



اخبار مراقبت

بمهرمن و اسفند ۱۳۹۵ - سال هفدهم - شماره ۱۲۳

مقرر است برنامه ملی استراتژیک با رویکرد **One Health** تدوین گردد (صفحه ۲)

اولین جلسه تدوین برنامه استراتژیک کنترل بروسلوز

اکنون برنامه پایلوت مشترک در دو زندان آماده اجرا شده است (صفحه ۴)

کمیته درمان هیپاتیت C در زندان

نتایج رژیم درمانی Nix-TB امیدوار کننده بوده است (صفحه ۸)

موفقیت رژیم درمانی Nix-TB برای سل

یونان اولین کشوری است که H5N6 را در اروپا گزارش می کند (صفحه ۱۱)

H5N6 برای اولین بار خارج از آسیا

بعد از سال ۲۰۰۷ مجدداً ابتلا طيور به H5N1 در مالزی دیده شد. (صفحه ۱۱)

H5N1 در مالزی پس از ۱۰ سال

آلودگی بالای شترها در پنجاب پاکستان گزارش شده است (صفحه ۱۳)

آخرین وضعیت MERS-CoV در دنیا

مبارزه با تب مالت با رویکرد استراتژیک One Health

در این شماره می خوانید:

هرچند در اوایل قرن بیست و یک تئوری **One Health** به عنوان یک رویکرد استراتژیک مطرح شد امروزه از این راهبرد مهم برای تبدیل تهدیدهای بزرگی مانند بیماری های نوپدید و بیماریهای قابل انتقال بین انسان و حیوان از جمله بروسلوز به فرصت بهره برده می شود. مرکز مدیریت بیماری های واگیر با فراهم کردن زمینه های ابتدای تدوین برنامه ملی استراتژیک بروسلوز در سال گذشته، و **جلسات متعدد با ذینفعان کلیدی** برنامه جامع کنترل بروسلوز در حرکتی جدید با همکاری و هماهنگی بیش از ۳۵ نهاد دولتی مختلف در نظر دارد تا کنترل بروسلوز را در قالب یک **برنامه منسجم ملی** اجرایی نماید. این برنامه که **سلامت انسان، دام و حیات وحش و طبیعت** را مدنظر دارد، راهکار نوینی است که مسیر را برای کنترل سایر بیماری های zoonotic از جمله کریمه کنگو و تب های خونریزی دهنده و ویروسی، کیست هیداتیک، و بیماری های نوپدید مانند بیماری های منتقله از پشه آئدس، ابولا، کورونایروس MERS و ... هموار خواهد نمود. **بروسلوز به عنوان پیچیده ترین بیماری منتقله از حیوان به انسان برنامه پیشرو در این مسیر خواهد بود.**

۲	وضعیت آنفلوآنزای پرندگان H5N8 در کشور
۳	تفاهم نامه واکسیناسیون رایگان هیپاتیت ورزskarارن
۴	جلسه مشترک بهداشتی سازی جایگاه های نگهداری دام
۵	تداوم وضعیت PHEIC فلج اطفال
۷	پنجمین کارگاه بازآموزی میکروسکوپی مالاریا
۸	افزایش بیماران آنفلوآنزای پرندگان H7N9 در چین
۹	تب زرد در برزیل
۱۰	ویروس زیکا در میمون های آفریقایی
۱۱	مبتلایان MERS-CoV در عربستان بیش از پارسال
۱۲	نوپدیدگی H7N9 آمریکایی و بازگشت H5N2

اولین جلسه کشوری تدوین برنامه ملی استراتژیک کنترل **بروسلوز** با رویکرد One Health

برای کنترل بیماری های نوپدید و بازپدید و بیماری های قابل انتقال یکی از راهبردهایی که می تواند تهدید ها را به فرصت تبدیل نماید راهبرد سیاستگذاری و اجرای واحد و هماهنگ است که سالهاست در دنیا به نام رویکرد **One Health** شناخته شده و مورد تایید سازمان جهانی بهداشت است. بروسلوز که در انسان به نام بیماری هزارچهره یا تب مالت هم شناخته می شود یکی از پیچیده ترین و دشوارترین بیماری های عفونی از نظر کنترل و ریشه کنی می باشد و مطالعات سالهای اخیر و درس آموخته های برنامه های شکست خورده کنترل آن در سایر کشورها در عرض ۱۵۰ سال گذشته نشان داده است که موثرترین رویکرد برای تبدیل تهدیدها به فرصت ها و حرکت به سمت کنترل و ریشه کنی آن رویکرد استراتژیک One Health می باشد.

نگاه واحد سازمان ها در One Health می تواند در دستیابی به برخی اهداف اقتصاد مقاومتی نیز راهگشا و مفید باشد چرا که بیماری هایی مانند هم ریشه در فرهنگ مردم دارند و هم ابعاد اقتصادی مهمی پیدا می کنند.

در مورخ **۲۱ اسفند ۱۳۹۵** مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که در دو سال گذشته زمینه های اجرایی شدن این برنامه را فراهم می نمود **اولین جلسه مشترک تدوین برنامه ملی کنترل بروسلوز با رویکرد One Health** را در مرکز مدیریت بیماری های واگیر با **حضور نمایندگان تام الاختیار ۳۵ سازمان و نهاد اجرایی، علمی و سیاستگذار کشور** جهت **Integrative Health Risk Management** برگزار نمود و در طی جلسه ای دو ساعته با بیان اهمیت این رویکرد و **پیشنهادهای ۷ زیرکمیته تخصصی**، از سازمان ها و نهادهای دولتی مدعو درخواست نمود تا نمایندگان و کارشناسان فنی خود را برای حرکت سریع به سمت تدوین نقشه راه مشترک ملی برای کنترل این برنامه در این حرکت نوین معرفی نمایند. یکی از مسائلی که با توجه به اقدامات انجام گرفته نیاز به تقویت و حرکت موثرتر دارد تا بتوان اقتصاد مقاومتی و فرهنگ سازی بهداشتی را در روستاها بصورت ریشه دار و ماندگار اجرایی نمود، موضوع بهداشت دام و جایگاه نگهداری دام و رفتارهای بهداشتی دامداران و روستاییان در هنگام کار با دام می باشد که در این راستا برنامه های آموزشی **SHEP** از سال قبل آغاز شده و از جمله برنامه های آتی مرکز مدیریت بیماری های واگیر با همکاری سازمان های فنی اجرایی دیگر، اجرای فصل بعدی این برنامه آموزشی گسترده و جامع است. روند بهداشتی و امن نمودن جایگاه نگهداری دام نیز روندی طولانی است که با همکاری همداستانه سازمانهای ذینفع کلیدی و مردم روستا و دامداران امکان پذیر خواهد شد.

وضعیت آنفلوآنزای پرندگان **H5N8** در کشور

از ابتدای سال ۲۰۱۶ میلادی تاکنون بیش از ۶۰ کشور انواع مختلفی از آنفلوآنزای پرندگان (۱۱ تحت تیپ مختلف) را به سازمان جهانی بهداشت دام (OIE) گزارش نموده اند. در این میان **۲۸** کشور اروپایی و در مجموع **۴۱** کشور جهان و از جمله جمهوری اسلامی ایران در شش ماه گذشته تا پایان اسفند ۱۳۹۵ بیماری را در **۲۰۸۸** کانون با تحت تیپ جدید **H5N8** گزارش نموده اند. از آنجا که برخورد با بیماری هایی از این دست که امکان انتقال به انسان محتمل باشد (ولو به میزان ناچیز) نیاز به همکاری صحیح و تنگاتنگ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاران محترم وزارت جهاد کشاورزی و به ویژه سازمان دامپزشکی کشور دارد، لذا همکاران معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی در تمام استان ها (به ویژه همکاران مبارزه با بیماری ها در سطح استانی و شهرستانی و مرکز مدیریت بیماری های واگیر در سطح ستادی) در این راستا به بیماریابی و مراقبت اپیدمیولوژیک و بالینی موارد مشکوک مشغول گشته و آموزش و سایر وظایف کلیدی در مبارزه با این طغیان را به عهده داشتند.

تا پایان **۲۳ استان** کشور تلفات طیور داشتند که جمعا بالغ بر ۱۰ میلیون مرغ (حدود ۲۱٪ گله های تخمگذار) معدوم سازی فوری گردید. طیف اتلاف پرندگان بسیار گسترده تر از گذشته بوده است و پرندگان حیات وحش از جمله عقاب، شاهین و ... نیز در اثر ابتلا به ویروس **H5N8** تلفاتی داشته اند. نظام مراقبت تشدید شده و بررسی نمونه های متعدد موارد مشکوک و بیماریابی فعال و گستره مرزهای مراقبتی قراتر از کانون رخداد طغیان ها از جمله ضروریات برخورد با این چنین طغیان هایی است. سرعت عمل و دقت در رعایت تمام موازین امنیت زیستی در برابر آنفلوآنزای پرندگان بسیار اهمیت دارد. هرچند هنوز در دنیا نمی توان مانع از ورود بیماری توسط پرندگان مهاجر شد اما تمام تلاش ها در **کاهش خسارات و حفظ سلامت انسان و امنیت غذایی** است. در ۶ ماه گذشته تلاش بر این بوده است که گوشت و محصولات سالم طیور به دست عموم جامعه رسیده و موارد ابتلای انسانی در کشور رخ ندهد که خوشبختانه تا کنون موفقیت آمیز بوده است. اما این طغیان بسیار گسترده در سراسر جهان خسارات اقتصادی زیادی به دنبال داشته است.

برگزاری آزمون غیر حضوری جهت افزایش آگاهی کارکنان در باره ایدز

آزمون الکترونیکی

HIV / ایدز

ویژه کلیه پرسنل

دانشگاه علوم پزشکی سبزوار



۱۳۹۵/۹/۲۵ لغایت ۹۵/۹/۱۶

همکاران محترم معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، آزمون غیر حضوری الکترونیکی به منظور افزایش آگاهی کارکنان در باره اچ‌آی‌وی/ایدز و پیشگیری از ابتلا برای کارکنان دانشگاه با مجوز ۸ ساعت آموزشی با همکاری واحد گسترش شبکه معاونت بهداشتی و معاونت توسعه برگزار نمودند. فایل محتوی آموزشی روی سایت مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بارگزاری گردید و ۱۶۰۰ نفر از کارکنان دانشگاه در آزمون شرکت کردند.

کلاس آموزشی اچ‌آی‌وی / ایدز و هپاتیت جهت افراد ترا جنسیتی (Transgender) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

با توجه به هماهنگی به عمل آمده با همکاران اداره بهزیستی استان، در طی دو جلسه آموزشی، افراد ترا جنسیتی تحت پوشش اداره بهزیستی در خصوص بیماری ایدز و هپاتیت آموزش لازم را دیدند. در پایان برای کلیه شرکت‌کنندگان، تست تشخیص سریع اچ‌آی‌وی انجام و برای آنها واکسن هپاتیت B تلقیح شد. از ان تلاش همکاران محترم در معاونت بهداشت استان لرستان صمیمانه قدردانی و تشکر می‌گردد.

تفاهم نامه همکاری های مشترک بهداشتی مابین فدراسیون پزشکی ورزشی جمهوری اسلامی ایران و مرکز مدیریت بیماریهای واگیر: واکسیناسیون رایگان هپاتیت ورزشکاران حرفه ای

تفاهم نامه همکاری های مشترک بهداشتی مابین فدراسیون پزشکی ورزشی جمهوری اسلامی ایران و مرکز مدیریت بیماریهای واگیر در راستای تقویت و بهبود همکاری های بین بخشی و پس از برگزاری جلسات متعدد کارشناسی و مدیریتی، بصورت پیشنویس تهیه شده و در اختیار مسوولین محترم قرار گرفته است. این تفاهم نامه به منظور افزایش توانمندی و بهبود عملکرد ورزشکاران در کلیه سطوح ملی و استانی و محیطی و به منظور حفظ سلامت آنان، بر موضوعات ذیل متمرکز گردیده است:

انجام واکسیناسیون رایگان هپاتیت و تکمیل پوشش ایمنسازی سایر واکسن ها برای ورزشکاران حرفه ای، ارائه توصیه ها و



راهکارهای بهداشتی به ورزشکاران در زمینه بیماریهای واگیر، ارائه خدمات مشاوره ای، معاینه، آزمایش ورزشکاران از نظر بیماریهای هپاتیت و ایدز و سایر بیماریهای نوپدید و بازپدید، برگزاری کلاسهای آموزشی با تمرکز بر مسایل بهداشتی و پیشگیری، پایش و نظارت بر وضعیت سلامت ورزشکاران از نظر بیماریهای واگیر نوپدید و بازپدید

سومین جلسه همکاری مشترک در بهداشتی سازی جایگاه های نگهداری دام

در راستای کنترل بیماری تب مالت و کاهش ابتلا دامهای روستا به بروسلوز و ایجاد محیط کار روستایی سالم و داشتن جایگاه های بهداشتی نگهداری دام جلسات مشترک با حضور نماینده محترم مرکز سلامت محیط و کار، همکاران محترم وزارت جهاد کشاورزی که مسئولیت بهسازی و نوسازی جایگاه های نگهداری دام را به عهده دارند و همکاران سازمان دامپزشکی با میزبانی مرکز مدیریت بیماری های واگیر تشکیل گردید. از آنجا که جایگاه نگهداری دام مکانی است که هم دام های روستا در آن زندگی می کنند و بهداشت محل زندگی آنها اهمیت دارد و هم محل کار روستاییان دامدار می باشد و به عنوان محل کار باید بهداشتی و امن باشد (امنیت سلامت و امنیت شغلی) لذا داشتن دستورالعمل ها و فرآیندهای استاندارد و اجرایی علمی ضروری است و این جلسات جهت یکسان سازی دستورالعمل ها و به دست آوردن رویه واحد و عملیاتی تشکیل می شود. مرکز مدیریت بیماری های واگیر در رویکرد نوین خود در برابر بیماری تب مالت رویکرد استراتژیک **One Health** را مد نظر قرار داده و جلسات خود را تا حصول نتیجه و رسیدن به اهداف این برنامه با سازمان های ذینفع کلیدی برگزار خواهد نمود.

جلسه تدوین درسنامه جامع بروسلوز

در راستای همسان سازی و بروزرسانی منابع آموزش تخصصی بروسلوز برای پزشکان و سایر رشته های تخصصی دومین جلسه مشترک ملی با حضور اعضا کمیته فنی تب مالت (متخصصین عفونی)، مدیر محترم بهداشت دام سازمان دامپزشکی، رئیس آزمایشگاه مرجع کشور و کارشناسان و نمایندگان مرکز مدیریت بیماری های واگیر در تاریخ ۱۹ بهمن ماه تشکیل گردید. مقرر است تا در این درسنامه جامع مجموعه تلاش های علمی اساتید برجسته کشور در زمینه تب مالت منعکس شده و مجموعه جامعی برای تدریس در دانشگاه در رشته های تخصصی بیماری های عفونی و گرمسیری و متخصصین داخلی، اطفال و ... گردآوری شود.

تشکیل کمیته نهایی درمان هپاتیت C در زندان

در راستای هدف **ریشه کنی هپاتیت C تا سال ۲۰۳۰**، کمیته درمان هپاتیت در زندان با محوریت مرکز مدیریت بیماری های واگیر تشکیل گردید. به منظور نهایی نمودن طرح مورد نظر، کمیته مذکور در تاریخ ۱۶ بهمن ماه در سالن جلسات مرکز مدیریت بیماری ها تشکیل جلسه داد. طرح توسط تیم ۴ نفره متشکل از نمایندگان مرکز مدیریت بیماری های واگیر، سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، پژوهشکده بیماری های گوارش و کبد بیمارستان شریعتی و شبکه هپاتیت ایران به اعضای کمیته ارائه گردید. در این جلسه معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاون محترم تحقیقات و فناوری، رئیس مرکز مدیریت بیماری های واگیر و رئیس اداره هپاتیت، رئیس شبکه هپاتیت ایران و مدیر کل بهداشت و درمان سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور و دیگر اعضا به بیان نظرات خود پرداخته و پس از تبادل نظر به جمع بندی نهایی رسید.



بازدید تیم ناظر سطح ملی از یکی از چهار مرکز فعال مشاوره هپاتیت در کشور: استان زنجان

دومین گردهمایی بین المللی و ششمین سمینار سراسری ایدز: دومین گردهمایی بین المللی و ششمین سمینار سراسری ایدز با حضور بیش از ۷۰۰ نفر از پزشکان، پرستاران و سایر اعضا تیم پزشکی برگزار شد. این برنامه توسط مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با همکاری مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت، معاونت تحقیقات و فناوری و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه های علوم پزشکی کشور و برخی از مراکز تحقیقاتی دانشگاه های کشور در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار شد. از تعداد ۲۰۰ مقاله رسیده به دبیرخانه سمینار ۴۰ مقاله مورد تایید قرار گرفت که ۸ مقاله در قالب ارائه شفاهی و ۳۲ پوستر ارائه شد. در طی این ۳ روز ۹ پانل تخصصی و ۱۲ سخنرانی جامع برگزار گردید. تمامی پانل ها و سخنرانی های جامع با توجه به مستندات علمی بیماری ها در کشور طراحی و ارائه شد که شامل اپیدمیولوژی ایدز در جهان و ایران، سل نهفته در بیماران مبتلا به اچ آی وی، بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد نوجوانان و جوانان ایرانی نسبت به اچ آی وی و مواد محرک، اهمیت بار ویروسی منفی در مبتلایان به اچ آی وی، سلول های بنیادی در درمان اچ آی وی، رفتارهای پرخطر جنسی و پانل پیش به سوی صفر، پانل اچ آی وی و اطفال و پانل Stigma ایدز بود

دوازدهمین جلسه کمیته اضطراری مقررات بین المللی بهداشت (IHR) و تصمیم بر اعلام تداوم وضعیت PHEIC فلج اطفال

در تاریخ ۷ فوریه ۲۰۱۷ دوازدهمین جلسه کمیته اضطراری مقررات بین المللی بهداشت (IHR) در مورد انتشار بین المللی ویروس وحشی فلج اطفال تشکیل شد. اطلاعات مربوط به گردش ویروس فلج اطفال وحشی و ویروس فلج اطفال مشتق از واکسن در گردش (cVDPV) شامل طغیان فلج اطفال وحشی و فلج اطفال مشتق از واکسن در گردش در نیجریه، تداوم انتشار ویروس وحشی تیپ ۱ بین افغانستان و پاکستان و جداسازی ویروس وحشی از نمونه های فاضلاب و همچنین بیماران فلج شل حاد از نقاط مختلف پاکستان در این کمیته مرور گردید و براساس این شواهد، انتشار بین المللی ویروس وحشی فلج اطفال را کماکان یک فوریت بهداشت عمومی با اهمیت بین المللی (PHEIC) اعلام کرد. توصیه های ذیل برای سه ماه ارائه شد.

◇ کشورهایی که اخیراً ویروس فلج اطفال از آنها به سایر کشورها منتشر شده است (پاکستان):

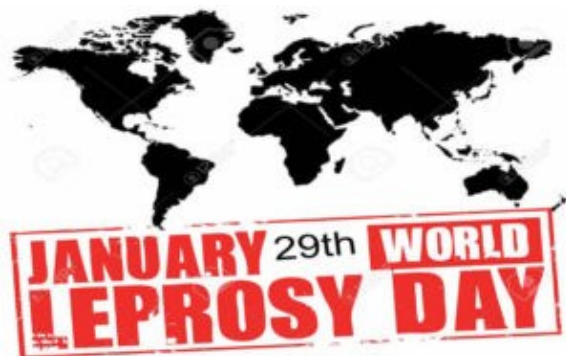
- کشورها باید طی بیانیه رسمی، قطع انتشار ویروس را به عنوان یک اضطرار بهداشتی اعلام نمایند.
- کشورها باید اطمینان حاصل کنند که کلیه ساکنین این کشورها و مسافری با اقامت طولانی مدت (بیش از ۴ هفته) در تمام گروه های سنی، یک دز اضافی واکسن خوراکی یا تزریقی فلج اطفال را طی ۴ هفته تا ۱۲ ماه قبل از مسافرت بین المللی دریافت کرده باشند.
- آنها باید اطمینان حاصل کنند که در شرایط مسافرت اضطراری (یک دز اضافی واکسن فلج اطفال طی ۴ هفته تا ۱۲ ماه قبل از مسافرت بین المللی دریافت نشده باشد)، یک دز حداقل در هنگام حرکت دریافت شده باشد.
- کشورها باید اطمینان حاصل کنند که گواهی بین المللی واکسیناسیون مورد تایید WHO در اختیار مسافران قرار گرفته است. در مواردی که فرد فاقد این گواهی باشد، باید از مسافرت وی جلوگیری شود. این موضوع در مورد کلیه مسافری بین المللی از کلیه مبادی (دریایی، هوایی و زمینی) صدق می کند.
- واکسیناسیون مسافری که بین دو کشور افغانستان و پاکستان تردد می کنند، بسیار حائز اهمیت می باشد.

◇ کشورهایی که اخیراً ویروس فلج اطفال داشته ولی آنرا به سایر کشورها منتقل نکرده اند (در مورد ویروس وحشی نیجریه و افغانستان و در مورد فلج اطفال مشتق از واکسن در گردش، نیجریه، پاکستان و لائوس):

- کلیه ساکنین کشور و مسافرانی با اقامت طولانی مدت (بیش از ۴ هفته) به مناطق آلوده را تشویق کنند که یک دز اضافی واکسن خوراکی یا تزریقی فلج اطفال را طی ۴ هفته تا ۱۲ ماه قبل از مسافرت بین المللی دریافت کنند.
- در شرایط مسافرت اضطراری که یک دز اضافی واکسن فلج اطفال طی ۴ هفته تا ۱۲ ماه قبل از مسافرت بین المللی دریافت نشده باشد، تشویق کنند که یک دز حداقل هنگام حرکت دریافت شود.
- آنها باید اطمینان حاصل کنند که گواهی واکسیناسیون فلج اطفال قابل دسترس مسافران باشد.
- این اقدامات باید حداقل برای ۶ ماه در کشور اجرا شود و در طی این مدت شواهد انتشار یا گردش ویروس از هیچ منبعی در کشور وجود نداشته و از فعالیت های ریشه کنی با کیفیت بالا در تمام مناطق آلوده و پرخطر اطمینان حاصل شود.
- ◇ کشورهایی که دیگر آلوده به ویروس محسوب نشده ولی در برابر انتشار بین المللی آن به نوعی آسیب پذیر هستند (در مورد ویروس وحشی، کامرون، نیجر، چاد، کینه استوایی و جمهوری آفریقای مرکزی و در مورد فلج اطفال مشتق از واکسن در گردش، اوکراین، ماداکاسکار، میانمار و کینه):

- این کشورها باید واکسیناسیون روتین و نظام مراقبت روتین را تقویت نمایند.
- به واکسیناسیون جمعیت های غیرثابت، آوارگان، پناهندگان و سایر جمعیت های آسیب پذیر توجه داشته باشند.
- با تقویت هماهنگی های منطقه ای و بین مرزی از قطع انتشار ویروس اطمینان حاصل کنند.

روز جهانی جذام



آخرین یکشنبه ماه ژانویه به عنوان روز جهانی جذام بود و هدف آن تمرکز صفر نمودن ناتوانی های ناشی از جذام در کودکان می باشد.

هدف گذاری بیماری جذام تا سال ۲۰۰۰ میلادی بر روی حذف این بیماری در سطح جهانی (یعنی میزان شیوع کمتر از یک مورد در ۱۰ هزار نفر جمعیت) تعیین شده بود و تمام کشورهای آندمیک نیز به این مرحله دست یافته اند و از آن زمان تاکنون جذام دیگر به عنوان یک چالش جاری بهداشتی محسوب نمی شود و سازمان جهانی بهداشت آنرا در زمره بیماریهای مغفول (Neglected diseases) طبقه بندی نموده است.

اما همچنان موارد تک گیر جذام وجود دارد بطوریکه در سال ۲۰۱۵ تعداد ۲۱۳۸۹۹ مورد جدید این بیماری در جهان شناسایی شده و کودکان همچنان ۷۱۰٪ این موارد جدید را تشکیل داده و هرچند از دهه ۸۰ میلادی درمان موثر برای جذام بصورت رایگان در دسترس قرار گرفته است حدود ۸٪ موارد بیماری نیز با معلولیت های آشکار همراه بوده اند. نکته مهم در ارتباط با معلولیت های ناشی از جذام اینست که فرآیندی نسبتا طولانی هستند و وجود شان مبین تاخیر طولانی مدت (گاهی چند ساله) در تشخیص بیماری است، و این تاخیر بخشی به دلیل پنهان کاری های ناشی از انگ اجتماعی بیماری است و بخشی دیگر به دلیل غفلت روی می دهد. سه کشوری که دارای بالاترین بار بیماری جذام هستند عبارتند از : **هندوستان، برزیل و اندونزی**؛ در این میان کشور هند به تنهایی ۶۰ درصد موارد جدید را به خود اختصاص داده است. در سال ۲۰۱۵ سازمان جهانی بهداشت با شرکت دارویی نوارتیس قراردادی را امضا نمودند که تفاهم شده بود شرکت دارویی نوارتیس داروی ترکیبی رایگان برای درمان بیماران جذامی در کشورهای بومی این بیماری فراهم نماید.

در کشور ما نیز از سال ۱۳۷۶ به مرحله حذف در سطح شهرستان های کشور دست یافته است؛ در سال گذشته (۱۳۹۴) تعداد ۱۳ مورد جدید جذام شناسایی، ثبت و تحت درمان قرار گرفته است.

معلولیت ها در جذام به دلیل وجود درمان موثر، البته به شرط تشخیص بموقع، **کاملا قابل پیشگیری** است هر چند که در صورت تشخیص دیر هنگام و بروز معلولیت نیز بیماری جذام با دریافت رژیم دارویی **کاملا درمان** می شود و فرد به رغم به دوش کشیدن معلولیت های به جا مانده از جذام دیگر انتقال دهنده بیماری محسوب نمی شود و این در حالیست که متأسفانه عموم مردم به دلیل عدم اطلاع از این موضوع، از نزدیک شدن به چنین افرادی واهمه داشته و آنها را از جامعه طرد می کنند.

بطور کلی سرایت پذیری این بیماری بسیار اندک بوده و ۹۰ تا ۹۵ درصد جامعه بشری بصورت اولیه در برابر این بیماری ایمنی داشته و هرگز به آن مبتلا نمی شوند. درمان آن کاملاً رایگان است. در راستای انگ زدایی در این بیماری ضرورت دارد سازمانهای مرتبط اعم از دولتی و غیر دولتی با کمک توده مردم نسبت به اطلاع رسانی کافی و انگ زدایی اقدام نمایند.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷، شعار زیر را به مناسبت بزرگداشت روز جهانی جذام اعلام کرده است :

” تقویت فعالیت های مبارزه با جذام با تمرکز بر پیشگیری از بروز معلولیت در کودکان “

کارگاه آموزشی بیماری سل : جهرم

کارگاه پیشگیری، بیماریابی و درمان بیماری سل در بهمن ماه در سالن شهید ایران منش جهرم به همت گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم برگزار گردید. در این جلسه که با هدف آموزش مربیان داوطلبان سلامت و پرسنل گروه مبارزه با بیماری های مراکز شهری و روستایی تشکیل شد در زمینه بیماری سل اهداف سازمان بهداشت جهانی و راهکارهای حذف بیماری و نحوه اجرای طرح پیشگیری، بیماریابی و درمان با همکاری داوطلبان سلامت، آموزش داده شد. بدینوسیله از تلاش همکاران آن معاونت در برگزاری این آموزش صمیمانه قدردانی و تشکر می گردد.

برگزاری پنجمین کارگاه بازآموزی میکروسکوپی مالاریا در سال ۱۳۹۵



کارگاه مراقبت و تشخیص آزمایشگاهی بیماری مالاریا، به منظور ارتقا سطح آگاهی پرسنل شاغل در آزمایشگاه‌های استان و مراکز بهداشت شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استانهای کشور، از ۹ تا ۱۳ بهمن ماه ۱۳۹۵ در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران برگزار شد. در این کارگاه که ۲۰ نفر از میکروسکوپیست‌ها و کاردان‌ها و کارشناسان علوم آزمایشگاهی بهداشتی شهرستان‌های کشور حضور داشتند، آموزش‌های صحیح نحوه تهیه گسترش لام خون محیطی، انتقال صحیح لام‌ها از سطوح محیطی به آزمایشگاه، چگونگی بیماریابی و مراقبت، فرایند انجام آزمایشات و فراهم نمودن مواد مصرفی مطابق دستورالعمل‌های کشوری آزمایشگاه مرجع سلامت و مرکز مدیریت بیماریهای واگیر کشور آموزش داده شد.

برگزاری دومین کارگاه تعیین صلاحیت تشخیص میکروسکوپی مالاریا در سطح ملی (National Competency Assessment (NCA)

کارگاه تعیین صلاحیت تشخیص میکروسکوپی مالاریا، به منظور ارتقا سطح آگاهی کارشناسان منتخب دانشگاه علوم پزشکی در زمینه تدریس و تشخیص میکروسکوپی مالاریا، ارزیابی، پایش و آشنایی با اهداف تضمین کیفیت تشخیص میکروسکوپی مالاریا، از ۱۴ لغایت ۱۹ اسفند ماه در دانشگاه علوم پزشکی گیلان برگزار شد. در این کارگاه که ۲۳ نفر از کارشناسان علوم آزمایشگاهی کشور حضور داشتند، آموزش‌های مربوطه در خصوص روش تدریس مطابق دستورالعمل‌های کشوری آزمایشگاه مرجع سلامت و مرکز مدیریت بیماریهای واگیر کشور آموزش داده شد. از بین شرکت کنندگان مذکور ۱۰ نفر جهت شرکت در دوره بین‌المللی روش تعیین صلاحیت تشخیص میکروسکوپی مالاریا در سطح بین‌المللی انتخاب گردیدند.



برگزاری دومین کارگاه تعیین صلاحیت تشخیص میکروسکوپی مالاریا در سطح بین‌المللی (External Competency Assessment (ECA)

کارگاه بین‌المللی تعیین صلاحیت تشخیص میکروسکوپی مالاریا، به منظور اعتبارسنجی کارشناسان منتخب دانشگاه علوم پزشکی در زمینه تدریس میکروسکوپی مالاریا و تأیید نهایی لام‌های مالاریا، از ۲۱ تا ۲۵ اسفند ماه ۱۳۹۵ در دانشگاه گیلان توسط مشاور ارشد سازمان جهانی بهداشت برگزار شد. در این کارگاه که ۱۰ نفر از کارشناسان منتخب کارگاه ملی تعیین صلاحیت تشخیص میکروسکوپی مالاریا و دو نفر از کارشناسان کشور عمان حضور داشتند، آموزش‌های مربوطه در خصوص مهارت‌های لازم جهت تشخیص میکروسکوپی مطابق دستورالعمل‌های بین‌المللی آموزش داده شد. افراد واجد شرایط موفق به اخذ درجه بین‌المللی در زمینه ارزیابی آزمایشگاه‌های میکروسکوپی مالاریا گردیدند و اعتبار این گواهی سه ساله می‌باشد.

ارتقا رتبه در اجرای نظام استاندارد سازی و تضمین کیفیت آزمایشگاهی مالاریا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم در اجرای نظام استاندارد سازی و تضمین کیفیت آزمایشگاهی مالاریا در راستای برنامه ملی حذف مالاریا ارتقا رتبه کسب نموده است. طی ارزیابی کشوری انجام شده توسط ناظر کشوری برنامه آزمایشگاهی مالاریا دانشگاه جهرم نیز در جمع دانشگاه‌های پیشرو قرار گرفت. همچنین کارشناس آزمایشگاهی معاونت بهداشتی به عنوان مدرس کشوری برای کسب سهمیه ورود به دوره بازآموزی بین‌المللی تشخیص آزمایشگاهی لام مالاریا انتخاب گردید.



Depression Let's talk

شعار سال ۲۰۱۷ سازمان جهانی بهداشت

سازمان جهانی بهداشت برای سال میلادی جدید شعاری را مطرح نموده است که در راستای حرکت پویش افسردگی می باشد. شعار **Let's talk!** در واقع کمپین سازمان جهانی بهداشت برای کاهش افسردگی است و **۳ گروه هدف** را بیشتر مد نظر دارد که شامل بالغین، زنان دوره باروری و به ویژه افسردگی های بعد از زایمان و گروه سالمندان است.



World Health Organization

افزایش موارد ابتلا آنفلوآنزای H7N9 در بیماران چینی

کمیسیون برنامه خانواده و سلامت ملی چین در گزارش ماه فوریه خود به سازمان جهانی بهداشت اعلام نمود که از ۳۰۴ نفر دیگر به لیست موارد ابتلای انسانی H7N9 اضافه شده است. از این تعداد ۲۸٪ زن هستند. طیف سنی مبتلایان از ۳ سال تا ۸۵ سال با متوسط سن ۵۸ سال بوده است.

از نظر تعداد این بیماران به ترتیب از مناطق جیانگسو (۶۷ نفر)، ژجیانگ (۵۳ نفر)، گوانگدونگ (۳۲ نفر)، آنهویی (۳۱ نفر)، ژیانگشی (۲۷ نفر)، هونان (۲۶ نفر)، فوجیان (۲۰ نفر)، هوای (۲۰ نفر)، سیچوان (۶ نفر)، گوئیوو (۴ نفر)، هنان (۴ نفر)، شاندونگ (۴ نفر)، شانگهای (۳ نفر)، لیائونینگ (۲ نفر)، یونان (۲ نفر)، پکن (یک نفر)، هی بای (۱ نفر) و گوانگشی (۱ نفر) بودند.



دو خوشه ی کوچک از مبتلایان نیز گزارش شده است که **احتمال انتقال فرد به فرد** را مطرح می نماید.

از ابتدای شناسایی موارد انسانی H7N9 از سال ۲۰۱۳ میلادی تا زمان انتشار این گزارش ۱۲۲۲ مورد ابتلای انسانی این ویروس شناسایی و ثبت شده است. ویروس H7N9 از جمله ویروس های آنفلوآنزای تحت حاد است که پرندگان آلوده علائم ناچیز داشته یا بدون علامت هستند و انسان ها برای خودداری از تماس با پرند ی بیمار بدلیل بی علامت بودن پرندگان دچار مشکل می شوند و شناسایی پرند سالم از بیمار دشوار است. لذا نظام مراقبت مشترک بین سیستم بهداشت انسانی و طیور در کشور چین در چند سال گذشته با همکاری نزدیک نهاد های مسئول امنیت کشور و محیط زیست تلاش نموده اند تا از گسترش جهانی و منطقه ای این بیماری جلوگیری نمایند.

در پاییز و زمستان امسال تعداد بیماران شناسایی شده به اندازه یک سوم کل موارد شناسایی شده در این چند سال رسیده است.

موفقیت رژیم درمانی Nix-TB در درمان XDR-TB



سل مقاوم به درمان از نوع XDR-TB که به داروی خط اول و دوم ضد سل مقاوم است حدود ۷۵٪ مرگ و میر دارد. سل XDR قدرت انتخاب پزشکان را محدود کرده است. رویکرد Kitchen-sink به معنای آن است که پزشک برای درمان XDR-TB از تعداد زیادی دارو تا آنجا که مریض قدرت تحمل دارد استفاده کند به این امید که باکتری هایی که تعداد آنها دارد روزه روز بیشتر می شود را بتواند پاک کند. در حال حاضر طول درمان XDR-TB با داروهای نسبتاً Toxic دو سال یا بیشتر می باشد. این درمان مشکلات بسیار دارد و به همین منظور محققین آفریقای جنوبی در سال ۲۰۱۵ یک تحقیق را با دو داروی

جدید ضدسل همراه با یک دارو که از قبل استفاده می شد شروع کردند البته قبل از آن هیچ Gold standard درمانی وجود نداشت که بتوان درمان جدید را با آن مقایسه نمود. در رژیم Nix-TB ۵۱ بیمار تحت درمان قرار گرفتند که ۳۳ نفر درمان کامل شدند و هیچ شواهدی از وجود سل در خلط آنها بعد از ۴ ماه وجود نداشت. درمان تا ۶ ماه ادامه یافت و بعد از آن ۲۰ نفر از افراد درمان شده به مدت ۶ ماه دیگر پیگیری بالینی شدند که هیچکدام علائمی از بیماری را نشان ندادند. رژیم Nix-TB شامل داروی bedaquiline, Pretomanid, linezolid است که هر ۳ بصورت قرص هستند که این خود یک مزیت مهم برای این رژیم دارویی می باشد. شایعترین عوارض این رژیم درمانی نوروپاتی محیطی است (شامل سوزن سوزن شدن دست و پا و ...)، کرختی، بی حسی و ضعف است که همگی بخاطر مصرف لینزولاید است.

پاسخ به تب زرد در برزیل و آمریکای جنوبی

از ابتدای ماه دسامبر ۲۰۱۶ تا نیمه ماه فوریه ۲۰۱۷ میلادی حدود ۱۲۳۰ مورد مشکوک تب زرد (بر اساس تعاریف) در ۶ ایالت برزیل شناسایی و ثبت شدند. در بین موارد قطعی شده میزان کشندگی ویروس تب زرد ۳۴٪ برآورد شده است و ۱۹۷ مورد مرگ در این بازه ی زمانی در این بیماران رخ داده است. این میزان مرگ و میر بالا از نظر امنیت سلامت و اقتصادی برزیل اهمیت بالایی داشته و برای نظام سلامت آن کشور که



در یکسال گذشته به شدت گرفتار معضلات بهداشتی مانند همه گیری بزرگ زیکاویروس، و تب دنگی و چیکنگونیا بوده است، چالشی نفس گیر محسوب می شود. این اولین بار نیست که برزیل طغیان تب زرد را تجربه می کند اما آنچه این طغیان را از موارد پیشین ممتاز می کند آن است که تعداد موارد در طی ماه بسیار بالا رفته و در چند ده سال گذشته این موضوع بی سابقه است و نکته دوم آنکه از مناطقی گزارش شده است که بعضا هیچ سابقه ی قبلی ا ب تلا انسانی در آن مناطق در گذشته وجود نداشته است. از طرفی خطر گسترش بیماری به سایر کشورها از طریق مسافر و تجارت وجود دارد به ویژه کشورهای منطقه آمریکای جنوبی که پشه آئدس ناقل بیماری در آنها وجود دارد (مخصوصا کشورهای همسایه برزیل). برخی کشورهای همسایه برزیل از نظر میزان پوشش واکسن تب زرد در سطح پایین و ضعیف تری قرار دارند. بر اساس آخرین گزارش دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت در آمریکا (PAHO) تعداد موارد تب زرد در برزیل، کلمبیا، پرو و بولیوی رو به کاهش گذاشته است.

اقداماتی که در برزیل در برابر این طغیان بیماری ویروسی منتقله از حشرات انجام گرفته است را می توان در ۵ قسمت خلاصه نمود:

1. مشاوره های فنی از وزارت بهداشت به مسئولین بهداشت مناطق درگیر از نظر مراقبت حشره شناسی، همه گیرشناسی مخازن حیوانی، تقویت نظام خدمت رسانی بهداشتی و پاسخ به رخداد، ارتقا ارتباطات و اطلاع رسانی
2. برنامه های کنترل ناقل (بهداشت و بهسازی های محیط و در صورت نیاز استفاده از مواد حشره کش، اجرای مطالعات همزمان جهت اندازه گیری میزان گزش آئدس با استفاده از شاخص LIRAa)
3. مراکز مرجع ملی: انستیتو شاگاس در بلم و انستیتو فیوکروتز در ریو د ژانیرو از عملیات محیطی انسانی و حشره شناختی حمایت و پشتیبانی می کردند.
4. برقراری کمپین های ایمن سازی و لکه گیری خانه به خانه در مناطق پرخطر
5. حدود ۱۲ میلیون دوز واکسن تب زرد در مناطق پرخطر توسط وزارت بهداشت ارسال و توزیع گردید که ۵۰نیم میلیون دوز آن در منطقه Minas Gerais توزیع شد.

طغیان زودهنگام تب دنگی در مجمع الجزایر Capo verde در آفریقا

گزارش موارد ابتلای به بیماری ویروسی تب دنگی در مجمع الجزایر **Capo verde** در غرب آفریقا باعث نگرانی مسئولین امنیتی و بهداشتی آن کشور شده است. بر اساس گزارش وزارت امنیت اجتماعی و سلامت آن کشور در ماه ژانویه تعداد موارد مشکوک به بیش از ۲۰۰ نفر رسیده است. افزایش بیماری در فصلی که هنوز دما و رطوبت به حد مناسب تکثیر پشه های ناقل نرسیده است، خود موجب نگرانی بیشتری گردیده و احتمال تداوم این طغیان مطرح می باشد. اولین و آخرین طغیان تب دنگی در این مجمع الجزایر پیش از این در سال ۲۰۰۹ رخ داد که در جریان آن ۲۱۰۰۰ نفر مبتلا گزارش شدند و بیماری در ۴ جزیره از ۱۰ جزیره این کشور گسترده شد. سوش ویروس دنگی در این طغیان مجددا DENV-3 می باشد. مدت زمانی از طغیان بیماری ویروسی زیکا (و بروز ۱۵ مورد میکروسفالی در نوزادان) در این مجمع الجزایر نگذشته است که طغیان تب دنگی در تیترا اخبار آن کشور قرار گرفته است.

دوره کمون بیماری Zika چقدر است؟

بیماری زیکا که از اردیبهشت ۱۳۹۴ در برزیل شناسایی شد به سرعت در آمریکا جنوبی و لاتین گسترش یافت و تا تیرماه ۱۳۹۵ بیش از ۴۶۰ هزار مورد مشکوک و قطعی از این بیماری در انسان شناسایی و ثبت شد. در مطالعه ای که با هدایت مرکز مدیریت بیماری های ایالات متحده آمریکا بر روی مسافران بازگشته از مناطق آلوده انجام پذیرفته است سعی شده تا دوره کمون این بیماری ویروسی منتقله از حشرات را تخمین بزنند تا معلوم شود که آیا بیماری مسافران ناشی از برخورد با ویروس در طی سفر و از طریق نیش پشه آئدس بوده است یا از راه دیگری مانند راه جنسی و یا اینکه پس از بازگشت در وطن کسب شده است. در این مطالعه نمونه خون از ۱۹۷ مسافر علامتدار گرفته شد و بیمارانی که احتمال انتقال از راه جنسی و انتقال از مادر به جنین در آنها مطرح بود را از مطالعه بیرون گذاشتند. در پایان تخمین زده شده است که دوره کمون ۳ تا ۱۴ روز می باشد و نتیجه گرفته اند که بیمارانی که علائم آنها پس از ۱۴ روز بعد از بازگشت از مسافرت شروع شده باشد، انتقال بیماری نمی تواند ناشی از آلودگی در حین سفر باشد. بر اساس این مطالعه ۹۹ درصد افراد دوره کمون زیر ۲ هفته دارند و نیمی از آنها دوره کمون کوتاه تر از یک هفته داشته اند.

بیماریایی پایین هپاتیت C در آمریکا

علی رغم توصیه اکید مرکز کنترل بیماری های ایالات متحده آمریکا مبنی بر بررسی آزمایشگاهی و بیماریایی تمامی متولدین دوره بعد از جنگ جهانی دوم که اکنون سنی در حدود ۵۰ تا ۷۰ ساله دارند (متولدین ۱۹۴۶ تا ۱۹۶۴ میلادی) آمار نشان می دهد که در دو سال گذشته همچنان میزان بیماریایی هپاتیت C و بررسی آزمایشگاه در میان این گروه بسیار کم بوده است و تنها از ۱۲,۳٪ به ۱۳,۸٪ افزایش داشته است. گمان می رود که جمعیتی حدود ۳ و نیم میلیون نفر در آمریکا که متولد این دوره زمانی هستند مبتلا به هپاتیت مزمن C هستند و شناسایی به موقع این افراد می تواند از پیشرفت آنان به سمت سیروز، سرطان کبد جلوگیری نماید که کاهش هزینه های درمانی را به دنبال خواهد داشت. با بررسی پرسشنامه ۲۴۰۰۰ متولد این بازه زمانی تخمین زده اند که از جمعیت ۷۶ میلیونی این افراد ۵۰ تا ۷۰ ساله تنها ۱۰ و نیم میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ تحت بررسی آزمایشگاهی قرار گرفته اند. کسانی که تحت پوشش بیمه نیروی نظامی یا Medicaid یا Medicare بوده اند نسبت به کسانی که بیمه نبوده اند بیشتر تحت پوشش آزمایش قرار گرفته اند.

ویروس Zika در میمون های آفریقایی



بر اساس مطالعه ای که در آفریقا به شیوع ویروس زیکا در میمون های آفریقایی پرداخته است مشخص گردیده که تا ۱۶٪ از میمون های سبز آفریقایی و بابون ها به این ویروس آلوده هستند. اولین بار ویروس زیکا در اوگاندا در سال ۱۹۴۷ از میمون رزوس (*Rhesus macaques*) جداسازی شد و مورد شناسایی قرار گرفت. برای این مطالعه دانشمندان از بیش از ۲۰۰ میمون از باغ وحش های زیمباوه، تانزانیا و گامبیا و همچنین حیات وحش نمونه گیری انجام دادند.

از آنجا که هیچکدام از میمون ها و بابون های بررسی شده دارای علائم بیماری نبودند، محققان نتیجه گرفته اند که حیواناتی که نمونه خون شان مثبت شده است احتمالاً پیش از این به بیماری مبتلا شده باشند. از آنجا که موارد مثبت در مناطقی از آفریقا شناسایی شده است که پیش از این هیچ مورد انسانی یا حیوانی در دهه های قبلی نداشته است نشان می دهد که مخزن پایدار یا ناشناخته بیماری در منطقه وجود داشته است.

تعداد بیماران کوروناویروس MERS در عربستان سعودی در مقایسه با سال قبل افزایش دارد

بر اساس گزارشات وزارت بهداشت عربستان سعودی تعداد بیماران مبتلا به بیماری تنفسی ناشی از کوروناویروس MERS در دو ماهه ابتدای سال ۲۰۱۷ میلادی (ژانویه و فوریه) در مقایسه با زمان مشابه در سال قبل افزایش نشان می دهد. در ماه ژانویه و فوریه ۲۰۱۷ میلادی ۱۸ مورد ابتلا اولیه در عربستان سعودی شناسایی و گزارش گردیده است و در اثر انتقال فرد به فرد نیز ۱۲ مورد ثانویه نیز گزارش شده که مجموع ۳۰ مورد ابتلا انسانی در دوماهه ابتدایی سال ۲۰۱۷ را تشکیل می دهد. ۹ مورد فوت نیز در این بازه زمانی ۲ ماهه گزارش شده است. در بازه زمانی مشابه در سال ۲۰۱۶ میلادی ۱۳ مورد اولیه بیماری گزار شده بود. اما در سال ۲۰۱۷ طغیان بیمارستانی گزارش نشده است. از سال ۲۰۱۲ تا کنون ۱۵۶۱ مورد تایید شده بیماری ویروسی MERS-CoV با ۶۳۳ مورد فوت (کشدگی: ۴۰٪) از عربستان سعودی گزارش شده است.

H5N6 در یونان برای اولین بار خارج از آسیا

ویروس آنفلوآنزای پرندگان H5N6 که پیش از تنها از چند کشور آسیایی گزارش شده بود و در کشور چین منجر به ابتلای ۱۷ نفر و فوت ۱۰ تن از ایشان گردیده بود، برای اولین بار در خارج از آسیا گزارش گردیده است. این ویروس که نشان داده است توانایی ابتلای انسان را نیز تا حدی (هرچند ناچیز) دارد در ماه فوریه در یونان باعث طغیان در بین طیور گردید که در آن زمان به اشتباه H5N8 گزارش شد اما بررسی آزمایشگاهی نشان داد که H5N6 بوده است و این اولین بار است که این ویروس در اروپا شناسایی می شود. ویروس H5N6 پیش از این از چین، لائوس، ویتنام، و اخیرا کره جنوبی، ژاپن، میانمار و تایوان گزارش شده بود.

گزارش آنفلوآنزای پرندگان H5N1 در مالزی پس از ۱۰ سال



کشور مالزی پس از آخرین گزارش آنفلوآنزای پرندگان H5N1 در سال ۲۰۰۷ میلادی مجدداً امسال شاهد طغیان موارد ابتلا پرندگان به این ویروس بوده و به لیست بلند کشورهای گرفتار آنفلوآنزای پرندگان در سال جاری اضافه گردید. در یکی از روستا های مالزی به دنبال ابتلا و تلف شده نیمی از مرغ های یک روستا بلافاصله سایر مرغ های باقی مانده معدوم سازی شدند و نظام مراقبت و ممنوعیت جابجایی پرندگان و مواد بالقوه آلوده بصورت تشدید شده و جدی برقرار گردید. علی رغم ارزیابی سریع طغیان هنوز نتوانسته اند منبع اصلی طغیان را شناسایی نمایند. پیش از مالزی کشورهای دیگری از منطقه جنوب شرقی آسیا مانند کامبوج و ویتنام، طغیان آنفلوآنزای فوق حاد H5N1 را گزارش نموده بودند.

آنفلوآنزای فصلی انسانی در آمریکا

در آمریکا نیز نوع غالب ویروس آنفلوآنزای انسانی در فصل سرمای جاری نوع H3N2 بوده است که تا کنون منجر به فوت ۴۰ کودک گردیده است. بیشترین گروه سنی که در معرض عوارض شدید آنفلوآنزای فصلی می باشند سالمندان هستند و میزان بستری این گروه سنی ۱۸۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می باشد. در گروه سنی ۵۰ تا ۶۵ سال نیز میزان بستری ناشی از آنفلوآنزا ۳۸ در ۱۰۰ هزار نفر بوده است که کمی از آمار زمان مشابه در ۴ سال قبل بیشتر شده است (۳۵ نفر در ازاء هر ۱۰۰ هزار نفر). در فصل آنفلوآنزای ۴ سال قبل نیز نوع H3N2 غالب بود و در چنین سالهایی انتظار می رود که میزان بستری ها کمی افزایش یابد.

تداوم طغیان آنفلوآنزای پرندگان H5N8 در اتریش، لهستان، رومانی و اسلواکی

شناسایی مرغابی های آلوده در غرب لهستان، مثبت شدن آزمایش یک قوی بیمار در باغ وحشی در اتریش و دو طغیان مجزا در اسلواکی (یکی در پرندگان حیات وحش و یکی در مرغ های خانگی)، نشان می دهد این ویروس همچنان در جمعیت های مختلف پرندگان اروپایی در گردش است و طغیان پایان نگرفته است. از سویی دیگر در رومانی نیز ۴ طغیان گزارش گردیده است که ۳ مورد آن در حیات وحش و یک مورد در مرغ خانگی (در بخارست، پایتخت رومانی و دو استان دیگر). این طغیان ها باعث مرگ ۱۴۱ قطعه از ۱۵۵ پرنده در معرض خطر گردیده است.



بازگشت H5N2 به آمریکا: High alert!

در اوایل سال میلادی جدید یک اردک mallard در حیات وحش تلف می شود و بررسی آزمایشگاهی تایید می نماید که علت مرگ ویروس آنفلوآنزای فوق حاد پرندگان H5N2 بوده است، و این موضوع برای مرغداران و دست اندرکاران پرورش طیور خبر بسیار نگران کننده ای بود. آخرین باری که در آمریکا طغیان بیماری آنفلوآنزای H5N2 در طیور رخ داد سال ۲۰۱۵ میلادی بود و منجر به از بین رفتن ۴۳ میلیون قطعه در ۱۵ ایالت گردید که خسارتی حدود ۳ میلیارد و سیصد میلیون دلار برجا گذاشت. از نظر مسوولین بهداشت گیاه و دام آمریکا،

میزان آمادگی در برابر این ویروس های کشنده و واگیر در مقایسه با سال ۲۰۱۵ میلادی بیشتر شده است. پس از طغیان سنگین ۲۰۱۵ در جمعیت طیور آمریکا، برنامه مراقبت آنفلوآنزای پرندگان در حیات وحش را تشدید نموده اند و حدود ۷۵۰۰۰ پرندۀ را در این برنامه مراقبتی تحت مطالعه و نمونه گیری قرار داده اند. پس از اعلام مثبت شدن نمونه مرغابی mallard در مونتانا بر همگان مشخص شد که امسال به هیچ وجه سال خوبی برای سهل انگاری و نادیده گرفتن موازین **«امنیت زیستی»** در مرغداری ها نیست چراکه این ویروس فوق حاد بسیار خسارت بار خواهد شد. امسال موازین امنیت زیستی را در آمریکا تقویت نموده اند و در روش ورود به مرغداری ها تجدید نظر نموده اند و از **روش**

دانمارکی (Danish Entry) استفاده می کنند که **بسیار کم هزینه و یا به نوعی بی هزینه** است، بدین شکل که هر کس که بخواهد وارد واحد پرورش طیور شود در هنگام ورود بر روی یک صندلی می نشیند و کفش و لباس خود را که الوده به عوامل بیماریزای بیرونی می باشد را تعویض نموده و واحد پرورشی را از ورود عوامل خارجی حفاظت می نمایند. درس آموخته طغیان خسارت بار ۲۰۱۵ میلادی در آمریکا برای مسوولین آن کشور این بوده است که **وقتی با طغیان آنفلوآنزای پرندگان روبرو می شوند مهمترین نکته داشتن سرعت عمل بسیار**

بالا (معدوم سازی در عرض ۲۴ ساعت) و خودداری از تاخیر در اجرای عملیات کامل و بی نقص است چراکه هرگونه تاخیر یا نقص در مرزبندی های امنیتی مراقبتی تمام نتایج مورد انتظار را تحت تاثیر قرار داده و اقدامات کنترلی را بی نتیجه می کند و دیگر اینکه آگاهی داشتن صاحبان و کارگران واحدهای پرورش طیور و تشخیص و گزارش زودتر بروز طغیان می تواند در کسب نتیجه ی اقتصادی تر کمک کند.

محققانی که بر روی طغیان سال ۲۰۱۵ مطالعه کرده اند به این نتیجه رسیده اند که برخلاف باور بسیاری، این **پرندگان مهاجر در حیات وحش نبوده اند** که در سال گذشته باعث گسترش بیماری آنفلوآنزای H5N2 در ایالات مختلف شده اند چرا که محیط این واحدهای پرورشی برای زندگی آنها جای مطلوبی نبوده و ردپایی از حضور آنان در بررسی یکساله ایشان کشف نشده است، و هرچند ورود اولیه با این پرندگان حیات وحش می باشد و عامل آغاز همه گیری ها هستند اما در واقع **آنچه به گسترش طغیان دامن زده است رفتار غیربهداشتی انسان بوده و**

عدم رعایت نکات امنیت زیستی در واحدهای پرورشی طیور نقش اصلی در بزرگی این طغیان داشته است.

بعد از بروز طغیان بیماری در طیور در منطقه Tennessee آمریکا مشخص گردید که عامل آن ویروس آنفلوآنزا از نوع H7N9 می باشد.

اولین طغیان H7N9 با منشأ آمریکایی

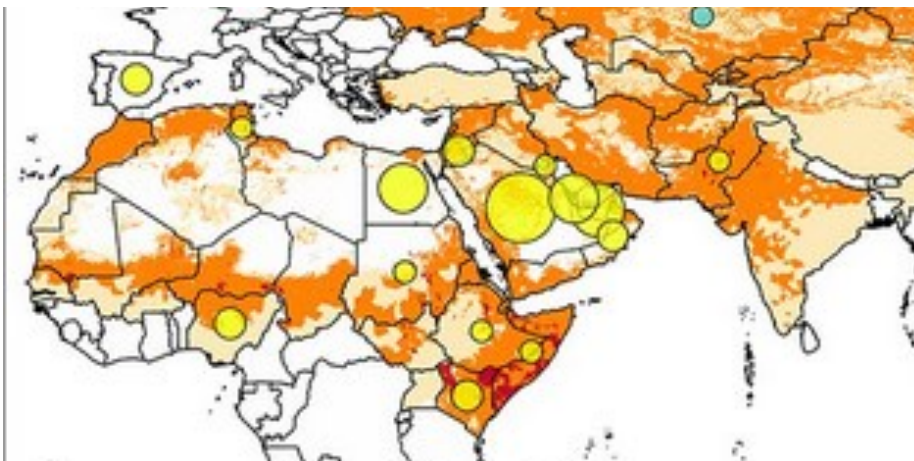
بررسی دقیق نشان داد که **این ویروس با ویروس آنفلوآنزای تحت حاد که در چهار سال اخیر در چین گزارش می شد تفاوت دارد** و منشأ آن از پرندگان حیات وحش آمریکا می باشد. این طغیان در یک مرغداری صنعتی رخ داده و منجر به تلف شدن ۷۰۰ مرغ از ۷۲ هزار مرغ موجود شده است (۱٪) و مابقی پرندگان این مرغداری نیز بلافاصله معدوم سازی شدند. آخرین باری که در آمریکا آنفلوآنزای پرندگان از نوع H7 گزارش شد سال ۲۰۱۶ بود که در ایالت ایندیانا طغیان آنفلوآنزای پرندگان H7N8 رخ داده بود و از آن جهت اهمیت داشت که برای اولین بار بود که این نوع در آمریکا مشاهده می شد. علی رغم آنکه اغلب انواع H7N8 تحت حاد بودند در یکی از طغیان های سال گذشته آمریکا نوع H7N8 فوق حاد شده بود! که این احتمال را مطرح می نماید که در مرور زمان و طولانی شدن طغیان ها ممکن است انواع تحت حاد به فوق حاد و بیماریزایی بالا تبدیل شوند. پیش از این طغیان های دیگری از انواع H7 در آمریکا و کانادا گزارش شده بود و تا کنون چند مورد انسانی آنفلوآنزای پرندگان تحت حاد نوع H7 نیز در آنجا گزارش شده است (H7N2 در ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ میلادی در ویرجینیا و نیویورک، H7N3 در کانادا ۲۰۰۴، و مجدداً H7N2 تحت حاد در نیویورک در سال ۲۰۱۶ میلادی).

آخرین وضعیت کوروناویروس MERS در جهان

بر اساس آخرین آمار منتشر شده سازمان FAO از سال ۲۰۱۲ تا کنون ۱۹۱۸ مورد انسانی که ۷۲۹ مورد فوت به دنبال داشته، شناسایی و ثبت گردیده است.

کشورهایی که تا کنون مورد انسانی بیماری کوروناویروسی MERS را گزارش نموده اند عبارتند از: اردن، **عربستان سعودی** (بیشترین تعداد در خاور میانه را دارد و مرکز همه گیری شناخته می شود)، **قطر، امارات متحده عربی، عمان،** کویت، انگلستان، فرانسه، آلمان، ایتالیا، تونس، مالزی، فیلیپین، ایالات متحده آمریکا، مصر، لبنان، هلند، جمهوری اسلامی ایران، الجزیره، ترکیه، اتریش، یونان، جمهوری کره جنوبی (بیشترین موارد انسانی در خارج از خاور میانه را دارد که ناشی از طغیان های بیمارستانی سال ۲۰۱۵ میلادی است)، چین، تایلند و بحرین.

این بیماری ناشی از ویروس کوروناویروس MERS می باشد که در گروه ویروس های zoonotic (قابل انتقال بین انسان و حیوان) قرار گرفته



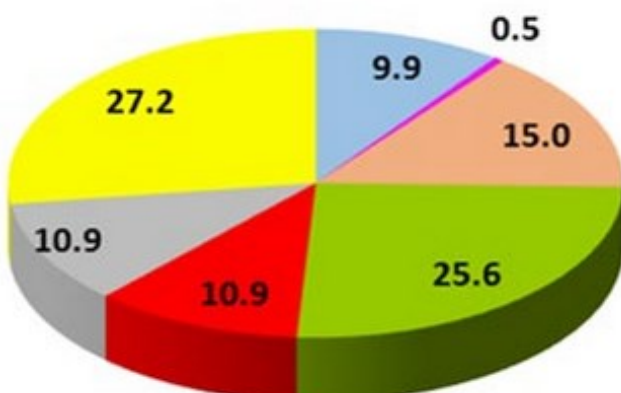
است و توانایی ایجاد پاندمی برای آن متصور می باشد. کشورهایی که شواهد آزمایشگاهی آلودگی

شتر را تا کنون گزارش نموده اند عبارتند از: عربستان سعودی، اتیوپی، مصر، اردن، کنیا، کویت، نیجریه، عمان، جزایر قناری، قطر، تونس، امارات متحده عربی. **پاکستان** نیز اخیراً مطالعه ای را منتشر نموده است که نشان می دهد در بررسی شترهای ایالت پنجاب خود در سالهای ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۵ میلادی میزان آلودگی بالایی را شناسایی نموده است.

بطور متوسط حدود ۴۰٪ از **شترهای ایالت پنجاب پاکستان** شواهد آزمایشگاهی آلودگی به این ویروس را دارند و در برخی از شهرهای مورد مطالعه میزان آلودگی حتی بسیار بالاتر بوده و به حدود ۸۰٪ جمعیت شترها نیز می رسد.

پاکستان بزرگترین مرکز پرورش و صادرات شتر و محصولات دامی شتر در آسیا است و آلودگی در این مقیاس بالا می تواند تهدید جدی برای امنیت سلامت منطقه باشد. هرچند ورود مجاز شتر از پاکستان به جمهوری اسلامی ایران وجود ندارد و مسئولین بهداشتی کشور نیز با ورود شتر از پاکستان و مرزهای شرقی مخالفت خود را اعلام نموده اند اما گاهی ورود قاچاق شتر رخ می دهد که با هوشیاری مسئولین انتظامی و دامپزشکی کشور شناسایی و از نظر ویروسی مورد بررسی قرار گرفته اند که تا کنون چندین مورد آلودگی به ویروس MERS در آنها به اثبات رسیده است (پیش از انتشار مطالعه ی اخیر پاکستان مسئولین سازمان دامپزشکی بطور رسمی آلودگی شترهای ضبط شده قاچاق را به سازمان جهانی بهداشت حیوانات اعلام نموده بودند).

شکل مقابل نشان می دهد که اظهارات بیماران مبنی بر راه احتمالی کسب ویروس چگونه بوده است:



رنگ ■ نشان دهنده سابقه تماس با شتر می باشد، رنگ ■ سابقه تماس با فرد بیمار در محیط خانواده را نشان می دهد و رنگ ■ نیز نشانگر حضور در بیمارستان قبل از اکتساب بیماری است، رنگ ■ نشان دهنده درصدی از بیماران است که از پرسنل بیمارستان بوده و شاغل در مراکز درمانی بوده اند، در رنگ ■ هیچگونه سابقه تماس با منشأ شناخته شده را ذکر ننموده اند و رنگ ■ نیز نشانگر بیمارانی است که برای آنها داده ی معنی داری در این رابطه ثبت نشده است.

کوشه ای از تلاش های همکاران بهداشت جهت بهبود معیشت و ارتقا سلامت جامعه (در راستای دستیابی به اقتصاد مقاومتی)



همکاری مشترک با تیم دامپزشکی و آموزش عمومی گسترده در طغیان آنفلوآنزای پرندگان H5N8: استان چهارمحال و بختیاری

ترویج استفاده وسایل حفاظت فردی در زمان زایمان دام، بر اساس مدل آموزشی SHEP: روستای اردو در شهرستان الیگودرز، استان لرستان



آموزش بی وقفه دانش آموزان در مورد بیماری تب مالت بر اساس مدل آموزشی SHEP- شهرستان دورود- استان لرستان



روستای کالگه آخرین روستای کرمانشاه از توابع بخش سرفیروزآباد است که در مثلث بین استانهای ایلام و لرستان و کرمانشاه قرار دارد. به علت بعد مسافتی (حدوداً ۸۰ کیلومتر) و صعب العبور بودن هیچ جاده یا پلی ندارد و زمستانها که سطح آبها بالا می آیند به ندرت و فقط از طریق تیوب تردد دارند. آقای جباری همکار بهداشتی بودند که جهت رساندن واکسن هاری با تیوب و قبول خطرات خود را به روستا رسانده و خدمت بهداشتی خود را به انجام رساندند. بلافاصله ایشان از طرف مرکز مدیریت بیماری های واگیر از سطح ملی، و معاونت بهداشت از سطح استان مورد تقدیر قرار گرفتند. بدینوسیله از ایشان و تمامی همکاران محترمی که با غیرت و تلاش سلامت آحاد مردم را نهایت آمال خویش قرار داده اند تشکر و قدردانی می شود.

