



اخبار مراقبت



فروردین

۱۳۹۷ - سال نوزدهم - شماره ۱۳۵

جایگاه مقاومت آنتی بیوتیکی (AMR) در پوشش همگانی سلامت (UHC)

امسال سازمان جهانی بهداشت یکی از حساس ترین برنامه های خود را به عنوان **شعار سال** انتخاب نموده است و با این حرکت خود این پیام را به همگان می رساند که سعی دارد در **ممکن کردن یکی دیگر از ناممکن ها** (به تعبیر WHO) بعد از فتح کره ماه، کشف آتش و ... گام بزرگی بردارد. اگر UHC را به این معنی در نظر بگیریم که همه افراد به خدمات پیشگیرانه، درمانی، بازتوانی، تسکینی و ترویجی آموزشی مورد نیازشان، با کیفیت و اثربخشی کافی به نحوی که مقرون به صرفه بوده و حداقل پرداخت از جیب را در این موارد داشته باشد، دسترسی داشته باشند، آنگاه مقاومت آنتی بیوتیکی به عنوان جدی ترین تهدید سلامت جامعه در چنددهه آینده می تواند به عنوان یک مانع جدی در دستیابی به اهداف عالی UHV قرار گیرد. سازمان جهانی بهداشت در اسناد خود تاکید دارد که **دستیابی به UHC بدون توجه به مقاومت میکروبی عملا امکان پذیر نمی باشد**. در نشستی که اخیرا چندین کشور در آن حضور داشتند و اقدامات خود را در رابطه با دستیابی به اهداف SDG بیان می نمودند بسیاری از آنها موضوع مقاومت میکروبی را مانع اساسی در برابر اقدامات خود برای دستیابی به اهداف SDG ذکر نمودند. تقریبا مقاومت به آنتی بیوتیک ها در تمام رده های عوامل بیماری زا گزارش شده است اما طبق آخرین داده ها و اسناد علمی موجود باکتری "مایکوباکتریوم توبرکولوزیس" مقاوم به درمان در قلب این نگرانی ها قرار دارد و به عبارتی بیماری سل مقاوم به درمان را مهمترین چالش در موضوع AMR در نظر می گیرند. برای روشن شدن ابعاد این تهدید کافی است به این گزارش مهم سازمان جهانی بهداشت توجه شود که "تا سال ۲۰۵۰ میلادی حدود ۱ میلیون و ۲۰۰ هزار فوت ناشی از تصادفات، ۱ میلیون و ۴۰۰ هزار مرگ ناشی از اسهال عفونی، ۱ میلیون و ۵۰۰ هزار مرگ ناشی از دیابت، ۸ میلیون و ۲۰۰ هزار مرگ ناشی از سرطان رخ خواهد داد اما مرگ ناشی از مقاومت میکروبی از مجموع فوت ناشی از سرطان و دیابت نیز بیشتر خواهد بود و حدود ۱۰ میلیون نفر جان خود را بدلیل یک عفونت مقاوم به درمان از دست خواهند داد. در این میان یک چهارم موارد به تنهایی به بیماری سل تعلق دارد".

بی توجهی به روند بدون توقف و رو به رشد مقاومت میکروبی به عنوان جدی ترین تهدید نظام سلامت در جهان می تواند بنای ارزشمند سلامت و دست آوردهای قرن گذشته در پزشکی مدرن را با چالش جدی و غیر قابل جبرانی مواجه نماید.



در این شماره می خوانید:

- ۲ گزارش سفر معاون محترم بهداشت
- ۳ کار گروه سلامت و امنیت غذایی (کرمانشاه - مناطق زلزله زده)
- ۴ گزارشی از خدمات همکاران در نوروز
- ۵ همکاری در حوزه سلامت با کار گروه وزارت بهداشت عراق
- ۵-۶ اخبار اقدامات دانشگاهی
- ۸ تاییدیه WHO برای اولین واکسن کوئزوگه حصه
- ۹ نوع جدید آنفلوانزای فصلی H1N2
- ۱۴ پایان سل تا سال ۲۰۳۰



گزارشی از سفر معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به ژنو

در روزهای پایانی سال معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و تیم همراه (۲۸ اسفند ماه ۱۳۹۶ لغایت ۳ فروردین ۱۳۹۷) طی سفر کاری ۵ روزه به ژنو جهت شرکت در اجلاس سازمان جهانی بهداشت ملاقات‌هایی نیز با صاحب نظران موضوعات مختلف داشتند که می‌توان آن را در ۸ بند خلاصه نمود:

- (۱) شرکت در اجلاس جهانی جامعه اطلاعات
- (۲) شرکت در اجلاس کمیته سیاست‌گذاری و هماهنگی برنامه بهداشت باروری سازمان جهانی بهداشت
- (۳) نشست با سرکار خانم دکتر Sophie Genay-Diliautas مدیر دپارتمان مدیریت و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، ناتوانی‌ها، خشونت‌ها و تصادفات سازمان جهانی بهداشت
- (۴) ملاقات با جناب آقای دکتر محسن نذیری اصل نماینده جمهوری اسلامی ایران در دفتر سازمان ملل در ژنو و تشریح برنامه تحول نظام سلامت و مزایای آن برای مردم
- (۵) نشست با جناب آقای دکتر Cherian Varghese در خصوص مدیریت سرطان‌ها
- (۶) نشست با دکتر Francesco Branca مدیر واحد تغذیه برای سلامت و توسعه
- (۷) نشست با سرکار خانم دکتر میشل بوکو معاون مدیر کل روابط خارجی WHO و نشست با دپارتمان‌های CPI (Country Health Emergency preparedness & IHR) و بحث و تبادل نظر در خصوص مقررات بهداشتی بین‌المللی IHR2005 و مدیریت خطرات عفونی (Infectious Hazard Management) و آموزش و اطلاع‌رسانی خطرات بهداشتی در روز اول فروردین
- (۸) نشست با دکتر Herman Montenegro هماهنگ کننده اداره ارائه خدمات درمانی و ایمنی بیمار در اداره نظام‌های سلامت و برنامه‌های ابتکاری

خانم میشل بوکو ضمن خوشامدگویی از اینکه وزارت بهداشت کشور به مبحث IHR بعنوان یک ابزار امنیت سلامت جهانی توجه نشان داده و چنین نشستی را درخواست نموده اند ابراز خرسندی نمودند.

سپس نسخه‌ای از ترجمه فارسی IHR2005 (ویرایش سوم) که اخیراً توسط مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر ترجمه شده به کتابخانه WHO هدیه شد. به تغییرات جدید IHR و وظایف کشورها اشاره شد (در سطح کشورها مسئول اجرای IHR و در سطح منطقه‌ای IHR contact points و در سطح جهانی دبیرخانه IHR را داریم)، و به توصیه معاون محترم بهداشت کشور نظام مراقبت سندرمیک کشور SSS بعنوان سیستم Early Warning بیماری‌های واگیر کشور به تیم سازمان جهانی بهداشت ارائه گردید. همچنین رسانه‌های آموزشی تولید شده براساس نظام مراقبت سندرمیک و ترجمه JEE Tool به ایشان ارائه شد.

اداره Infectious Hazard Management بخشی از برنامه مقابله با فوریت‌های بهداشتی است و در واقع دپارتمان فنی است که به بیماری‌های مستعد اپیدمی و همچنین بیماری‌های مشمول گزارش‌دهی طبق IHR اعم از بیماری‌های شناخته شده notifiable (مثل مننژیت، وبا، تب زرد و غیره) و بیماری‌های نوپدید و بازپدید (مثل ابولا، مرس، آبله و ...، آنفلوآنزای پاندمیک، بیماری‌های زئونوز خطرناک اما نادر، بیماری‌های آربوویروسی مثل زیکا، چیکونگونیا، دانگ و ...) می‌پردازد. (TB، مالاریا و HIV/AIDS در حیطه برنامه‌های اداره IHM نیست).

در پایان خانم دکتر Gaya Gamhewage به موضوع اطلاع‌رسانی خطرات بهداشتی Risk communication پرداختند. این چالشی است که همه کشورها با آن روبرو هستند و این چالشی است که نیاز به وضع سیاست‌های مناسب و همینطور همکاری میان بخشی ذینفعان دارد تا استراتژی‌های مناسب وضع شود. در پایان انمیشن سندرم شدید و حاد تنفسی نمایش داده شد و بسیار مورد توجه قرار گرفت و تقاضا شد با WHO به شراکت گذاشته شود.

کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی کرمانشاه در خصوص رفع چالش های مناطق زلزله زده

بازآموزی آنفلوانزا و کنترل عفونت (آذربایجان غربی)

در آخرین روزهای سال ۱۳۹۶ (۲۰ اسفند ماه) با حضور کارشناسان حوزه بیماری های واگیر از سطح ملی و اساتید برجسته منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه بیماری های واگیر و حشره شناسی و بهداشت جلسه آموزشی مفصلی در رابطه با خطرات پیش بینی شده بیماری های واگیر برای کارشناسان شهرستان های استان کرمانشاه در سالن اجتماعات آن دانشگاه برگزار گردید و در رابطه با اولویت های بهداشتی مهمی (با توجه به گرم شدن هوا) مانند بیماری های گوارشی عفونی (وبا، شیگلا و ...)، مارگزیدگی و عقرب گزیدگی، بیماری های منتقله از حیوان به ویژه سالک و حیوان گزیدگی و تب خونریزی دهنده کریمه کنگو آموزش های تکمیلی ارائه گردید. در این بازدید میدانی از مناطق زلزله زده و آموزش تخصصی ضمن پایش و ارزیابی روند فعالیت های انجام شده در این مناطق توسط تیم تخصصی همراه (که برای چندمین بار بعد از زلزله انجام می شد) نشست مدیریتی ویژه ای نیز با سایر مسوولان محترم اجرایی استان، معاونین محترم غذا و دارو، شهرداران، فرمانداران، و نمایندگان گرامی سایر ادارات مناطق زلزله زده تحت عنوان کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در سالن تدبیر استانداری انجام شد که ریاست محترم مرکز مدیریت بیماری های واگیر و تیم تخصصی همراه به ارائه راهکارهای پیشگیرانه و اجرایی در مسیر کاهش خطرات محتمل پیش بینی شده پرداختند و همکاران محترم معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه نیز متعهد به انجام هر چه سریعتر آن ها و پیگیری امور با همکاری سایر سازمان ها از جمله شهرداری ها و دهیاری ها شدند.

یکی از اقدامات حیاتی مورد اشاره جمع آوری هر چه سریعتر نخاله ها و ویرانه های ساختمانی از محیط اطراف زندگی انسان ها و سمپاشی در مناطق پرخطر بروز بیماری های منتقله از ناقلین بود که بلافاصله در دستور کار قرار گرفت و طبق گزارش معاون محترم بهداشت دانشگاه کرمانشاه از زمان تا نوروز ۱۳۹۷ بیش از یک میلیون مترمربع از مناطق زلزله زده تحت سمپاشی و اقدامات بهداشتی قرار گرفته است. پس از این جلسه و بحث و تبادل نظر پیرامون چالش های موجود، ارائه راهکارهای عملیاتی با توجه به تجربیات بحران های پیشین کشور، اقدامات بهداشتی سایر ارگان ها سرعت مضاعفی گرفت و در شهرستان سرپل ذهاب نخاله برداری گسترده محلات و خیابان ها با دستور فرماندار محترم در واپسین روزهای سال انجام شد. در این عملیات گسترده نیروهای کمکی از سایر استان ها از جمله ستاد معین بنیاد مسکن خراسان رضوی همکاری نمودند. برنامه عملیاتی ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ در خصوص اقدامات پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر در مناطق زلزله زده در آن دانشگاه آماده شده است. حسن اجرای برنامه های پیشگیرانه در گرو همکاری های بین واحدهای مختلف از جمله پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر، بهداشت محیط، غذا و دارو و ... می باشد که تا کنون به نحو مناسبی در آن استان مدیریت شده و انجام گرفته است.

با توجه به اهمیت همه گیری فصلی آنفلوانزا و با توجه به ارزیابی های انجام شده برخی پرونده های متوفیان ناشی از این بیماری با هماهنگی معاونت محترم بهداشت و میزبانی معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه کارگاه آموزشی یک روزه ای برای پزشکان مسوول و کارشناسان کنترل عفونت بیمارستان های آن استان در سالن جلسات آن دانشگاه برگزار گردید. در این جلسه که با حضور کارشناس متخصص عفونی مرکز مدیریت بیماری های واگیر و اساتید منتخب آن دانشگاه برگزار گردید ضمن ارائه مهمترین مطالب در مورد بیماری های تنفسی و آنفلونزا به مهمترین چالش های فعلی منطقه و به روزترین وضعیت کشوری بیماری آنفلوانزای فصلی، آنفلوانزای پرندگان و کورونابروس مرس پرداخته شد و جلسه به صورت پرسش و پاسخ در مورد مهمترین چالش های اجرایی همکاران محترم شهرستان ها ادامه یافت. در این جلسه تاکید شد که آموزش مکرر موازین کنترل عفونت و درمان هرچه سریعتر بیماران تنفسی تبادر در فصل بیماری آنفلوانزا و توجه به اهمیت شرح حال گیری در بیماران تنفسی توسط پزشکان و پرستاران نقش زیادی در کاهش عوارض بیماری و انتقال بیماری دارد. آمادگی پیش از بروز بحران ها و طغیان ها اهمیت بالایی دارد و تکرار برنامه های بازآموزی و انجام تست های دوره ای در مورد بیماری های تنفسی می تواند در این زمینه کمک کننده باشد. بدینوسیله از حسن دقت همکاران آن دانشگاه سپاس و قدردانی به عم می آید.

اقدامات و فعالیت های همکاران در ایام نوروز ۱۳۹۷

تعطیلات نوروز ۱۳۹۷ به واسطه دوره طولانی روزهای تعطیل و سفرهای متعدد نوروزی شرایط ویژه ای را داشت که حجم عملیات همکاران محترم مبارزه با بیماری های واگیر و سایر واحدهای معاونت بهداشت را افزایش داده بود و بازدیدهای مشترک این عزیزان در قالب تیم های بهداشتی (پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر، سلامت محیط و کار و ...) اهمیتی بیش از پیش یافته بود. با تلاش های عزیزان در معاونت های بهداشتی تمام دانشگاه/دانشکده ها و شهرهای مختلف کشور و توجه بیشتر به اهمیت تشخیص و گزارش زودهنگام نتایج درخشانی در عملیات نوروزی ۱۳۹۷ به دست آمد. با توجه شرایط ویژه امسال و توجه به برنامه های هشدار و پاسخ سریع در نوروز ۱۳۹۷ و اجرای بهتر مراقبت سندرمیک تعداد ۱۵۴ طغیان مختلف بیماری های واگیر شناسایی شد که در مقایسه با آمار سال گذشته (۳۷ مورد طغیان) افزایشی چشمگیر در این موضوع کلیدی و مهم مشاهده می شود.

در بعد حفظ امنیت سلامت مسافران و هموطنان در ایام نوروز در برابر حوادثی که رخ می دهد (مانند حیوان گزیدگی مسافران) و با توجه به سفرهای نوروزی به کشورهای همسایه و احتمال انتقال و جابجایی بیماری های واگیر، نیز علاوه بر تشدید مراقبت های مرزی (مرزهای بین المللی شرق، شمال شرق، شمال غرب، غرب (کرمانشاه و ایلام)، جنوب غربی و جنوب) و آموزش مسافران (۱۰۴۲۷۱ مورد آموزش) و انجام واکسیناسیون های مشمول مقررات بین المللی بهداشت (IHR)، مراقبت سندرمیک مسافران در اولویت برنامه های اجرایی همکاران قرار داشت.

با انجام **مراقبت سندرمیک در مراکز درمانی** توسط همکاری تیم ۳ نفره اعزامی به عتبات عالیات در کشور عراق (یک اپیدمیولوژیست و ۲ نفر کارشناس ارشد بهداشت) با همکاران هیات پزشکی حج و عتبات و ۲۹۰۱ مورد سندرم مشمول مراقبت بیماری های واگیر شناسایی شده و تحت مراقبت قرار گرفت که بر اساس آدرس بیماران تداوم مراقبت ها در کشور توسط همکاران دانشگاهی پس از بازگشت زائران انجام شد.

حیوان گزیدگی به عنوان یکی از مهمترین رخدادهای بهداشتی در ایام نوروز با پوشش ۱۰۰ درصدی تمام موارد مراجعه کننده و شناسایی شده هر ساله انجام گرفت.

در تعطیلات نوروز ۱۳۹۷ تعداد ۶۴۲۸ مورد **حیوان گزیدگی** گزارش شد (حدود ۴۰٪ افزایش در مقایسه با گزارش تعطیلات نوروزی سال قبل (۴۵۰۰ مورد)) که همگی تحت اقدامات پیشگیری از بیماری هاری قرار گرفتند. واکسیناسیون فلج اطفال در مسافران وارده از کشورهای همسایه شرقی، آموزش مسافران ایرانی عازم سواحل دریای سیاه در شمال ترکیه، بیماریابی و مراقبت در زندانیان تحویل گرفته شده از کشور ترکمنستان، مراقبت بیماران بستری مشمول مراقبت (۱۸۵۹ نفر) و ردیابی و آموزش اطرافیان آنها در ایام نوروز و تیم های سیاری بیماری های واگیر جهت آموزش و واکسیناسیون با حفظ زنجیره سرما به مناطق حاشیه نشین و صعب العبور از دیگر فعالیت های همکاران واگیر در سراسر کشور بود.

استمرار فعالیت های خدمت رسانی و بیماریابی در مناطق زلزله زده نیز از جمله مطالبی بود که در دستور کار همکاران واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه قرار داشت. با توجه به فصل زایش آموزش بیماری تب مالت در تمام دانشگاه ها جزو اولویت های بهداشتی این موقع از سال قرار دارد که همکاران با تمام تلاش سعی در انجام این مهم نموده اند.

در فرودگاه ها و مرزهای زمینی نیز مراقبت بیماری ها شبانه روزی انجام و واکسیناسیون و بیماریابی مناسب شرایط انجام شد. از جمله اقدامات دیگر تداوم همکاری و رصد شرایط آنفلوآنزای فوق حاد پرندگان بود که تیم بیماری های دانشگاه ها کانون های شناسایی شده و گزارش شده را تحت پوشش درمان پیشگیرانه و واکسیناسیون و مراقبت های فنی خود قرار دادند.

از زحمات بی دریغ تمام همکاران ارجمند در سراسر کشور در معاونت های بهداشت تشکر نموده و از خداوند برای ایشان توفیق روزافزون مسئلت داریم.

همکاری در حوزه مراقبت های

بهداشتی با کارگروه وزارت بهداشت

کشور عراق

اعزام تیم ایرانی به عنوان

مشاور موقت سازمان جهانی بهداشت به

کشور افغانستان

بر اساس درخواست سازمان جهانی بهداشت، معاون مرکز مدیریت بیماری های واگیر (جناب آقای دکتر نبوی) و رئیس بخش اپیدمیولوژی انستیتو پاستور (جناب آقای دکتر مصطفوی) و رئیس بخش آربوویروس شناسی انستیتو پاستور (جناب آقای دکتر صالحی وزیری) و همچنین یکی از اعضا منتخب کمیته کشوری حشره شناسی (جناب آقای دکتر عنایتی) به مدت یک هفته به منظور بررسی ظرفیت های کشور افغانستان در راستای ارتقا نظام مراقبت تب های خونریزی دهنده ویروسی (از جمله تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو، CCHF) و کمک در ارتقا اقدامات پیشگیرانه در برابر تب دنگی، به آن کشور سفر نمودند. در این بازدید ارزیابی گسترده ای از مستندات و آزمایشگاه ها، بیمارستان ها و ... در افغانستان انجام شد و راهکارهای ارتقایی پیشنهاد شدند.



در راستای افزایش همکاری های حوزه مراقبت بهداشت و نظام سلامت با کشور عراق و به دنبال حضور کارگروه وزارت بهداشت عراق در کشور، نشست های مشترکی در حوزه های مختلف سلامت در تاریخ ۱۹ لغایت ۲۰ فروردین ماه برگزار گردید و در مورد اولویت های مهم نظام سلامت از جمله همکاری های مشترک و هماهنگی در مراسم اربعین حسینی، HIV/AIDS، بیماری های منتقله از ناقلین، بیماری سل، و حوزه مقررات بین المللی بهداشت (IHR) بحث و تبادل نظر به عمل آمد. مقرر گردید هماهنگی های لازم در زمینه مراسم اربعین از ۲ ماه قبل به عمل آمده و تیم های کارشناسی جمهوری اسلامی ایران نسبت به بررسی امکانات و تجهیزات و تدابیر بهداشتی لازم اقدام نمایند. از جمله مصوبات این نشست ها استفاده از ظرفیت امامان جماعت جهت آموزش و اطلاع رسانی، ثبت الکترونیک اطلاعات بیماران در دو سوی مرزها، امکان سنجی راه اندازی آزمایشگاه در حد مرزی دو کشور، و تهیه پیشنهادات عملیاتی جهت طرح در اجلاس G5 بود.

دومین سمپوزیوم کشوری مقاومت میکروبی (AMR)

دومین سمپوزیوم کشوری مقاومت میکروبی توسط انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران، با همکاری مرکز مدیریت بیماری های واگیر و انستیتو پاستور ایران، بورد اپیدمیولوژی وزارت بهداشت، سازمان دامپزشکی کشور، سازمان نظام دامپزشکی کشور، سازمان غذا و دارو، سازمان ملی استاندارد ایران، اداره کل روابط بین الملل وزارت بهداشت، دفاتر سازمان جهانی بهداشت در ایران و مدیران شرعی و سایر دانشگاه ها و دستگاه های مرتبط برگزار شد. این سمپوزیوم دارای امتیاز بازآموزی و آموزش مداوم برای شرکت کنندگان در مراسم بود. دکتر طلعت مشاور منطقه مدیریت شرعی WHO در مقاومت میکروبی اولین سخنران خارجی این نشست یادآوری نمودند که کلیه کشورهای منطقه باید برای کنترل مقاومت میکروبی برنامه استراتژیک داشته باشند، ولی تنها یک چهارم کشورهای جهان گزارش وضعیت خود را در قالب برنامه جهانی GLASS ارائه می نمایند و جمهوری اسلامی ایران نیز یکی از آنها می باشد. ایشان بالاترین میزان مصرف آنتی بیوتیک در منطقه را متعلق به عراق ذکر نمودند که برای بیش از ۷۰ درصد بیماران بستری آنتی بیوتیک تجویزی می شود.

بیان اهمیت HIV در کنفرانس ماهیانه انجمن ارولوزی

با توجه به اهمیت موضوع سلامت مردان، اولین پنجشنبه اسفند ماه هر سال بعنوان **روز ملی سلامت مردان** نامگذاری شده است. هرساله در این روز با هدف حساس سازی جامعه و آموزش و فرهنگ سازی و ارتقای مداخلات تشخیص و درمانی برنامه ای برگزار می شود. در همین راستا در کنفرانس ماهیانه انجمن ارولوزی که در تاریخ ۳ اسفند برگزار شد به موضوع سلامت مردان پرداخته شد. یکی از مباحث مطرح شده در این برنامه موضوع اچ آی وی بود. نماینده اداره پیشگیری و کنترل HIV/ایدز مرکز مدیریت بیماری های واگیر ضمن بیان آخرین آمار تعداد مبتلایان و تاکید بر شاخص های اپیدمیولوژیک از جمله روند درصد انتقال، روند درصد سنی و مرگ سال اول تاکید نمود که انجام آزمایش در ۶ ماهه اول کشور در مقایسه با مدت مشابه سال گذشته ۱۶۰ درصد و بیماریابی های اولیه ۲۲ درصد افزایش یافته است. اهداف ۹۰-۹۰-۹۰ از جمله اهدافی است که کشورمان متعهد است تا سال ۲۰۲۰ به آن برسد. در حال حاضر تنها ۴۰ درصد مبتلایان در کشور شناسایی شده اند. همچنین بر جلب حمایت مسئولین سیاسی و مذهبی، تقویت برنامه های پیشگیری، ارتقاء کمی و کیفی مراقبت و درمان و جلب مشارکت پزشکان و متخصصین در بیماریابی، اتصال به مراقبت و درمان تاکید شد.

کارگاه آموزشی آنفلوآنزای پرندگان (کاشان)

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، با همکاری واحد آموزش بیمارستان شبیه خوانی در آخرین هفته های سال ۱۳۹۶ جهت ارتقا و به روز نمودن دانش و مهارت کارکنان اقدام به برگزاری کارگاه آموزشی یک روزه آنفلوآنزای پرندگان نمود. در این کارگاه آخرین اطلاعات وضعیت بیماری در کشور و منطقه، راه های انتقال و پیشگیری ارائه شد و مهارت های فنی از جمله پوشیدن لباس حفاظت فنی تمرین و مرور گردید. شستن صحیح دست ها به عنوان یکی از کلیدی ترین رفتارهای پیشگیرانه در کادر بیمارستان مورد تاکید قرار گرفت. این جلسه با توزیع تراکت آموزشی و پرسش و پاسخ پایان یافت.

جلسه هماهنگی برنامه عملیاتی کنترل بیماری سالک (کاشان)

با توجه به اهمیت تصمیم گیری ها و ارزیابی خطر پیشدستانه و ارزیابی ها و پایش های دوره ای برنامه ها جهت ارتقا در گام های بعدی، در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، در تاریخ ۵ اسفند ماه جلسه فنی و اجرایی کنترل بیماری سالک با حضور کارشناسان مسئول گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری های واگیر، فوکل پوینت برنامه کنترل سالک، کارشناس مسئول بهداشت محیط، مسئول آزمایشگاه های معاونت بهداشت، کارشناس برنامه زئونوز شهرستان های کاشان و آران و بیدگل، و مراقبین سلامت مناطق آلوده به سالک در معاونت بهداشتی دانشگاه تشکیل شد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

مراقبین سلامت مراکز خدمات جامع سلامت در این جلسه برنامه های کنترلی سالک را حول محورهای آموزش و اطلاع رسانی، نظام مراقبت بیماری، عملیات کنترل مخزن و ناقل و مشارکت های درون بخشی و برون بخشی بیان نمودند و در پایان راهکاری های ارتقایی برای برنامه های سال ۱۳۹۷ را نیز پیشنهاد نمودند.

کنفرانس علمی یک روزه مدیریت و مراقبت آنفلوآنزا (سبزوار)

کنفرانس علمی
یک روزه
مدیریت و
مراقبت آنفلوآنزا



با امتیاز بازآموزی ویژه پزشکان عمومی و متخصصین داخلی، اطفال، عفونی و زنان و زایمان، در تاریخ ۱۰ اسفندماه ۱۳۹۶ در محل سالن اجتماعات مرکز بهداشت شهرستان سبزوار برگزار گردید. در این کنفرانس علمی، که از ساعت ۸ لغایت ۱۵ برگزار شد مدعوین دعوت شده از تمام سطوح دانشگاه شامل بیمارستان ها، مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی شرکت نمودند و به روز ترین اطلاعات در مورد مدیریت و درمان و آنفلوآنزای فصلی و آنفلوآنزای پرندگان آشنا شدند.

برگزاری پنجمین کمیته مراقبت عفونت های بیمارستانی (دزفول)

کمیته کنترل عفونت های
بیمارستانی با حضور ریاست
محترم دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی دزفول و



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول

معاونین محترم بهداشت، درمان، غذا و دارو، آموزشی، پژوهشی و روسای محترم بیمارستان های آیت ا... نبوی، گنجویان، و همچنین مسوولین محترم کنترل عفونت بیمارستان ها و روسای گرامی مراکز بهداشت شهرستان های تابعه دانشگاه در اسفند ماه برگزار شد. هدف از برگزاری دوره ای این کمیته بررسی اجرایی شدن مصوبات کمیته های پیشین و ارزیابی دوره ای چالش ها و ارائه راهکارهای جدید و تقویت گزارش دهی کنترل عفونت بیمارستانی می باشد و به اجرای هرچه بهتر این برنامه های کمک می نماید. در نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی پنج عفونت اصلی شامل عفونت ادراری عفونت محل جراحی، خونی، ریوی و عفونت های ناشی از ونتیلاتور بررسی و گزارش می شوند. در این کمیته پس از ارائه گزارش ها و ارائه راهکاری های اصلاحی مصوبه ی جدیدی بیان گردید.

کارگاه یک روزه تجزیه تحلیل شاخص های برنامه پیشگیری و کنترل سل

با حضور معاون محترم بهداشت و روسای محترم مراکز بهداشت شهرستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول کارگاه یک روزه تجزیه و تحلیل شاخص های برنامه پیشگیری و کنترل سل برگزار شد. در این جلسه پس از بیان اهمیت سل و اهداف کارگاه به وضعیت این بیماری در کشور و منطقه و جهان پرداختند و با توجه به شرایط اپیدمیولوژیک این بیماری در کشورهای همسایه و تردهای موجود به اهمیت دقت هرچه بیشتر در اجرای صحیح این برنامه تاکید شد. سپس شاخص های برنامه در سطح دانشگاه و شهرستان های تابعه تحلیل گردید و با بحث و تبادل نظر درمورد چالش های موجود به بیان راهکار و تجربیات پرداخته شد و جلسه با پرسش و پاسخ کارشناسان محترم برنامه در شهرستان های تحت پوشش دانشگاه و رفع ابهامات همکاران پایان یافت.

پایگاه سیار اطلاع رسانی HIV گتوند در نوروز ۱۳۹۷

پایگاه اطلاع رسانی HIV شهرستان گتوند که ابتدا در دانشگاه آزاد اسلامی آن شهرستان به مدت یک ماه استقرار یافته بود و با استقبال خوب دانشجویان همراه بود در تعطیلات نوروز به کمپ مهمانان نوروزی نیز خدمت رسانی نمود. این پایگاه سیار خدماتی از قبیل مشاوره، آموزش، اطلاع رسانی و تست آزمایشی تشخیص سریع را به مسافران نوروزی ارائه داد و با استقبال خوبی روبرو گردید.

کارگاه آموزشی منطقه ای مراقبت بیماریهای منتقله از آندس (مشهد و بندرعباس)

دو کارگاه دو روزه جداگانه آموزشی منطقه ای مراقبت و کنترل آندس و بیماریهای منتقله از آن در هفته دوم و سوم اسفند ماه سال ۱۳۹۶ با میزبانی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بندرعباس و مشهد برگزار گردید. در تاریخ ۱۳ و ۱۴ اسفند ماه کارگاه آموزشی دوروزه در مشهد با حضور دانشگاه های موجود در استان خراسان رضوی، استان خراسان شمالی و استان گلستان تشکیل شد و در مورد چالش های برنامه عملیاتی و توجه به نکات اصلی برنامه های منطبق با شرایط هر دانشگاه مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت. در بازه زمانی دو روزه ۲۱ و ۲۲ اسفند ماه نیز جلسه آموزشی در دانشگاه بندرعباس با دعوت از تمامی شهرستان های استان هرمزگان برگزار شد.

بیماریابی فعال سل ریوی (مراغه)

دانشگاه علوم پزشکی مراغه در راستای
کنترل و حذف بیماری سل و پایین
بودن میزان بروز بیماری در شهرستان



مراغه، اقدام به بیماریابی فعال سل در زندان، کمپ ترک اعتیاد، مراکز بازپروری، آسایشگاه سالمندان، مراکز توانبخشی بخش دیالیز، مرکز مشاوره بیماری های رفتاری و اطرافیان بیماران مسلول مبتلا به سل ریوی در سال ۱۳۹۶ نمود. تعداد کل افراد بررسی شده در این مراکز ۱۶۴۰ نفر است که از ۱۳۷ مورد مشکوک شناسایی شده و یک مورد بیمار مورد درمان قرار گرفت.



استفاده از سکانس ژنتیکی در بررسی مقاومت دارویی در کشورهای با درآمد

در مطالعه ای که با هدایت سازمان جهانی بهداشت انجام شده است امیدهای بیشتری برای استفاده از سکانس ژنتیکی عومال بیماری را در راستای تشخیص مقاومت میکروبی حاصل شده است. این مطالعه که در مراکز درمانی و بیمارستان هایی در کشورهای آذربایجان، بنگلادش، پاکستان، بلاروس، فیلیپین، آفریقای جنوبی و اوکراین انجام گرفته است، به بررسی جایگاه سکانس ژنتیکی در تشخیص مقاومت ها در مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (TB) پرداخته است و محققین ۷۰۹۴ بیمار را مطالعه نموده اند. حساسیت این روش در پیشگویی مقاومت برای آنتی بیوتیک های ضد سل مختلف متفاوت بوده است، به عنوان مثال برای ژن *tpoB* ۹۱٪ (حساسیت در پیشگویی مقاومت به ریفامپیسین)، ژن *katG*، *inhA*، *fabG*، *prfA*، *gyrA* و *gyrB* ۸۵٪ (مقاومت به اوفلوکساسین) و ژن *gyrA* و *gyrB* ۸۸٪ (مقاومت به موکسی فلوکساسین) بوده است.

روش سکانس تمام ژنتیکی، برای تشخیص حساسیت عوامل میکروبی نسبت به آنتی بیوتیک ها در مقایسه با روش ها فعلی امروزه مانند کشت و ... به مراتب می تواند ارزان تر، سریعتر و دقیق تر باشند. روش های مبتنی بر کشت برای نظام سلامت بسیاری از کشورها در جهان روش دشوار و پرحاشی است و امید می رود با پیدایش تکنولوژی های جدید بتوان بر این چالش ها غلبه نمود و در سناریو های واقعی از این روش های ارزان و سریع و دقیقتر بهره برد.

اولین واکسن کونژوگه حصبه دارای تاییدیه WHO

واکسن Typbar-TCV که توسط شرکت هندی Bharat Biotech ساخته شده است گواهی prequalified سازمان جهانی بهداشت را دریافت نمود. این واکسن اثر طولانی مدتی در ایمن نمودن فرد دارد و یک دوز آن را می توان به اطفالی بزرگتر ۶ ماه تجویز نمود و امکان دارد در آینده وارد برنامه ایمنسازی کشورها نیز بشود. سایر واکسن هایی که برای حصبه تا کنون وجود داشته اند برای کودکان بالای ۲ سال قابل تجویز هستند. زمانی که واکسنی تاییدیه WHO را به این نحو دریافت می نماید به این معنی است که این محصول از کیفیت، ایمنی و اثربخشی لازم برخوردار است و بنیاد کودکان سازمان ملل و سایر آژانس های سازمان ملل که مرتبط هستند مجاز به خریداری و توزیع آن در کشورها می باشند. گروه مشورتی راهبردی کارشناسان ایمنسازی WHO توصیه نموده اند که از واکسن کونژوگه برای ایمنسازی کودکان بالای ۶ ماه در کشورهای آندمیک حصبه استفاده شود. با حمایت Gavi و اختصاص ۸۵ میلیون دلار این واکسن در کشورهای واجد شرایط از ۲۰۱۹ مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

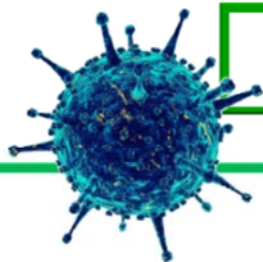
واکسناسیون علیه دیفتری برای مسلمانان آواره میانمار

پس از جنایات بشری میانمار و آوارگی مسلمانان و ورود به روهینگیا بیماری های واگیر مختلفی در این جمعیت گزارش شده است که از جمله آنها، گزارش بیش از ۳ هزار مورد مشکوک دیفتری و مرگ ۳۰ نفر در اثر این بیماری در بین جمعیت ۶۰۰ هزار نفری پناه آورده در منطقه Cox's Bazar بوده است. کمپین واکسناسیون دانش آموزان با واکسن دوگانه دیفتری کزاز از جمله اقدامات انجام شده در بنگلادش بوده است

تاثیر مصرف الکل و ابتلا به HIV در پاسخ به درمان بیماران مسلول

در مطالعه متاآنالیز که اخیراً منتشر شده است محققان متوجه شدند که مصرف الکل و تشخیص HIV در بیماران مسلول با نتایج درمانی ضعیف تری در درمان سل همراه بوده است. در این بررسی که ۴۸ مطالعه تحلیل شده اند و ۱۸,۲۵۷ فرد مسلول در آن حضور داشته است مشخص شد که خطر نسبی (relative risk) نتایج ناموفق شکست درمان در افرادی که مصرف الکل زیاد دارند بیشتر بوده است (RR, 1.45; 95% CI, 1.21-1.74) و افرادی که با HIV زندگی می کنند نیز نتایج شکست درمان بیشتری را تجربه نموده اند (RR, 1.41; 95% confidence interval [CI], 1.15-1.73). بر اساس این مطالعه نتایج بیماران مسلول که سیگار می کشند و یا مبتلا به دیابت باشند از نظر نتیجه درمان سل با هم مشابه بوده است.

این مطالعه نشان داد که برای ارزیابی اثر بیماری ها و شرایط همزمان در نتیجه درمان سل نیاز به مطالعات بیشتری می باشد.



عفونت با نوع جدید آنفلوانزا فصلی H1N2 در یک کودک

در آخرین روز زمستان سال ۱۳۹۶ گزارشی از مسئول ملی اجرای مقررات بین المللی بهداشت (IHR) کشور هلند به سازمان جهانی بهداشت ارسال شد که در آن در مورد عفونت تنفسی کودکی با ویروس آنفلوانزا H1N2 بازآرایی شده جدید اطلاعاتی ارائه شده بود. این کودک طی برنامه معمول مراقبت سندریم شب

آنفلوانزا (ILI) در پایگاه دیده ور شناسایی شده است. این کودک که سن کمتر از دو سال داشت پس از بررسی توسط یک پزشک به طور سرپایی و بدون نیاز به بستری درمان شده است و حال عمومی وی خوب گردیده است. در مرکز دیده ور، پزشک بعد از کسب اجازه از والدین کودک از وی یک سواب بینی و حلقی تهیه می کند که در ۱۸ مارس آزمایشگاه ملی هلند که با همکاری مرکز ویروس شناسی اراسموس و مرکز ملی بهداشت جامعه و محیط RIVM فعالیت می نماید تشخیص داد که این ویروس آنفلوانزا از تیپ A و H1N2 می باشد. پس از تحلیل بیشتر و ارزیابی سکانس ژنتیکی آن مشخص شد که این ویروس بازآرایی ویروس آنفلوانزا فصلی می باشد و از ژن های H1N1 و H3N2 تشکیل شده است (۲ ژن از H1N1 و ۶ ژن از H3N2). این کودک بدون بیماری زمینه ای بوده و سابقه سفر به خارج از هلند را نداشته است، هیچگونه داروی ضدویروس آنفلوانزا مصرف نموده و سابقه واکسیناسیون نیز نداشته است. ارزیابی ها در مهدکودک وی نیز سر نخ از بیماری در فرد دیگری نشان نمی داد و تنها پدر و مادر وی دو هفته قبل از شروع بیماری کودک دچار علائم گوارشی شده بودند و هیچگونه آزمایش و نمونه برداری انجام نشده بود.

پیش از این نیز ویروس H1N2 حاصل باز آرای ژنتیکی بین H1N1 و H3N2 نیز گزارش شده بود که متعلق به سال های بین ۲۰۰۰ و ۲۰۰۳ میلادی بود که از نظر ژنتیکی با ویروس جدا شده از این کودک تفاوت دارد.

پس از شناسایی این کودک نظام مراقبت آزمایشگاهی و پایش آزمایشگاهی در منطقه ای که کودک زندگی می کند تقویت شده است و تمامی نمونه هایی که تیپ A گزارش می شوند به قسمت سکانس برده می شوند و تحلیل بیشتر تحت تیپ برای آنها انجام می شود. همچنین تمام گزارشاتی که از آزمایشگاه های غیر دیده ور (بیمارستان ها و آزمایشگاه های خصوصی) که آزمایشگاه ملی گزارش می شوند و تیپ بوده اند نیز از نظر تحت تیپ ارزیابی می شوند. ژنوم کامل این ویروس ((A/Netherlands/10407/2018 A(H1N2)) بر روی پایگاه داده های ژنتیکی GISAID بارگذاری شده است.

این نخستین بار است که ویروس آنفلوانزای تیپ A با این شرایط ژنتیکی شناسایی شده است و با انواع H1N2v که در آمریکا گزارش می شود و از خوک به انسان منتقل می شوند تفاوت دارد. امسال اولین باری است که هلند با یک فصل آنفلوانزای خیلی طولانی مواجه شده است به صورتی که از ابتدای آغاز همه گیری در پاییز و اعلام رد شدن از آستانه هشدار تا زمان شناسایی کودک حدود ۱۴ هفته گذشته است درحالیکه در ۲۰ سال گذشته میانگین طول فصل آنفلوانزا ۹ هفته بوده است.

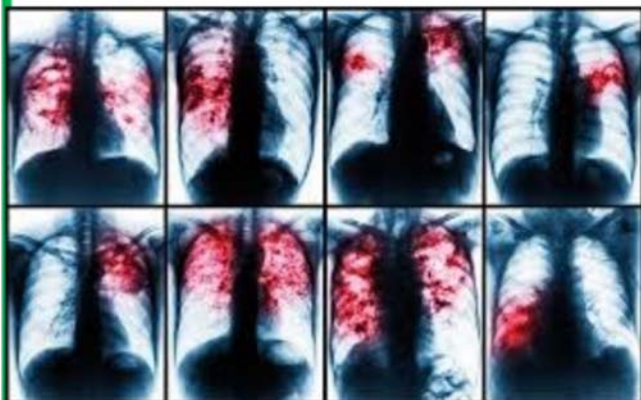
واکسیناسیون یک میلیون نفر در طغیان بزرگ وبا در کشور زامبیا



پس از افزایش ناگهانی موارد ابتلا به وبا در ساکنین شهر لوزاکا پایتخت موزامبیک، از ۴ ماه گذشته، مسئولین کشور زامبیا تصمیم گرفتند که کمپین واکسیناسیون بزرگی را با حمایت WHO در آن منطقه عملیاتی نمایند. در این کمپین ۲ میلیون دوز واکسن وبا را برای ۱ میلیون نفر (نفری ۲ دوز) تجویز نمودند. هرچند هرساله مواردی از وبا در زامبیا گزارش می شود اما مواردی که از اکتبر ۲۰۱۷ شروع شد از میزان هر سال بالاتر رفته بود و لذا این پاسخ گسترده انجام شد. استفاده از دو دوز به جای یک دوز افزایش میزان و دوره ایمنی بخشی واکسن بوده است.

گزارش کاهش ابتلا به سل و افزایش موارد سل مقاوم به درمان در اروپا

بنا بر گزارشی که بخش مراقبت بیماری های مرکز کنترل و پیشگیری بیماری های اروپا (ECDC) منتشر نموده است میزان بروز ابتلا به سل ۴,۳٪ در سال کم شده است که بیشترین نرخ کاهش بروز سل در مقایسه با سایر مناطق و کشورهای جهان می باشد. هرچند سرعت کاهش بروز سل در اروپا بسیار چشمگیر بوده است اما برای دستیابی به هدف حذف سل تا ۲۰۵۰ میلادی که WHO ترسیم نموده است کافی به نظر نمی رسد. بر اساس این گزارش در سال ۲۰۱۶ میلادی ۵۸ هزار و ۹۹۴ بیمار مسلول از ۳۰ کشور اتحادیه اروپا گزارش شده است و نرخ گزارش دهی در بسیاری از کشورهای عضو رو به کاهش بوده است. از این تعداد گزارش ثبت شده، ۷۰٪ تشخیص جدید بوده اند و ۷۱٪ تاییدیه تشخیص با کشت، اسمیر یا PCR انجام شده است. حدود ۳۰٪ از مسلولین تشخیص داده شده در اروپا، ملیت خارجی غیراروپایی دارند که عمدتاً کشورهای با درآمد کم بوده اند.



ابتلا به سل مقاوم به درمان در بیش از ۳ درصد بیماران (۳,۷٪) گزارش شده است که ۲۰٪ از این موارد مقاوم به درمان نیز که برای داروهای خط دوم هم تست حساسیت شده اند در گروه بسیار مقاوم (extensively drug-resistant TB) قرار داشتند. هرچند در مقایسه با سالهای قبل موارد مقاوم بیشتری تشخیص داده شده اند اما میزان موفقیت در درمان سل مقاوم به درمان نیز افزایش داشته است (۴۶٪ در سال ۲۰۱۳ در برابر ۵۵٪ موفقیت درمان در سال ۲۰۱۶ میلادی).

از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۶ میلادی بروز سل از ۴۷ در ۱۰۰ هزار (۶,۵ نفر فوت در همین جمعیت) به ۳۲ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت (۲,۸ نفر فوت در

همین جمعیت) کاهش داشته است. در مجموع در منطقه اروپا در سال ۲۰۱۶ میلادی ۲۶۰۰۰ نفر جان خود را بدلیل ابتلا به سل از دست داده اند. از ۱۰ میلیون و چهارصد هزار بیمار مسلول تخمین زده شده توسط WHO در سال ۲۰۱۶ میلادی تقریباً ۳٪ موارد متعلق به اروپا بوده اند.

تراژدی افزایش ۴ برابری موارد سرخک در اروپا

سی و پنج مورد مرگ ناشی از سرخک و ابتلا بیش از ۲۰ هزار نفر در اروپا به این بیماری ویروسی بسیار واگیر در سال ۲۰۱۷ برای بسیاری از کارشناسان بهداشتی غیرقابل قبول بوده و تمام کشورهای اتحادیه اروپا برای حذف سرخک و سرخجه در راستای دستیابی به اهداف SDG بر آن اتفاق نظر دارند و تعهد نموده اند. طغیان سرخک در ۱۵ کشور از کشورهای اتحادیه اروپا طغیان بزرگ (بالای ۱۰۰ بیمار) بوده است و بیشترین موارد در رومانی (۵۵۶۲ نفر)، ایتالیا (۵۰۰۶ نفر) و اوکراین (۴۷۶۷ نفر) بوده است. این ۳ کشور در سال های اخیر گرفتار شرایطی شدند که زمینه این طغیان های بسیار بزرگ را فراهم آورده است و از جمله این چالش ها می توان به کاهش کلی پوشش واکسیناسیون، پوشش همیشه پایین واکسیناسیون در بین جمعیت های حاشیه نشین، کمبود واکسن و ضعف در عملکرد نظام مراقبت آنها اشاره نمود.

نظام مراقبت و برنامه ایمن سازی روتاویروس

روتاویروس اولین علت اسهال شدید در کودکان سراسر جهان است. فقط در سال ۲۰۱۳ در منطقه زیر صحرای آفریقا حدود ۱۲۰ هزار کودک زیر ۵ سال در اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست دادند. از سال ۲۰۰۹ میلادی سازمان جهانی بهداشت به تمام کشورها واکسیناسیون روتاویروس را توصیه نموده است. در حال حاضر ۲ نوع واکسن روتاویروس مجوز گرفته اند یکی Rotarix (GSK) بصورت مونیوالان در ۲ نوبت و واکسن Rota-teq (Merk) ۵ ظرفیتی در ۳ نوبت می باشد. تا پایان سال ۲۰۱۶ میلادی ۳۱ کشور از ۴۷ کشور آفریقایی این واکسن را در برنامه خود قرار داده اند. در این میان ۲۶ کشور Rotarix و ۵ کشور Rota-teq را استفاده خواهند نمود. تجربه استفاده از واکسیناسیون روتاویروسی در آفریقا نشان می دهد که ۳۳٪ بستری کودکان کاهش داشته است. نگرانی که در مورد این واکسن وجود دارد سن تجویز آن است زیرا در سنین بالاتر اطفال ممکن است همراه با *intussusception* روده ها باشد و بعضی متعقدند باید تا ۳۲ هفتهگی حتما تجویز شود. به هر صورت برای قرار دادن این واکسن در برنامه کشوری ایمن سازی عوامل موثر مختلفی نقش دارند که باید پیش از این اقدام تمام آنها را مد نظر قرار داد.

تداوم حضور آنفلوآنزای پرندگان H5N6 جدید در کره جنوبی

از اواسط مارس ۲۰۱۸ طغیان هایی در برخی مناطق در نزدیکی سئول گزارش شد که نمونه های آزمایشگاهی نشان دهنده تداوم حضور آنفلوآنزای پرندگان H5N6 در کره است. این نوع جدید که از بازآرایی ژنتیکی با H5N8 با پرندگان مهاجر ایجاد شده است از پاییز ۲۰۱۷ میلادی در کره گزارش شده بود. در یکی از طغیان های نزدیک به سئول پس از شناسایی تلفات در ۱۵۳ پرندۀ بلافاصله تیم های بهداشتی مسئول، معدوم سازی را در بیش از ۵۰۰ هزار قطعه پرندۀ دیگر عملیاتی نمودند و دفن بهداشتی دقیق انجام گرفت. این نوع جدید H5N6 در برخی کشورهای اروپایی و ژاپن نیز گزارش شده است.

بزرگترین طغیان لیستریوزیس جهان آنرا جزو بیماری های قابل گزارش در آفریقای جنوبی قرار داد

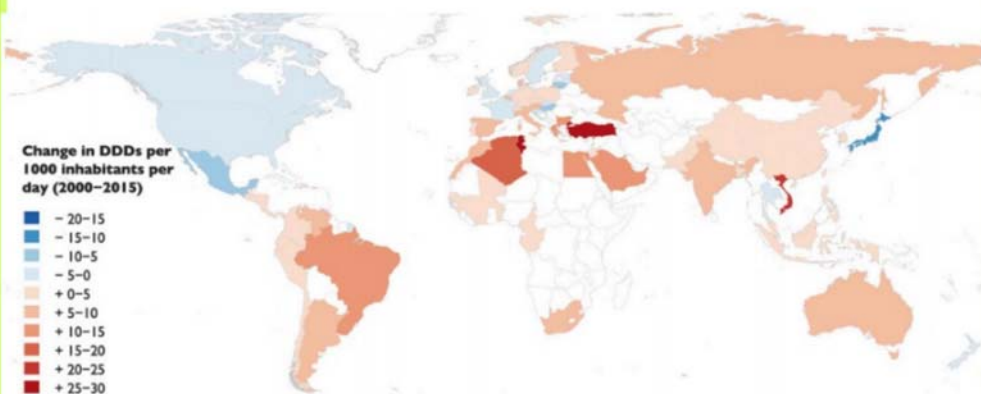
همانگونه که در اخبار مراقبت مرکز مدیریت بیماری های واگیر دی ماه ۱۳۹۶ اشاره شده بود در طغیان لیستریوزیس در آفریقای جنوبی که اکنون بزرگترین طغیان لیستریوزیس در جهان نام گرفته است، اغلب مبتلایان بستری شده شیرخواران (به ویژه نوزادان) هستند. بر اساس گزارش انستیتو ملی بیماری های واگیر در آفریقای جنوبی این طغیان که همچنان ادامه دارد از ژانویه ۲۰۱۷ تا کنون باعث ابتلا قطعی حدود ۱۰۰۰ نفر و بستری شدن آنها شده است. تقریباً ۸۰٪ موارد از ۳ استان گزارش می شوند (۵۹٪ استان گواتنگ، ۱۲٪ کیپ غربی و ۷٪ کوازولو ناتال). جنسیت بیشتر مبتلایان مونث هستند (۵۶٪) و سن بیماران از بدو تولد تا ۹۲ سال متغیر است (متوسط ۱۹ سال). حدود ۴۲٪ مبتلایان نوزاد هستند (سن زیر یک ماه)، ۳۲ درصد بیماران در بازه سنی ۱۵ تا ۵۰ سال و ۱۰٪ بالای ۶۵ سال قرار دارند. بر اساس گزارشات ۶۵٪ از مراکز دولتی و ۳۵ درصد از مراکز خصوصی گزارش می شوند. بر اساس نمونه های مثبت شده، ۷۳٪ بر اساس کشت خون، ۲۲٪ درصد نمونه مایع مغزی نخاعی و ۷٪ نمونه های مثبت از سایر نمونه مانند چرک، آبسه و مدفوع بوده است. عاقبت بیماری در مورد ۷۰٪ پرونده ها تا کنون مشخص شده است و بر اساس آن ۲۷٪ مبتلایان جان خود را از دست داده اند. ارزیابی های سکانس ژنتیکی حکایت از منبع مشترک این طغیان دارد و یک نوع گوشت حاضری به نام محلی *polony* به عنوان منبع این طغیان بزرگ معرفی شده است. چند شرکت غذایی این محصول گوشتی را به ۱۵ کشور دیگر آفریقایی صادر می نمایند که این موضوع از نظر مقررات بین المللی بهداشت (IHR) بسیار اهمیت بالای دارد. این کشورها شامل آنگولا، بوسوانا، کنگو، غنا، لزوئو، ماداگاسکار، مالاوی، موریتوس، موزامبیک، نامیبیا، نیجریه، سوازیلند، اوگاندا، زامبیا و زیمبابوه هستند که به تمام این کشورهای وارد کننده محصول در مورد آلودگی آن و اقدام به جمع آوری محصولات فروخته شده اطلاع رسانی شده است. تا پیش از این طغیان، لیستریوزیس جزو بیماری های قابل گزارش در آفریقای جنوبی نبود اما اکنون قرار گرفته و آمار ۱۲ تا ۱۶ برابر بیش از سال های گذشته شده است. هرچند جمع آوری محصول آلوده آغاز شده اما با توجه به دوره کمون طولانی لیستریوزیس انتظار می رود همچنان موارد دیگری از بیماری شناسایی و گزارش شوند. سالمندان، نوزادان، زنان باردار و نقص ایمنی (HIV و ...) گروه های پرخطر هستند.

تب زرد در برزیل

در حال حاضر برزیل یکی از سخت ترین همه گیری های تب زرد خود را طی می کند که دهه های اخیر در برزیل بی نظیر بوده و مشکلات زیادی را برای مسافران بین المللی که برزیل را مقصد خود انتخاب می نمایند ایجاد کرده است. اولین بیماران مبتلا به تب زرد ناشی از سفر در اروپا، در اوایل سال ۲۰۱۸ میلادی شناسایی شدند و تا پایان ماه مارس به ۵ نفر رسیده اند. این مبتلایان از اتحادیه اروپا برای تفریح به برزیل آمده بودند. در کشور سوئیس یکی از این بیماران جان خود را از دست داد. از این رو مرکز کنترل بیماری های آمریکا و اروپا به تمام مسافرانی که برزیل را به عنوان مقصد خود انتخاب می نمایند توصیه نموده است که حداقل ۱۰ روز قبل از عزیمت به برزیل یک نوبت واکسن تب زرد را دریافت نمایند. با توجه به محدودیت در تعداد واکسن تب زرد موجود مرکز کنترل بیماری های آمریکا به مسافران توصیه نموده است که به کلینیک های از پیش مشخص شده ای که واکسن تب زرد در آنها موجود می باشد مراجعه نمایند. از جهت مقایسه می تواند ذکر نمود که تعداد مسافرانی که از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۶ میلادی در سفر به برزیل به تب زرد مبتلا شده اند تنها ۶ نفر بوده است.

افزایش جهانی مصرف آنتی بیوتیک ها

مصرف آنتی بیوتیک به عنوان یکی از عوامل بروز مقاومت دارویی به عنوان تهدید مهم جهانی در حال افزایش است. اما سرعت افزایش آن چه میزان است؟ برای ارزیابی جامع از روند تغییر میزان مصرف آنتی بیوتیک مطالعه ای بر روی گزارشات موجود ۱۶ ساله از ۷۶ کشور جهان انجام شده است که نشان می دهد مصرف سرانه آنتی بیوتیک در کشورهای با درآمد کم و متوسط به سطح کشورهای بادرآمد بالا رسیده و افزایش چشمگیری نموده است، هرچند دسترسی به آنتی بیوتیک ها نیز یکسان نبوده و توزیع عادلانه و مناسبی در این کشورهای با درآمد کم و متوسط مشاهده نمود و همچنان میزان مرگ ناشی از عفونت ها در برخی از آنها بالا مانده است. این مطالعه نشان می دهد که برای سیاستگذاری بهتر در راستای کاهش مصرف غیرمنطقی این داروهای حیاتی باید نظام مراقبت و جمع آوری بهتری ایجاد نمود تا سیاستگذاران به آمار دقیقتر و به هنگام تری دسترسی داشته باشند. بر اساس این مطالعه مجموع مصرف آنتی بیوتیک ها (DDD: defined daily dose) در بازه زمانی سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ میلادی به میزان ۶۵٪ افزایش یافته است (حدود ۳۵ میلیارد DDD بیشتر شده است) و میزان مصرف در هر ۱۰۰۰ نفر نیز حدود ۳۹ درصد رشد داشته است. در کشورهای بادرآمد بالا هرچند مجموع مصرف آنتی بیوتیک رشد متوسطی داشته اما میزان مصرف در هر ۱۰۰۰ نفر ۴٪ کاهش نشان می دهد. در کشورهای درحال توسعه هرچه میزان درآمد سرانه ملی افزایش داشته مصرف آنتی بیوتیک آن کشور نیز بیشتر شده است. آنچه بسیار نگران کننده است استفاده افزایش یافته از ترکیبات مهم خط آخری مانند اوکسازولیدینون ها، کارباپنم ها، گلیسیل سایکلین ها و پلی میکسین ها در تمام کشورهای جهان است. اگر سیاست های مصرف آنتی بیوتیکی در جهان تغییر نکند تخمین زده می شود که در سال ۲۰۳۰ میلادی مجموع مصرف آنتی بیوتیک نسبت به سال ۲۰۱۵ (۴۲ میلیارد DDD) حدود ۲۰٪ افزایش خواهد یافت. هرچند میزان مصرف آنتی بیوتیک در کشورهای بادرآمد کم (اما بار بیماری های عفونی بالا) در مقایسه با کشورها پردرآمد بسیار کمتر است اما با سرعت قابل توجه این میزان مصرف به سطح کشورهای پردرآمد در حال نزدیک شدن است. هرچند کم شدن میزان مصرف جهانی آنتی بیوتیک امری بالارزش است اما باید دقت داشت که بسیاری نقاط کشورهای کم درآمد به دلیل دسترسی ناعادلانه به خدمات همچنان دسترسی به آنتی بیوتیک های مورد نیاز بسیار کم و نگران کننده است.



استفاده از آنتی بادی های مونوکلونال در برابر بیماری های نوپدید

هرچند آنتی بادی ها در پاسخ بدن در برابر عوامل بیماریزا نقش مهمی دارند و سابقه طولانی در استفاده از سرم بیماران بهبود یافته یا حیوانات مبتلا در درمان بیماران وجود دارد اما هنوز جایگاه آنتی بادی ها در درمان بیماری های عفونی واگیر به جایگاه واقعی خود نرسیده است. به عنوان مثالی از این سابقه طولانی می توان اعطای جایزه نوبل فیزیولوژی و پزشکی (سال ۱۹۰۱ میلادی) به دکتر امیل آدولف فون بهرینگ (Emil Adolf von Behring) را به خاطر استفاده از سرم حیوانی در درمانی بیماران مبتلا به دیفتری ذکر نمود. پس از آن از سرم درمانی در طغیان ها و رخدادهایی مانند پاندمی آنفلوآنزای سال ۱۹۱۸ یا طغیان Ebola در سال ۱۹۷۶ مورد استفاده های فراوانی قرار گرفت. پیشرفت های سریع در شناسایی آنتی بادی های مونوکلونال و استفاده در درمان سرطان و بیماری های اتوایمون باعث نشد که در برابر بیماری های عفونی نیز جایگاه مناسبی برای آنتی بادی های مونوکلونال مشخص شود و تنها موارد معدودی از آن جایگاه درمانی تعریف شده ای یافته اند (مانند palivizumab در شیرخواران پرخطر در برابر بیماری تنفسی ناشی از RSV)، در سرم درمانی آنتی بادی های مختلفی در سرم وجود دارد اما در مورد آنتی بادی مونوکلونال یک آنتی اختصاصی برای هدف و اپیتوپ خاص استفاده می شود. امروزه با پیشرفت هایی که در زمینه آنتی بادی های مونوکلونال ایجاد شده است امیدهایی برای استفاده از این آنتی بادی های اختصاصی در برابر طغیان های بیماری های واگیر پدید آمده است که در شرایطی که زمان و امکانات، ساخت واکسن در برابر طغیان ناشی از عامل نوپدید را مشکل و غیرممکن می کند بتوان از این آنتی بادی های اختصاصی به سرعت بهره گرفت. وقتی از آنتی بادی های مونوکلونال استفاده می شود کمتر احتمال دارد که بیمار به عوارض ناخواسته حساسیت و واکنش نسبت به انبوهی از آنتی بادی ها که در سرم درمانی وجود دارد، دچار شود. آنتی بادی های مونوکلونال هرچند هنوز روش تزریقی دارند و در تولید شان تکنولوژی ویژه ای لازم است اما توان نظام های سلامت را در برابر تهدیدهای نوپدید بالا می برند و بدلیل هزینه و روش تجویز باید بصورت محدود و هدفمند در گروه های خاصی استفاده شوند. آنتی بادی های مونوکلونال را در سه بخش می توان استفاده نمود: ۱) درمان هدفمند افراد مبتلا ۲) پیشگیرانه در افراد با خطر بالا و تماس یافته بصورت هدفمند ۳) پیشگیری هدفمند در جمعیت های با خطر متوسط برای قطع زنجیره انتقال. در همه گیری ابولا در غرب آفریقا ترکیبی از ۳ آنتی بادی توسط آمریکایی ها در آفریقا مورد مطالعه قرار گرفت که هرچند با پایان یافتن طغیان مطالعه طراحی شده آنها نتوانست به نتایج مورد انتظار خود برسد اما بر اساس داده های محدودی که منتشر شد به نظر می رسید که در کاهش مرگ و میر می تواند مفید باشد. پس از طغیان بر روی آنتی بادی های مونوکلونال بیشتری کار شد و سعی می شود که با تکنولوژی های ساده تر و هزینه کمتری بتوانند از آنها تولید نمایند. همچنین از آنتی بادی های مونوکلونال برای پیشگیری در افراد پرخطر و عوارض ناخواسته می توان استفاده نمود چنانکه در مورد Zika ویروس وقتی از آنتی بادی مونوکلونال استفاده شود و مادر ایمن شود عوارض احتمالی برای جنین رخ نخواهد داد و نسبت به واکسیناسیون های روتین نیز این ویژگی را دارد که زمان طولانی برای اثربخشی لازم ندارد و نیاز به تاخیر زمان بارداری نمی باشد. همچنین برای حفاظت از کادر بهداشت و درمان در طغیان های تب های خونریزی دهنده ویروسی نیز می توان از ویژگی های پیشگیرانه آنتی بادی های مونوکلونال بهره برد. یکی از مزایای استفاده از آنتی بادی های مونوکلونال سرعت ساخت آنها است به عنوان مثال علی رغم اینکه ستون اصلی پیشگیری از همه گیری های آنفلوآنزا، ایمن سازی جامعه در برابر ویروس آنفلوآنزا است اما عملاً استراتژی فعلی آنفلوآنزا نتوانسته است روند پیدایش پاندمی ها را تغییر دهد زیرا از زمان پیدایش ویروس جدید تا ساخته شدن واکسن آن زمان زیادی می گذرد درحالیکه ساخت سریع آنتی بادی های مونوکلونال خشی کننده علیه بخش ثابت ساقه ویروس این امکان را خواهد داد که به سرعت برعلیه طیف وسیعی از ویروس های آنفلوآنزا تیپ A در سطح جامعه ایمن سازی انجام شود. این اقدام نه تنها اثرات درمانی دارد بلکه می تواند اثر پیشگیرانه برای افراد تماس یافته با بیمار نیز داشته باشد. علی رغم چالش های موجود در تولید و زنجیره سرما و ... آینده روشنی در مورد جایگاه آنتی بادی های مونوکلونال در بیماری های نوپدید متصور است.

پایان سل تا سال ۲۰۳۰

سل هنوز هم در صدر لیست بیماری های عفونی که منجر به مرگ می شوند قرار دارد. بر اساس برآوردهای WHO در سال ۲۰۱۶ حدود یک میلیون و ششصد و هفتاد و چهار هزار نفر (۱۶۷۴۰۰۰) جان خود را بر اثر ابتلای به این بیماری از دست دادند. جملات کلیدی در اعلامیه مسکو چنین است: "پوشش همگانی سلامت (UHC)، تامین مالی پایدار برای اقدامات چند بخشی، ارتقاء سریع رویکردهای ابتکاری و ابزارهای مورد نیاز برای آن، کشف ابزارهای جدید و بهتر برای پیشگیری و تشخیص و درمان سل برای ایجاد تحول در امر مبارزه با سل اهمیت اساسی دارد".

پایان سل در پایان سال ۲۰۳۰ یعنی وقتی که به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت کمتر از یک نفر مبتلا به سل باشد. برای کنترل سل هنوز هم ارتباط تنگاتنگ TB و HIV از اولویت بالایی برخوردار است. برای رسیدن به پایان سل در نظر داشتن HIV بسیار اهمیت دارد لذا در حال حاضر خاور میانه که سریع ترین رشد HIV را در جهان دارد، Integration برنامه های HIV و TB در این منطقه فوق العاده مهم است که در اولویت باید قرار گیرد. تعداد افراد مبتلا به سل نهفته (Latent) تقریباً ۱۰ برابر مبتلایان به سل فعال است. اگر خیلی محافظه کارانه بخواهیم به این تخمین نگاه کنیم و فرض بگیریم حدود ۵٪ مبتلایان به Latent-TB به سوی سل فعال می روند، حدود ۱۰۰ میلیون نفر ریسک فاکتورهای ابتلای به سل فعال را خواهند داشت. برای رسیدن به استراتژی End-TB باید مبتلایان به Latent-TB را شناسایی و درمان کرد.

تست توبرکولین (PPD) نه تنها تستی اختصاصی نیست، بلکه از حساسیت کافی هم برخوردار نمی باشد. لذا اکنون سازمان جهانی بهداشت تست IGRA را که حساسیت آن ۸۵٪ تا ۹۵٪ و اختصاصی بودن آن ۸۵٪ تا ۹۹٪ است نه تنها برای جوامع High Risk در کشورهای غربی بلکه برای کشورهای TB-endemic به صورت ویژه توصیه نموده است و شروع آن در ابتدا میتواند برای بعضی از گروه های پر خطر خاص مثل افراد مبتلا به HIV، زندانیان، و کودکان مدارس باشد. در حال حاضر برای Latent-TB هایی که بطور کامل به داروهای ضد سلی خط اول حساس هستند درمان ۶ ماهه با ایزونیاژید تنها یا درمان سه ماهه (۱۲ دوزه) بصورت تجویز هفتگی ایزونیاژید و ریفاپنتین (Rifapentin) توصیه می شود.

واکسن TB موثری در حال حاضر وجود ندارد و به همین دلیل در حال حاضر بر روی رژیم های درمانی موثرتر با دو داروی جدید

Bedaquiline و Delamanid برای درمان MDR-TB

بطور جدی تاکید می شود و در حال حاضر تنها مانع تجویز این داروها قیمت آنهاست. اجرایی شدن اعلامیه مسکو بستگی به ارتقای کل نظام مراقبت های بهداشتی دارد به گونه ای که بتواند به حمایت افراد حاشیه نشین اجتماعی و تشخیص و درمان بیماری آنها بپردازد، و پیگیری درمان به شکلی باید باشد

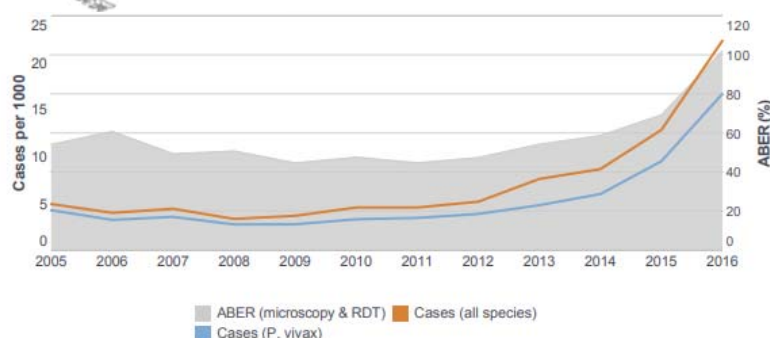


که اطمینان حاصل بشود آنها درمان خود را رها نمی کنند و از رخداد MDR-TB بدینوسیله پیشگیری می شود (منظور گروههایی مثل زندانیان، مصرف کنندگان مواد، مهاجرین و پناهندگان است). این کار وقتی عملی خواهد شد که روی **Community Health Worker** ها سرمایه گذاری شود، تیم های سیار تشکیل شود، آموزش کافی ببینند و برای اقدام تعریف شده مجهز باشند و همه اینها بستگی به افزایش بودجه اختصاص یافته به این گونه برنامه ها دارد.

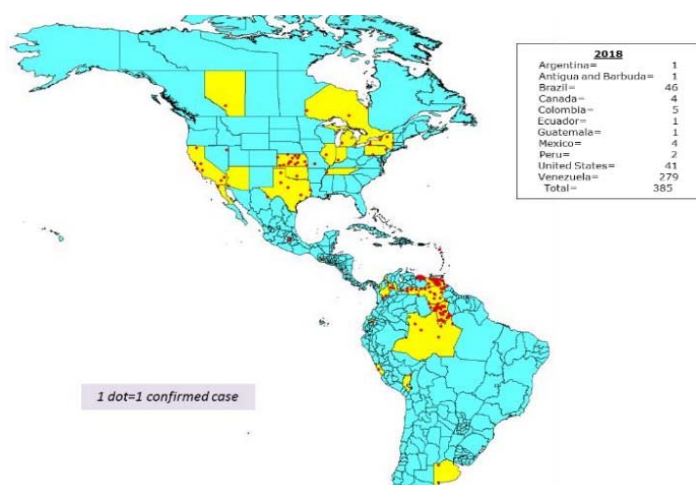


وضعیت نگران کننده بیماری های واگیر در ونزوئلا

وضعیت شیوع و گسترش مالاریا در ونزوئلا نگران کننده شده است. آمار سال ۲۰۱۷ در مقایسه با سال ۲۰۱۶ رشد ۷۰ درصدی تعداد مبتلایان را نشان می دهد. در سال ۲۰۱۶ بیشتر مبتلایان را کارگران معدن در نزدیک مناطق مرزی با کشور گویان تشکیل می دادند اما در سال ۲۰۱۷ میلادی در جغرافیای بیشتری موارد ابتلا مشاهده می شود. روند مبتلایان رو به افزایش است و در مقایسه با سال ۲۰۱۳ تعداد بیماران ۵ برابر شده است.



هرچند در سالهای اخیر به یمن سرمایه گذاری جدی انجام شده بر روی مبارزه با مالاریا تعداد مبتلایان و مرگ و میر ناشی از مالاریا در منطقه آمریکا کاهش داشته است اما وضعیت در ونزوئلا به شدت متفاوت از سایر کشورهای منطقه بوده است. در سال ۲۰۱۵ میلادی یک سوم موارد مالاریای گزارش شده در منطقه آمریکا از ونزوئلا بوده است (حتی بیشتر از برزیل بوده است). مشکلات اقتصادی و کمبود داروی ضدانگل مالاریا در سال های اخیر تمام نتایج سال ها مبارزه در ونزوئلا در قرن بیستم را در معرض تهدید قرار داده است. این وضعیت نه تنها خود ونزوئلا را تهدید می نماید بلکه سایر کشورهایی که مسافران مبتلا به مالاریا از ونزوئلا به آنجا سفر می کنند و صدها هزار نفر پناهنده ونزوئلایی دارند نیز در معرض خطر قرار گرفته اند. آمار جهانی نشان می دهد که در سال ۲۰۱۶ بیش از ۲۱۵ میلیون نفر در جهان به مالاریا مبتلا بوده اند و این روند افزایشی در ونزوئلا در بین تمام کشورهای جهان منحصر به فرد و چشمگیر است.



از سوی دیگر موارد **سرخک و سل** نیز در ونزوئلا نگران کننده شده است. از ابتدای سال ۲۰۱۸ میلادی تا ماه آوریل ۳۸۵ مورد سرخک از منطقه آمریکا گزارش شده که بیشترین سهم متعلق به کشور ونزوئلا می باشد (۲۷۹ بیمار). هرچند مناطق مختلفی از ونزوئلا گرفتار طغیان سرخک شده اند اما ۶۷٪ موارد از منطقه بولیوار گزارش شده اند. هرچند از اوایل سال گذشته کشور ونزوئلا آماری در زمینه بیماری سل منتشر نکرده است اما گزارشات پراکنده از گوشه و کنار حکایت از افزایش موارد سل در آن کشور دارد. از آنجا که سل سایه ی

فقر است و با افزایش مشکلات اقتصادی و کاهش خدمات بهداشتی در آن کشور این افزایش ابتلا به سل پندار موضوع غریبی نمی باشد و برخی گزارشات حکایت از افزایش ۴۰ درصدی موارد سل در آن کشور دارند.