهسازی و نوسازی جایگاه های نگهداری دام در این راستا امری ضروری می باشد.





تب مالت: اولین جلسه آموزشی و جلب حمایت در پی تفاهم نامه با سازمان زنان روستایی و عشایر کشور



در پیش گرفتن دیدگاه One Health به عنوان راهکار جدید و موفق کنترل بیماری بروسلوزیس، در جایگاه یک بیماری zoonotic بدون شک اهمیت ویژه ای دارد و برنامه نوین مرکز مدیریت بیماری های واگیر در کنترل این بیماری پیچیده و دشوار، بر آن اساس طراحی شده است و در این راستا در طی سال گذشته اقدامات متعدد جدیدی صورت گرفته است. با انعقاد تفاهم نامه مشترکی به منظور آموزش تب مالت بر اساس مدل SHEP بین مرکز مدیریت بیماری های واگیر و سازمان زنان روستایی و عشایر

کشور (وزارت جهاد کشاورزی) امید می رود علاوه بر حرکت در راستای دیدگاه One Health، بتوان از ظرفیت ۸۰۰۰ نفری تسهیلگران سازمان جهاد کشاورزی جهت آموزش زنان روستایی بتوان در راستای توانمند سازی و ارتقا سواد سلامت زنان روستایی و عشایری استفاده نمود تا با داشتن جامعه ای سالم تر به بهره وری اقتصادی بیشتری نیز دست یابند. اولین جلسه آموزشی جهت جلب حمایت مسئولین استانی در اردیبهشت ماه برگزار گردید. در این جلسه آموزشی دو ساعتی که با مقدمه سرکار خانم دکتر بنی هاشم ریاست محترم سازمان زنان روستایی و عشایر کشور آغاز گردید اولویت بهداشتی تب مالت برای نمایندگان استانی مدعو آن سازمان تبیین شد و مطالب منتخب و بسته آموزش تب مالت از راه مدل SHEP جهت حاضرین در جلسه تدریس و برنامه های پیش رو و نحوه عملیات اجرایی این طرح ملی تبیین گردید. سخنان جناب آقای دکتر امیری در مورد ابعاد دامی بیماری های نوپدید و بخصوص تب مالت و اهمیت آموزش و تعهد بر راه نوین آموزش به مدل SHEP مورد توجه خاص حاضرین قرار گرفت. این جلسه با پرسش و پاسخ حاضرین و درخواست ارائه برنامه عملیاتی در زمان تعیین شده پایان یافت و به لطف خدا و همدلی مسئولین بین بخشی، در ماه خرداد اولین همکاری های استانی در راستای تربیت مربی آموزشی در بین تسهیلگران در برخی استان های کشور آغاز گردید که بدینوسیله از ایشان تشکر و قدردانی می گردد.

جلسه مشاوره بین المللی جهت نوشتن تاریخچه موفقیت مالاریای ایران

”نشست مشاوره بین المللی نوشتن کتاب تاریخچه مالاریا“ با حضور آقای دکتر شپیرا مشاور عالی رتبه سازمان بهداشت جهانی، آقای دکتر زمانی کارشناس دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان برنامه حذف مالاریا از ۲۵ تا ۳۱ اردیبهشت ماه ۱۳۹۵ برگزار گردید. در این جلسات مباحث و موفقیت های مهمی در حوزه تاریخچه مالاریا در ایران، وضعیت برنامه حذف در کشور، دستاوردهای تشخیصی، درمان و کنترل ناقلین مورد بررسی و تبادل نظر قرار گرفت.

برگزاری اولین کارگاه باز آموزی میکروسکوپی مالاریا - ۱۳۹۵



کارگاه مراقبت و تشخیص آزمایشگاهی بیماری مالاریا، به منظور ارتقا سطح آگاهی پرسنل شاغل در آزمایشگاه های استان و مراکز بهداشت شهرستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استانهای کشور، مورخ ۱۲ الی ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۵ در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر توسط سرکار خانم حسین زاده برگزار شد. در این کارگاه که ۲۰ نفر از کادر فنی تشخیص با میکروسکوپ، کاردان ها و کارشناس های علوم آزمایشگاهی بهداشتی دانشگاه های کشور حضور داشتند، بازآموزی روش صحیح تهیه گسترش لام خون محیطی، انتقال لام از سطوح محیطی به آزمایشگاه، چگونگی بیماریابی و مراقبت، فرایند انجام آزمایشات و فراهم نمودن مواد مصرفی مطابق دستورالعمل های کشوری آزمایشگاه مرجع سلامت و مرکز مدیریت بیماری های واگیر کشور انجام شد. پیش از این، آخرین کارگاه مراقبت و تشخیص آزمایشگاهی بیماری مالاریا در بهمن ماه سال ۱۳۹۴ در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار شده بود.



کارگاه آموزشی تیم پاسخ سریع مالاریا

به دنبال رخداد انتقال محلی در برخی کانون های پاک در برنامه حذف مالاریا، مرکز مدیریت بیماریهای واگیر برگزاری دوره های آموزشی با رویکرد آماده سازی کارشناسان برنامه حذف مالاریا در دانشگاه های دارای پتانسیل انتقال محلی را در دستور کار قرار داده است.

در همین راستا دو کارگاه آموزشی عملی در شهرستان چابهار به میزبانی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان برگزار شد. کارشناسان برنامه حذف مالاریا از دانشگاه های علوم پزشکی هرمزگان، اهواز، دزفول، بوشهر، جیرفت، بم و جهرم در این دوره های آموزشی حضور داشتند. از اهم موضوعات بحث شده کارگاه ۵ روزه آموزشی، اقدامات فوری پس از تبدیل وضعیت یک کانون پاک به کانون فعال مالاریا شامل نحوه محاسبه مقدار مورد نیاز اقلامی همچون دارو، حشره کش و کیت تشخیص سریع مالاریا آموزش داده شد. آموزش عملی سمپاشی، مه پاشی، لاروکشی، بیماریابی، نحوه آگاه سازی و آموزش مردم در اپیدمی ها، بازدید از دفاتر آزمایشگاه و نحوه ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی به طور عملی آموزش داده شد.

کارگاه آموزشی مدیریت آفت کش های بهداشتی



موضوع آفت کش ها در برنامه های کنترلی مالاریا یکی از مفاهیم مهم است. "کارگاه آموزشی مدیریت آفت کش های بهداشتی" با

حضور کارشناسان ثبت سموم دانشگاه ها علوم پزشکی کشور، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت بهداشتی وزارت متبوع و سازمان غذا و دارو، در تاریخ ۱۵ تا ۱۶ اسفند ماه ۱۳۹۴ با هماهنگی اداره حذف مالاریا و میزبانی سازمان غذا و دارو، و با حضور و تدریس جناب آقای دکتر زعیف، مشاور ارشد سازمان جهانی بهداشت برگزار گردید. در این کارگاه به مباحث مهمی در حوزه مدیریت آفت کش های بهداشتی از جمله لزوم و روند ثبت حشره کش ها در کشور، خرید، انبارداری، نظارت بر نحوه استفاده و امحاء آن اشاره شد و بحث و تبادل نظر انجام گرفت.

اولین بیانیه اعلام وضعیت واکسن مالاریا توسط سازمان جهانی بهداشت در ژانویه ۲۰۱۶

سازمان جهانی بهداشت در ژانویه ۲۰۱۶ در شماره چهارم نشریه Weekly epidemic Logical Record اولین بیانیه در مورد تنها واکسن مالاریا که کار آزمایشی مرحله ۳ را پشت سر گذاشته و نتیجه ارزیابی مثبت دریافت کرده است، منتشر نمود. (واکسن RTS, S/AS۰۱ که برای پیشگیری از بیماری مالاریا ناشی از پلاسمودیوم فالسیپاروم کاربرد دارد). تاکنون بیش از ۳۰ واکسن مالاریا تحت ارزیابی قرار گرفته است. واکسن مالاریا RTS, S/AS۰۱ یک واکسن مرحله پری اریتروسیتی هیبریدی حاوی آنتی ژن پروتئین نو ترکیب است و پلی پپتیدی هیبریدی RTS در ویال های یک میلی لیتری حاوی ۲ دوز تهیه می شود و CC ۰.۵ به صورت داخل عضلانی تزریق می شود. واکسن باید در درجه حرارت ۲-۸ درجه نگهداری شود، همراه با سایر واکسن ها در برنامه ایمن سازی کودکان قابل تزریق است. سازمان جهانی بهداشت توصیه می کند که این واکسن به صورت پایلوت در سایر مناطق جهان مورد استفاده و ارزیابی قرار گیرد، تا اطلاعات و دانش ما درباره این واکسن افزایش یابد. همچنین توصیه می کند این واکسن در کودکان کوچکتر از ۶ هفته استفاده نشود. برنامه توصیه شده جهت مصرف این واکسن به صورت ۴ دوز است که سه دوز اولیه بایستی با فاصله چهار هفته از یکدیگر تزریق شود و دوز چهارم ۱۵-۱۸ ماه پس از آخرین دوز یعنی دوز سوم تجویز شود. دوز اول حول و حوش ۵ ماهگی و دوز سوم قبل از ۹ ماهگی تجویز میشود.

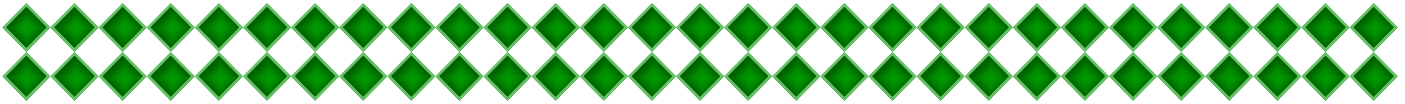
تأثیر واکسن در کاهش مرگ و میر و کاهش چشمگیر بستری بیماران به دلیل مالاریا مشاهده شده است. تب شایع ترین عارضه پس از دریافت واکسن بوده است و سایر عوارض مانند قرمزی، درد مختصر محل تزریق و تورم آن مشابه سایر واکسن ها بوده و در مجموع واکسن مالاریا از safety خوبی برخوردار است.





نهمین نشست کمیته مقررات بین المللی بهداشتی (IHR) در مورد خطر انتشار بین المللی ویروس فلج اطفال

کمیته مقررات بین المللی بهداشتی سازمان بهداشت جهانی، نهمین جلسه خود را بعد از اعلام PHEIC فلج اطفال از سال ۲۰۱۴ میلادی، برای بررسی وضعیت بیماری فلج اطفال در جهان و خطر انتشار بین المللی ویروس فلج اطفال در تاریخ ۱۲ می ۲۰۱۶ برگزار کرد. در این نشست بر اساس شواهد موجود که حاکی از انتقال دو مورد ویروس وحشی فلج اطفال از پاکستان به افغانستان در سال ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ و ۶ طغیان فلج اطفال ویروس مشتق از واکسن (cVDPV) که شامل سه مورد طغیان ناشی از تیپ یک ویروس در لائوس، ماداگاسکار و اوکراین و سه طغیان ناشی از تیپ ۲ ویروس در گینه، میانمار و نیجریه بوده به همراه ضعف نظام های مراقبت و ایمن سازی در برخی از کشورهای پر خطر، شرایط PHEIC (فوریت بهداشتی با اهمیت بین المللی) به مدت ۳ ماه دیگر تمدید شد. در بیانیه این نشست، کشور عراق بدلیل عدم مشاهده مورد قطعی فلج اطفال از آوریل ۲۰۱۴ از لیست کشورهای نیازمند انجام واکسیناسیون فلج اطفال، حذف شده است.



به منظور جلوگیری و به حداقل رساندن خطر انتشار بین المللی بیماری فلج اطفال، واکسیناسیون به شرح ذیل لازم الاجرا شده است:

الف- کشورهای بومی فلج اطفال یا دارای آلودگی:

۱- کلیه اتباع (تمامی سنین) کشورهای پاکستان، افغانستان، نیجریه، اوکراین، گینه، ماداگاسکار، لائوس، میانمار و همچنین کلیه اتباع یا مسافران (تمامی سنین) سایر کشورها که به مدت بیش از ۴ هفته در این کشورهای مذکور اقامت داشته اند، هنگام درخواست ورود جهت مسافرت به ایران بایست گواهی معتبر واکسیناسیون کامل فلج اطفال منطبق با سن افراد و برحسب برنامه واکسیناسیون جاری آن کشور را ارائه نمایند.

◇ هم چنین، افراد بالای ۱ سال باید یک نوبت اضافی واکسن خوراکی یا تزریقی طی ۱۲-۱ ماه قبل از مسافرت دریافت نموده باشند.

۲- در مورد واکسیناسیون این مسافران پیشنهاد می گردد با هماهنگی سفارت خانه ها و کنسولگری های جمهوری اسلامی ایران در کشورهای مذکور، مراکز معتمدی جهت صدور گواهی تکمیل واکسیناسیون متقاضیان اخذ رواید و مسافرت به ایران تعیین گردند. هم چنین، به مسافران تاکید شود گواهی صادره از مراکز معتمد را به همراه داشته و در صورت لزوم ارائه نمایند.

۳- در هنگام ورود به ایران، در صورتی که واکسیناسیون این مسافران براساس تاریخ درج شده در گواهی بند ۲، بیش از ۱۲ ماه از تاریخ ورود به ایران انجام شده باشد، تجویز مجدد واکسن در پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی الزامی است.

ب- کشور عراق

سازمان جهانی بهداشت برای واکسیناسیون اتباع کشور عراق که به سایر کشورها مسافرت می کنند، توصیه ای ارائه نکرده است. ولی به دلیل پوشش پایین واکسیناسیون فلج اطفال در کشور عراق، تا پایان سال ۱۳۹۵ موارد ذیل قابل توجه و لازم الاجرا می باشد:

۱- ایرانیان که از طریق مرز زمینی یا هوایی یا دریایی به کشور عراق عزیمت می نمایند، نیاز به دریافت نوبت اضافی واکسن فلج اطفال ندارند.

۲- کلیه افراد غیر ایرانی زیر ۱۵ سال که از طریق مرز زمینی یا هوایی یا دریایی از کشور عراق وارد ایران می شوند، باید در پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی واکسن فلج اطفال را دریافت نمایند.

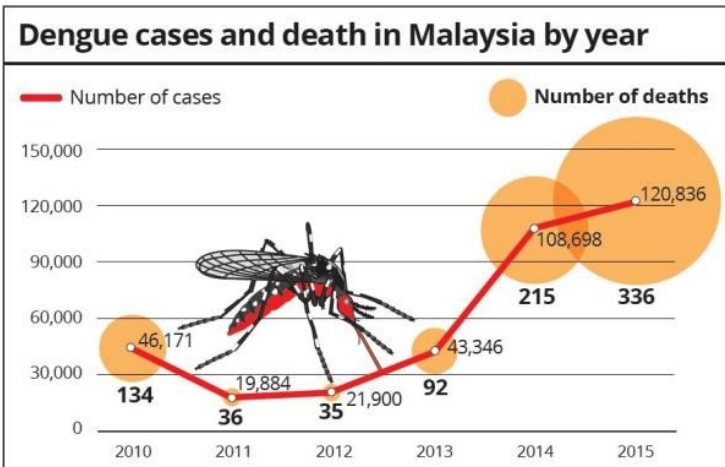


بازارچه های مرزی که دارای تردهای محدود و زمان دار بوده و به صورت پبله وری جابجایی جمعیت ها را پوشش می دهند نیز شامل این دستورالعمل خواهند شد.



افزایش موارد تب دنگی در مالزی

بعد از افزایش بی سابقه تعداد مبتلایان تب دنگی (Dengue fever) در کشور مالزی، در سال ۲۰۱۵ میلادی (بیش از ۱۲۰ هزار بیمار)، در



سال ۲۰۱۶ نیز افزایش تعداد بیماران مبتلا به این بیماری ویروسی باعث ایجاد نگرانی در مسؤولان بهداشتی مالزی شده است. در ۵ ماهه ابتدای سال ۲۰۱۶ حدود ۵۰ هزار نفر بیمار تب دنگی

در مالزی گزارش شده که بر اساس آمار وزارت بهداشت آن کشور حدود نیمی از مبتلایان، ساکن استان سلانگور هستند، و استان های جوهور و کوالالامپور با ۶۰۰۰ و ۳۴۰۰ نفر بیمار در رده های دوم و سوم قرار می گیرند. تا اواسط اردیبهشت ماه سال جدید، ۱۰۹ نفر جان خود را در اثر این بیماری ویروسی از دست داده اند.

* روند افزایش تب دنگی در ۳۰ سال گذشته در جهان علل

زیادی دارد و تردد مسافران بین المللی به مناطق بومی بیماری یکی از دلایل مهم آن می باشد. یکی از علل مهم دیگر در افزایش موارد تب دنگی در جهان، مساعدتر شدن شرایط آب و هوایی است. بیماری ویروسی تب دنگی از طریق گزش پشه آندس به انسان منتقل می شود و در سال های اخیر از بسیاری کشور های استوایی و گرمسیری گزارش شده است. تعداد کشورهای که بیماران تب دنگی را گزارش می نمایند از ۳ کشور در سال ۱۹۵۵ به بیش از ۱۲۵ کشور در سال ۲۰۱۲ افزایش یافته است. بر اساس آخرین مطالعه تخمین زده می شود که سالانه حدود ۴۰۰ میلیون نفر در جهان دچار عفونت ناشی از این ویروس می شوند.

گزارش موارد آسیب مغزی با دور سر طبیعی



مطالعه ای که اخیراً منتشر شده است بر اساس ارزیابی عوارض احتمالی

عصبی ۱۵۰۰ نوزاد مشکوک به

بیماری زیکا انجام شده است. بر اساس نتایج این مطالعه که در برزیل انجام شده تعدادی از نوزادان که مادران مبتلا به زیکا داشته اند علی رغم اندازه طبیعی دور سر، آسیب های سلولی در بافت مغزی رویت شده است. این مطالعه نشان می دهد که در مراقبت بیماری زیکا نباید تنها بر میکروسفالی تمرکز داشت تا سایر عوارض عصبی احتمالی دور از نظر نمانند. این مطالعه ضمن تاکید بر اهمیت استراتژی "تحقیق" در برخورد با بیمار یهای نوپدید، نشان می دهد که در برخورد با این بیماری ها، به دنبال یافته های جدید، نحوه برخورد نظام های سلامت با بیمارها در عرض تنها چند ماه امکان تغییر دارد.

پس از اعلام PHEIC

در مورد بیماری زیکا در

امکان انتقال زیکا توسط سایر پشه ها

ماه فوریه سال ۲۰۱۶ میلادی، تلاش هایی در برخی کشورها جهت ارزیابی توانایی انتقال زیکاو ویروس توسط سایر پشه های غیر از آندس و انواع گونه های آندس انجام گرفته است. در ماه مارس دانشمندان کشور برزیل نتایج اولیه تحقیق خود را در این زمینه

گزارش نمودند که از نظر همه گیرشناختی و برخورد با

ویروس زیکا به عنوان یک تهدید جهانی اهمیت بسیاری

دارد. این محققان توانستند از طریق خون خرگوش، ۲۰۰

پشه از جنس کولکس را آلوده به زیکا ویروس نمایند. پشه



های مورد مطالعه کولکس کوئینکه فاسیاتوس (*Culex quinquefasciatus*) بودند که از

نظر فراوانی در برزیل ۲۰ برابر بیشتر از پشه آندس اجیتی هستند و اگر مطالعات بعدی

بتوانند نقش موثر این پشه در انتقال بیماری زیکا را اثبات نمایند، برنامه های پاسخ به

همه گیری بیماری زیکا تا حدی متفاوت خواهند شد. این محققان دریافتند که نه تنها

پشه های کولکس کوئینکه فاسیاتوس به راحتی آلوده می شوند بلکه به سرعت ویروس در

بدن آنها تکثیر یافته و گسترش می یابد و نهایتاً در غدد بزاقی پشه قابل شناسایی می

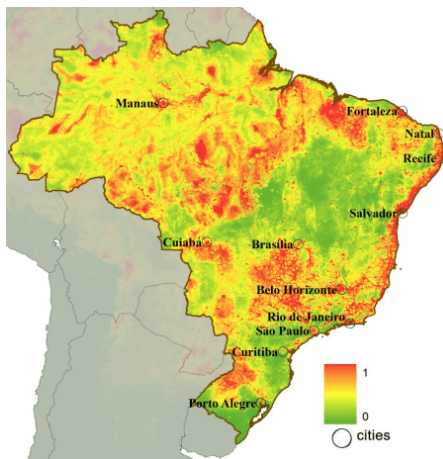
گردد. بر اساس این گزارش احتمال می رود که این پشه بتواند به عنوان یک

ناقل موثر برای این بیماری نقش داشته باشد. ارزیابی های بیشتری برای اثبات این مدعا

که توسط محققان بنیاد دولتی اسوالدو کروز انجام گرفته است، لازم می باشد.



افزایش آمار dengue fever در برزیل



روند ابتلا به بیماری تب دنگی در برزیل یک روند رو به افزایش است. بر اساس آمارهای منتشر شده سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۱۵ میلادی حدود ۱ میلیون و ۶۰۰ هزار مبتلا به تب دنگی شناسایی و ثبت شده است که در مقایسه سال ۲۰۱۴ میلادی، ۳ برابر افزایش را نشان می دهد.

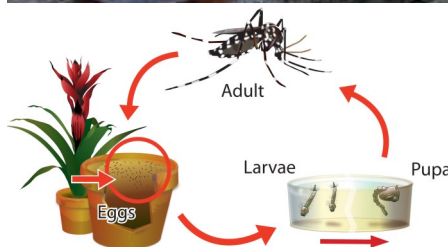
در سال ۲۰۱۶ نیز این روند همچنان ادامه داشته و در ۴ ماهه نخست سال ۲۰۱۶ در برزیل، حدود یک میلیون و ۲۰۰ هزار نفر مبتلا به این بیماری ویروسی مبتلا شده اند که در مقایسه با مدت

مشابه سال قبل (۲۰۱۵) حدود ۵۰٪ افزایش داشته است. کلینیک های درمانی و اورژانس های سراسر برزیل باید پاسخگوی این تعداد افزایش یافته بیمارانی باشند که با تب، سردرد، بثورات پوستی و دردهای استخوانی و مفصلی مراجعه می نمایند و سعی کنند به این بیماران کمک نمایند تا دردهای عضلانی و استخوانی شان در دوره علامتدار این بیماری که به درستی **”تب استخوان شکن“** نامیده می شود رهایی یابند.

از آنجا که هم اکنون در برزیل هر ۳ بیماری منتقله از پشه آندس (تب دنگی، چیکنگونیا، زیکا) در گردش هستند و دارای علایم بالینی شبیه به هم می باشند، لذا بسیاری از مبتلایان در نهایت متوجه نمی شوند که مبتلا به دنگی، زیکا و یا چیکنگونیا شده اند! تشخیص و افتراق نسبتاً پردردسر این سه بیماری در برخی موارد باعث سردرگمی و اعتراض بیماران می شود. در دردهای شدید تب دنگی در برخی بیماران، فرد مبتلا از شدت درد نمی تواند بخوابد و حداقل چندین روز از شغل و فعالیت خود باز می ماند. در سال ۲۰۱۵ میلادی در برزیل ۸۲٪ افزایش در تعداد موارد تب دنگی مشاهده شد و جمعا ۸۶۳ مورد فوت ناشی از این بیماری را ثبت نمودند. هرچند در سال ۲۰۱۶ میلادی تعداد موارد ابتلا به تب دنگی افزایش داشته اما در مقایسه با دوره مشابه سال قبل تعداد موارد فوت این بیماری کمتر شده و از ۱۶۱ مورد به ۳۷ مورد در ۴ ماهه ابتدای سال رسیده است که در این زمینه کارشناسان معتقد هستند که کاهش فوت ناشی از افزایش آگاهی عمومی مردم در مورد ابتلا به بیماری های منتقله از پشه آندس است. به نظر می رسد افزایش آگاهی عموم به دنبال فعالیت های انجام شده در سال قبل در برزیل به دنبال اطلاع رسانی های همگانی در برابر زیکا ایجاد شده باشد. هرچند همچنان روند ابتلا به تب دنگی نشان دهنده افزایش در برخی ماه های سال و فصلی بودن نسبی آن است اما از سال ۲۰۰۵ تا کنون می توان تقریباً در تمام ماه های سال موارد ابتلا به تب دنگی را در برزیل مشاهده نمود. خشکسالی های سال های اخیر شاید در افزایش موارد ابتلا در برزیل بی تاثیر نبوده اند چراکه نحوه نگهداری آب در آب انبارها و برکه های کوچک دست ساز انسان، مکان های بسیار خوبی برای تخم گذاری پشه آندس میباشند.



در شهر ریو د ژانیرو که در مرداد و شهریور ۱۳۹۵ میزبان بازی های المپیک و پارا المپیک می باشد نیز علی رغم آموزش های فراوان در ۴ سال اخیر، وضعیت چندان آرام نبوده است، و در سال ۲۰۱۴ حدود ۸۰۰۰ نفر به تب دنگی مبتلا گردیدند. در سال ۲۰۱۵ میلادی میزان ابتلا در شهر ریو د ژانیرو به بیش از ۶۰ هزار نفر گزارش شد. بهداشت نامناسب محیط و آب های راکد پراکنده در سطح شهر برای تخمگذاری پشه ناقل محیط بسیار مناسبی فراهم نموده است.



۴۰۰ میلیون دلار برای مقابله با این مشکل در ریو د ژانیرو در نظر گرفته شده است. بهترین محل برای پشه آندس در برزیل را شاید بتوان *Riberão Preto* در جنوب شرقی برزیل دانست که تا شهر ریو د ژانیرو حدود ۷ ساعت فاصله دارد. در ماه های آغازین سال ۲۰۱۶ در مقایسه با سال قبل افزایش ۳ برابری را در تعداد مبتلایان تب دنگی *Riberão Preto* می توان مشاهده نمود (۱۵۶۱۷ نفر مبتلا) که تخمین زده می شود این مقدار تا پایان سال به ۶۰ هزار مبتلا نیز افزایش یابد.

عوامل محیطی تأثیر گذار بر طغیان های لیشمانیوز



طغیان های

بیماری لیشمانیوز یکی از خسارات بارترین همه گیری های بیمارهای واگیر در دنیا محسوب می شوند. کنترل لیشمانیوز (چه به شکل احشایی و چه به اشکال جلدی و مخاطی و جلدی مخاطی) به سادگی میسر نمی باشد و یک برنامه کنترلی موفق به سال ها تلاش و کوشش نیاز دارد. وجود جمعیت فراوانی از پارازیت در مخازن حیوانی که به عنوان میزبان انگل عمل می کنند نقش کلیدی در اپیدمیولوژی و کنترل لیشمانیوز دارند. در لیشمانیوز انسان میزبان اتفاقی محسوب می شود و تنها بخش کوچکی از جمعیت انگلی در بدن انسان وجود دارد. فعالیت های کنترلی لیشمانیوز معمولاً شامل از بین بردن مخازن جوندگان با استفاده از سم و یا اقداماتی است که در محیط صورت می گیرد که از جمله آنها میتوان به لانه کوبی جوندگان اشاره نمود. ارتباط بین مخزن انگل، ناقل و انسان بسته به شرایط محیطی متفاوت می شود و بر روی اقدامات کنترلی که هدف آنها کنترل

مخزن و ناقل است تأثیر می گذارد و در نتیجه هر سال ممکن است تغییر کرده و باید برنامه ریزی ها براساس این تغییرات صورت گیرد.

کنترل جمعیت پشه فلیوتوموس (پشه ناقل بیماری) خود چالش بزرگی محسوب می شود چون دانش کامل و قطعی در مورد محل های زایش و تکثیر این پشه و لانه های لاروی آن وجود ندارد. محل های زایش و تکثیری که به محل زندگی انسان نزدیک باشد برای انتقال بیماری به انسان اهمیت حیاتی دارند. پشه های خاکی اغلب در شکاف دیوارها و درزهای منازل تخم ریزی می کنند و هر جایی که دام و گاو و گوسفند در نزدیکی محل زندگی انسان نگهداری می شود مناسب ترین محل برای رشد و تکثیر آنهاست، بنابراین با بهبود وضعیت منازل لیشمانیوز به میزان قابل توجهی کنترل می شود. دور کردن خاک و نخاله های ساختمانی از منزل و پرکردن شکاف ها و درزهای داخل خانه ها، دور کردن کود و مواد ارگانیک از محیط زندگی و اطراف منازل در کنترل لیشمانیوز فوق العاده مهم است.



خلاصه کلام آنکه اقدامات بهداشت محیطی در کنترل طغیان های لیشمانیوز اهمیت بسیار دارد.

حیوانات بومی و دام ها نباید در نزدیکی محل زندگی نگهداری شوند. آنها باعث می شوند تراکم جمعیت ناقلین انگل افزایش یابد این موضوع با مطالعاتی که در کشور تونس صورت گرفته به اثبات رسیده است.

مطالعه تونس



مطالعه ای که در تونس در سال ۱۹۸۲ انجام شد نشان داد یکی از کانون های با ثبات انتقال لیشمانیوز به تدریج در حال گسترش و بزرگ شدن است. بررسی های اولیه نشان داد مهم ترین علت آن ساختن سدی بوده که باعث انتشار و توزیع مخزن بیماری که یک نوع موش است شده و علت آن زیر کشت رفتن مزارع سبزی کاری اطراف سد بوده است که موشها بسیار به آن علاقه داشته و از آن تغذیه می کردند. استراتژی کنترل عمدتاً بر از بین بردن موشها، توقف کاشت گیاهانی که از آن موشها تغذیه می کردند، اما عملی بودن این اقدامات تنها وقتی بود که تراکم جمعیت انسانی مورد ملاحظه قرار گیرد. در مناطق کم جمعیت این اقدامات مقرون به صرفه نبود و این موضوع باید در محاسبات اقدامات کنترلی مورد ملاحظه قرار گیرد. از سوی دیگر وقوع سیل هم باید در منطقه مرتب پایش شود. وقوع سیل یکی از ابزار پایشی بسیار مهم برای وقوع طغیان لیشمانیوز است.

در مطالعه ای که طی سال های ۲۰۰۸ الی ۲۰۱۳ در ایالات متحده آمریکا بر روی پوشش واکسیناسیون و استعداد ابتلا به بیماری

کودکان آمریکایی چقدر مستعد ابتلا به سرخک هستند؟

سرخک در کودکان انجام گرفته است، محققان به این نتیجه رسیده اند که دوازده و نیم درصد از کودکان مستعد ابتلا به سرخک می باشند و این میزان در کودکان زیر ۳ سال بیشترین مقدار است. این مطالعه اهمیت بالا نگاه داشته تن پوشش واکسیناسیون سرخک را یادآور گردیده است و تخمین زده است که اگر میزان پوشش ۹۲٪ فعلی ایالات متحده آمریکا به میزان سال ۲۰۰۹ کاهش یابد بیش از یک میلیون کودک مستعد ابتلا به سرخک، به جامعه اضافه خواهد شد.

