USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PRIMARY HEALTH
CARE PROJECT

وزارة الصحة
دائـــرة الصحـــة العامـــة

جمهورية العراق - وزارة الصحة - إدارة الصحة العامة

مركز مكافحة الأمراض السارية / الانتقالية

# إرشادات مكافحة الأمراض السارية

بواسطة

مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها

**النسخة الثانية**

**DISCLAIMER**
This guideline has made possible through support provided by the U.S. Agency for International Development (USAID) under Primary Health Care Project in Iraq (PHCPI) implemented by University Research Co,. LLC. This guideline has been developed in Iraq in close collaboration with the Ministry of Health (MoH) in April, 2012

## المساهمين الرئيسيين

**د. حسن هـ. بكر**،بكالوريوس في الطب والجراحة وزميل الهيئة العراقية للاختصاصات الطبية. (FM)
إدارة الصحة العامة***المدير العام***

**الدكتور حسن مسلم عبد الحسين**، بكالوريوس في الطب والجراحة، درجة الدبلوم في طب المجتمع، وزميل الهيئة العراقية للاختصاصات الطبية (E&O)
مركز مكافحة الأمراض السارية ***المدير***

**د. أنور نوح غزالة**،بكالوريوس في الطب والجراحة وحاصل على درجة الدبلوم في طب المجتمع.
مركز مكافحة الأمراض السارية

## المساهمين الآخرين

**د. محمد خضر**،بكالوريوس في الطب والجراحة وحاصل على درجة الدبلوم في طب المجتمع.
مركز مكافحة الأمراض السارية

**السيد حسين سلمان يوسف**، حاصل على درجة الدبلوم في طب المجتمع.
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. عدنان نوار**، بكالوريوس في الطب والجراحة، وحاصل على ماجستير في الصحة العامة
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. منير كبة**،بكالوريوس في الطب والجراحة وحاصل على درجة الدبلوم في طب المجتمع.
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. شاكر محسن**،بكالوريوس في الطب والجراحة وحاصل على درجة الدبلوم في طب المجتمع.
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. كريم أ. مفتن**،بكالوريوس في الطب والجراحة وحاصل على درجة الدبلوم في طب المجتمع.
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. سنان غازي**،بكالوريوس في الطب وزميل الهيئة العراقية للاختصاصات الطبية.
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. سمية البدري**،بكالوريوس في الطب البيطري، درجة الماجستير
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. صباح مهدي**،بكالوريوس في الطب والجراحة وحاصلة على درجة الدبلوم في طب المجتمع.
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. يسرا خليف**بكالوريوس في الطب والجراحة، درجة الماجستير
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. عطا الله م. تركي**بكالوريوس في الطب والجراحة، درجة الماجستير
مركز مكافحة الأمراض السارية

**السيدة وسان عبد العزيز التميمي**، بكالوريوس حاصلة على ماجستير في الصحة العامة
مركز مكافحة الأمراض السارية

**د. حميدة محمد حسن**،بكالوريوس في الطب البيطري، درجة الماجستير
مركز مكافحة الأمراض السارية

## جدول المحتويات

**المقدمة ..... 4**

**المجموعة 1: أمراض الإشعار الفوري ..... 5**

1.1 مراقبة الشلل الرخوي الحاد (AFP) ..... 5
1.2 الجمرة الخبيثة ..... 7
1.3 الكوليرا ..... 11
1.4 حمى الكنغو و القرم النزفية ..... 15
1.5 الدفتيريا ..... 18
1.6 إنفلونزا H1N1، H5N1 ..... 22
1.7 الطاعون ..... 25
1.8 الشاهوق (السعال الديكي ) ..... 28
1.9 شلل الأطفال الحاد ..... 32
1.11 الحصبة الألمانية ..... 38
1.12 داء المكورات السحائية ..... 42
1.13 الملاريا ..... 45
1.14 الحصبة ..... 50
1.15 التيتانوس ..... 54
1.16 التسمم الغذائي ..... 57

**المجموعة 2: أمراض يبلغ عنها أسبوعيا ..... 59**

2.1 الإسهال الحاد ..... 60
2.2 داء الليشمانية الجلدي ..... 62
2.3 داء الليشمانيات الحشوي ..... 65

**المجموعة 3: أمراض يبلغ عنها شهرياً ..... 67**

3.1 التهاب الكبد الفيروسي ..... 68
3.3 الجديرى ..... 80
3.4 داء المشوكات (الداء العداري) ..... 83
3.5 الجذام ..... 86
3.6 النكاف ..... 90
3.7 داء البلهارسيا ..... 93
3.8 داء الصفر ..... 96
3.9 داء الأنكلستومات (داء الديدان الشصية) ..... 99
3.10 داء المسلكات ..... 102
3.11 داء الأسطوانيات ..... 104
3.12 داء السرميات ..... 107
3.13 داء الشراطيات (المحرشفة) ..... 110
3.14 داء الشريطيات (الشريطية العزلاء) ..... 113
داء الأميبات ..... 116
3.16 داء الجيارديات ..... 119
3.17 التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة (ALRI) ..... 121
3.18 داء المقوسات ..... 124
3.19 التيفود والحمى الباراتيفودية ..... 126

**ملحق 1: الأمراض السارية المبلغ عنها في عام 2011 مقارنة بعام 2010 ..... 129**

**ملحق 3: مجموعة أدوات المبيدات المستخدمة في مجال الصحة العامة ..... 132**

**ملحق 4: تعليمات تصنيف الأمراض السارية ..... 134**

**المراجع ..... 136**

## المقدمة

النسخة الأولى من إرشادات مكافحة الأمراض السارية، التي نشرت في عام 1999، كانت محل تقدير كبير وعلى نطاق واسع واستخدمت كمرجع لأكثر من عشر أعوام. وبالنظر إلى أن العراق يشهد حاليا فترة من النمو، والتنمية، والإصلاح، فنحن نرى انه الوقت المناسب لكتابة الطبعة الثانية من هذه الإرشادات. هذه عملية مستمرة في التطوير - ونحن نأمل أن يستمر تعديل الإرشادات كل ثلاث سنوات لتوفير الطاقم الطبي وتوفير طاقم مساعدي الاطباء مع توفير المعلومات الأكثر تحديثاً لأنها تعمل على تعزيز الصحة العامة، والتعامل مع تفشي الأمراض السارية، وتحسين الكشف المبكر وأنظمة المراقبة بالعراق.

تغطي هذه الإرشادات الأمراض التي تم تضمينها حاليا في نظام المراقبة بالعراق. يتم تقسيم هذه الأمراض إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي:

- المجموعة 1: أمراض الإشعار الفوري
- المجموعة 2: أمراض يبلغ عنها أسبوعيا
- المجموعة 3: أمراض يبلغ عنها شهرياً

ويتضمن إرشادات كل فرد أيضا:

1. التعرف على المرض (التعرف على الحالات المحتملة، والمؤكدة).
2. عامل معدي
3. حدوث
4. مستودع
5. طريقة الانتقال
6. فترة الحضانة
7. فترة سريان المرض
8. الاستعداد المناعي والمقاومة
9. طرق المكافحة، والتي تشمل:
    a. إجراءات وقائية
    b. السيطرة على المريض، والمخالطون، والبيئة المباشرة
    c. أجراءات الوباء
    d. مقتضيات الكوارث
    e. تدابير دولية
10. إدارة المرض، بما في ذلك العلاج، وحالة وإدارة الاختلاط.

## المجموعة 1: أمراض الإشعار الفوري

### 1.1 مراقبة الشلل الرخوي الحاد (AFP)

AFP 10-ICD

وهي استراتيجية ضرورية لمبادرة القضاء على شلل الأطفال (PEI) والتي تهدف للبحث عن دورة فيروس شلل الأطفال البري في المجتمع، للتحقيق في جميع الحالات المحتملة الإصابة بشلل الأطفال. مراقبة الشلل الرخوي الحاد هي المراقبة لجميع الحالات المشتبه فيها بالإصابة بشلل الأطفال. والغرض منها هو للكشف عن المناطق والجماعات التي يسري فيها فيروس شلل الأطفال والتي يحدث فيها الإصابة أو التي من المحتمل أن تحدث فيها والسماح بالتركيز على التحصين التكميلي عند الحاجة.

**تصنيف الحالة**

*حالة الشلل الرخوي الحاد*: أي مريض دون سن 15 سنة من العمر لديه الشلل الرخوي الحاد، أو أي شخص في أي عمر ويشك الطبيب في أنه شلل الأطفال.

*المخالطون*: ويعرف المخالط بالطفل الذي أقل من 5 سنوات من العمر والذي كان على اتصال مباشر مع الحالات ذات مؤشر AFP خلال أسبوع واحد قبل ظهور الشلل و/أو في غضون أسبوعين بعد ظهور الشلل.

**أنواع مراقبة AFP**

1. المراقبة الروتينية للشلل الرخوي الحاد ("أبلغت بصفر")
مطلوب الإخطار الفوري للأطفال الذين يصابوا بالشلل الرخوي الحاد في الأطفال <15 سنة من العمر. وينبغي أيضا إدراج الشلل الرخوي الحاد في نظام الإبلاغ الأسبوعي والشهري. عندما يتم الكشف عن أي حالة مصابة بالشلل الرخوي الحاد، ينبغي على وحدات الإبلاغ أن تظل ترسل التقارير الأسبوعية والشهرية موضحة أن عدد الحالات يساوي صفر.

2. المراقبة النشطة للشلل الرخوي الحاد
المراقبة النشطة هي استراتيجية لجمع المعلومات عن طريق زيارة المرافق الصحية. وينبغي أن يقوم الشخص المعين بزيارات إلى المواقع التي من المرجح أن تكون بها حالات من شلل الأطفال الحاد، مثل المستشفيات ومراكز التأهيل. تركز المراقبة النشطة بشكل رئيسي على المستشفيات، لأنه معظم الأطفال الذين يعانون من الشلل المفاجئ يتم الكشف عنهم في المستشفيات أو سينتهي بهم المطاف إلى المستشفيات بسبب الإحالة.

3. البحث عن حالات الشلل الرخوي الحاد
البحث عن حالات الشلل الرخوي الحاد في المجتمع

**العناصر الرئيسية لمراقبة الشلل الرخوي الحاد**

- الكشف والتحقيق عن جميع حالات الشلل الرخوي الحاد في الأطفال <15 عاما.
- جمع عينتين من عينات البراز، يتم أخذ العينة منفصلة بـ 24 ساعة على الأقل بين كل عينة، وفي غضون 14 يوما من ظهور الشلل.
- إجراء اختبارات فيروسية على عينة البراز في مختبر معتمد من منظمة الصحة العالمية.
- إجراء 60 يوم متابعة للشلل المتبقي.
- تصنيف الحالات وفقا لمخطط منظمة الصحة العالمية.

**المؤشرات الرئيسية لأداء المراقبة**

- معدل الشلل الرخوي لحاد غير الناجم عن التهاب سنجابية النخاع (يستهدف: 100000/2 من السكان <15 عاما سنويا)
- تم جمع عينتين من عينات البراز، وتم أخذ عينة منفصلة بأكثر من 24 ساعة بين كل عينة، وفي غضون 14 يوما من ظهور الشلل. كل عينة من حجم كاف (من 8 إلى 10 جرام) وتم تعبئتها وشحنها في صندوق بارد، وتصل في غضون 3 أيام من يوم جمعها إلى المختبر في حالة جيدة (الهدف:80%)

**إدارة هذا المرض**[1]

- واحد لكل 200 عدوى تؤدي إلى شلل لا يمكن التغلب عليه، وعادة يكون في الساقين. ويسبب هذا فيروس يدخل لمجرى الدم ويغزو الجهاز العصبي المركزي. وأثناء تكاثر الفيروس، يقوم بتدمير الخلايا العصبية التي تنشط العضلات. العضلات التي تتأثر به لا تؤدي وظيفيتها مرة أخرى ويصبح الطرف مرن وبلا حياة - وهي حالة تعرف باسم الشلل الرخو الحاد (AFP). يتم الإبلاغ عن جميع حالات الشلل الرخو الحاد (AFP) بين الأطفال دون سن خمس عشرة سنة من العمر، ويتم اجراء اختبار فيروس شلل الأطفال في غضون 48 ساعة من ظهور الشلل.

- حوالي 40٪ من الأشخاص الذين ينجون من شلل الأطفال قد يتطور لديهم أعراض إضافية بعد 15- 40 سنة من المرض الأصلي. هذه الأعراض - تسمى متلازمة ما بعد شلل الأطفال - وتشمل ضعف تدريجي جديد للعضلات، والتعب الشديد وآلام في العضلات والمفاصل.

- ليس هناك علاج لشلل الأطفال، العلاج الوحيد هو التخفيف من الأعراض. يتم استخدام الحرارة والعلاج الطبيعي لتحفيز العضلات ويتم إعطاء الأدوية المضادة للتشنج لاسترخاء العضلات. بينما يساعد هذا على تحسين القدرة على الحركة، لكنه لا يعمل على عكس الشلل الدائم للأطفال.

- يمكن الوقاية من شلل الأطفال عن طريق التحصين. يعطى لقاح شلل الأطفال على عدة مرات، تقريبا تحمي الطفل مدى الحياة.

[1] مبادرة القضاء على شلل الأطفال العالمية، http://www.polioeradication.org/Polioandprevention.aspx.2010

## 1.2 الجمرة الخبيثة[2]

### ICD-10 A22

#### 1.2.1 التعريف

الجمرة الخبيثة هو مرض بكتيري حاد يصيب عادة الجلد، ونادرا ما يصيب الجهاز التنفسي أو الأمعاء. معظم أشكال المرض قاتلة. يصيب مرض الجمرة الخبيثة كل من البشر والحيوانات الأخرى. الجمرة الخبيثة له ظهور حاد يتميز بعدة أشكال سريرية. والتي تشمل:

1. الشكل الموضعي (الجلدي): عادة تظهر الآفة الجلدية على الجزء الظاهر من الجسم مثل الوجه أوالرقبة أو الذراع، ويتطور على مدى 7 أيام من مرحلة الطفحة الحطاطية إلى مرحلة الطفحة الحويصلية، ثم إلى الندبة السوداء المنخسفة ودائما يكون مصحوبا بوذمة والتي قد تكون خفيفة أو ممتدة.
2. أشكال مجموعية

2.1. الرئوية (الاستنشاق)، والتي تتميز ببوادر قصيرة تشبه مرض تنفسي فيروسي حاد، تليها بداية سريعة من نقص التأكسج، مع بحة في الصوت، وارتفاع في درجة الحرارة، مع أدلة بالتصوير بالأشعة السينية للصدر من اتساع المنصف.

2.2. بالجهاز الهضمي: تتميز بتلبك معوي، والغثيان والقيء وفقدان الشهية وتليها حمى.

2.3. سحائي: بداية حادة من ارتفاع في درجة الحرارة مع احتمال وجود تشنجات، وفقدان الوعي، والعلامات والأعراض السحائية، تم ملاحظتها في جميع العدوى المجموعية.

**تصنيف الحالة**:

1. حالة يشتبه بها: هي الحالة التي تكون متوافقة مع الوصف السريري ولها علاقة وبائية لحالات الإصابة الحيوانية المؤكدة أو المشتبه فيها أو بمنتج حيواني ملوث.
2. الحالة المحتملة: الحالة التي يشتبه أن الشخص لديه رد فعل إيجابي لاختبار حساسية الجلد (في الأشخاص غير المحصنين)
3. حالة مؤكدة: الأمصال الإيجابية (PCR، IFAT، ELISA)

**معايير مختبرية لتشخيص المرض**:

1. عزل عصوية جمرية من عينة سريرية (دم، آفات، إفرازات).
2. إظهار عصوية جمرية في عينة سريرية عن طريق الفحص المجهري للمسحات الملطخة (السائل الحويصلي، والدم، السائل النخاعي، السائل الجنبي، والبراز).
3. الأمصال الإيجابية (ELISA، لطخة ويسترن، والكشف عن السموم، مقايسة الكروماتوغرافي، اختبار الأجسام المضادة المتألق (FAT).

ملاحظة: قد لا يمكن إظهار عصوية الجمرة الخبيثة في عينة سريرية إذا عولج المريض بمواد مضادة للجراثيم.

[2] مبادرة منظمة الصحة العالمية لأبحاث اللقاح (IVR): الأمراض الحيوانية المصدر، تحديث عام 2009.
http://www.who.int/vaccine_research/diseases/zoonotic/en/index1.html

**1.2.2 عامل معدي**

عصوية الجمرة الخبيثة، نبوت إيجابي الجرام، مغلف، مبوغ الشكل، غير متحرك هوائي.

**1.2.3 ظهور المرض**

حالات الجمرة الخبيثة، 2000-2009

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 42 | 3 |

يحدث مرض الجمرة الخبيثة الزراعية خاصة بين الأطباء البيطريين والعمال الزراعيين والجزارين، والجمرة الخبيثة الصناعية، والتي تنتج عن التعرض لصوف الأغنام الملوثة أو شعر الماعز التي يتم تصنيعها في الخيوط المستخدمة في صناعة الغزل والنسيج والسجاد، وكذلك جلود الماشية التي يتم تصنيعها في المنتجات الجلدية، أو العظام التي تستخدم لتصنيع الجيلاتين و/أو الأسمدة.

**1.2.4 مستودع**

الجلود الجافة والجلود المصنعة بطريقة أخرى من الحيوانات المصابة قد تؤوي الجراثيم لسنوات. تظل الجراثيم أيضاً حية في التربة الملوثة لسنوات عديدة.

**1.2.5 طريقة الانتقال**

1. من خلال آفات الجلد عن طريق لمس أنسجة الحيوانات المصابة (الأبقار، الأغنام، الماعز، الخ.)
2. الجمرة الخبيثة المعوية: عن طريق ابتلاع المواد الغذائية الملوثة (اللحم الغير مطبوخ) أو استنشاق الغبار المحمل بالجرثومة.

**1.2.6 فترة الحضانة**

تحدث معظم الحالات في غضون 2-7 أيام من التعرض، ولكن قد يحدث في فترة الحضانة لمدة تصل إلى 60 يوما.

**1.2.7 فترة السريان**

لا يوجد أي دليل على أن الانتشار يتم مباشرة من شخص لآخر. المواد والتربة الملوثة بالجراثيم قد تظل معدية لعدة سنوات.

**1.2.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

معدل وفاة الحالات من الجمرة الخبيثة الجلدية عادة يكون حوالي 20٪ إذا لم تتم المعالجة. العدوى المجموعية الناتجة من الاستنشاق تؤدي إلى معدل وفاة للحالات 100٪ وأسباب الموت من عدوى الجهاز الهضمي 25٪ إلى 75٪ من الحالات، إذا لم تتم المعالجة. بعد الشفاء يتبعه عادة التحصين المطول.

**1.2.9 طرق المكافحة**

a1.2.9 **الإجراءات الوقائية**:

- تثقيف الموظفين الذين يتعاملون مع المواد التي يحتمل أن تكون بها عدوى بالرعاية المناسبة لقشط الجلد.
- تأكد من التهوية المناسبة في الصناعات الخطرة واستخدام ملابس واقية.
- تعقيم الشعر والصوف أوالجلود، ووجبة العظام أو الأعلاف الأخرى ذات الأصل الحيواني قبل تجهيزها.
- استخدام الفورمالديهايد المبخر للتطهير الختامي لمصانع النسيج الملوثة بالجمرة الخبيثة.
- دفن الذبائح بعمق مع وضع الجير الحي في مكان الموت إذا كان ذلك ممكنا. لا تقوم بتشريح الجثة أو نقلها في أماكن مفتوحة.
- تطهير التربة أو التصريف بالجير الحي، أو من الأفضل دفن مع الذبيحة بعمق.
- تحصين جميع الحيوانات المعرضة للخطر، وإعادة التحصين سنويا.

b1.2.9 **إجراءات المكافحة**

- علاج المريض (البنسلين هو الدواء المختار، ويمكن استخدام التتراسيكلين، الاريثروميسين، الكلورامفينيكول، سيبروفلوكساسين).
- اتخاذ الترتيبات لعزل المريض في المستشفى، والمواد المتسخة تتطلب التعقيم بالبخار أو بالحرق.
- متابعة المخالطين.

**1.2.10 إدارة المرض**[3]

a1.2.10 **الحالات المعتدل غير المصحوبة بمضاعفات**

- في حالات الجمرة الخبيثة الجلدية المعتدلة غير المصحوبة بمضاعفات، البنسلين V، 500 ملغ، يؤخذ عن طريق الفم كل 6 ساعات لمدة 5-7 أيام كافية، ولكن العلاج الموصى به عادة من 3 إلى 7 أيام ببنسلين البروكين العضلي، 600 ملغ (1 مليون وحدة)، كل 12.24 ساعة أو بنزيل البنسلين العضلي (البنسلين G)، 250,000 وحدة كل 6 ساعات.
- تصبح الآفات الجلدية عادة عقيمة في غضون ال 24 ساعة الأولى من هذه الأنظمة العلاجية ولكن، على الرغم من أن العلاج المبكر سوف يحد من حجم الآفة، إلا أنه لن يغير من المراحل التطورية يجب أن يمر بها المريض.

b1.2.10 **الحالات الشديدة أو التي من المحتمل أن تهدد الحياة**

- في المرضى المصابين بشدة أو عند الاشتباه بالجمرة الخبيثة الرئوية أو بإصابة الجهاز الهضمي، العلاج الأولي هو البنسلين G، بمقدار 1200 ملغ (2 مليون وحدة) يوميا عن طريق التسريب أو بالحقن البطئ في الوريد (<300 ملغ/دقيقة) كل 4-6 ساعات حتى تعود درجة حرارة المريض إلى وضعها الطبيعي، وفي هذه المرحلة يجب استمرار العلاج ببنسلين البروكاين العضلي يتم إدارة العلاج كما هو موضح أعلاه. الستربتوميسين، 1.2 غرام يوميا بالعضل، وقد يؤخذ بالتآزر مع البنسلين.
- التدابير العامة لعلاج الصدمة قد تكون المنقذة للحياة حيث انه يؤدي إلى الوفاة، أوعلى الأقل جزئيا، بسبب الصدمة السمية. قد يكون هناك حاجة للتنبيب، أو إلى بضع الرغامي أو لدعم اجهزة التنفس الصناعي في حالة مشاكل الجهاز التنفسي، والدعم الحركي بالدوبامين قد يكون ضروري عند وجود عدم استقرار في الدورة الدموية.
- لا تظهر بشكل عام أمراض الدم الأولية، واضطرابات وظائف الكلى أو الكبد الأولية.

[3] منظمة الصحة العالمية" .WHO إرشادات لمراقبة ومكافحة الجمرة الخبيثة في البشر والحيوانات ".النسخة الثالثة 2012.http://www.who.int/csr/resources/publications/anthrax/WHO_EMC_ZDI_98_6/en/

c1.2.10 **بدائل للبنسلين**

- في حالة الحساسية للبنسلين، تعتبر العديد من المضادات الحيوية بدائل فعالة، بما في ذلك التتراسكلين، الكلورامفينيكول، جنتاميسين والاريثروميسين. ومن عائلة التتراسيكلين، أشارت التجارب التي تجرى على الحيوانات أن الدوكسي سيكلين فعال جدا وأن الكينولون و السيبروفلوكساسين قد يكون أيضا مناسب.
- التريميثوبريم ليس فعال.

**ملاحظة**: **التنسيق بين وزارتي الزراعة والصحة أمر ضروري**.

المرجع: مبادرة منظمة الصحة العالمية لأبحاث اللقاح (IVR): الأمراض الحيوانية المصدر، تحديث عام 2009. http://www.who.int/vaccine_research/diseases/zoonotic/en/index1.html

[4]

**آفة جلدية ناجمة عن مرض الجمرة الخبيثة**

[4]CDC/ James H. Steele

## 1.3 الكوليرا

**ICD-10 A00**

### 1.3.1 التعريف

الكوليرا هو مرض معوي جرثومي حاد يتميز بصورته الحادة، وظهوره المفاجئ، وبالبراز المائي الغزير الغير مؤلم (براز شبيه بماء الرز)، والغثيان والقيء الغزير. قد يحدث آلام متقطعة في البطن. تشنجات شديدة بعضلات الأطراف وقد يرجع هذا إلى اضطراب اليكتروليت (الكهرل). في الحالات التي لم تعالج، يحدث جفاف سريع، والحماض، وانهيار الدورة الدموية، ونقص السكر في الدم في الأطفال، والفشل الكلوي. تحدث الوفاة في غضون بضع ساعات في 50٪ من الحالات الشديدة، ومع ذلك، إذا تم بدء العلاج المناسب في وقت مبكر، قد تصل الوفيات إلى 1٪ فقط.

***الكوليرا هو أساسا مرض إسهال فقط حيث يمكن أن يصيب المرضى جفاف شديد في أقل من ست ساعات. لا أحد ممن يصل إلى مركز العلاج ولا يزال يتنفس يمكن أن يموت من مرض الكوليرا.***

**تصنيف الحالة**

1. حالة يشتبه بها: أية حالة تشكو من إسهال مائي حاد من دون ألم، + / - القيء، بغض النظر عن عمر المريض.
2. الحالة المحتملة: أي حالة يشتبه بها لديها جفاف شديد، أو الموت بسبب الإسهال المائي الحاد.
3. حالة مؤكدة: وهناك حالة يشتبه بها مع العزل بسبب ضمة الكوليرا O1 أو O139 من البراز.
4. حامل العدوى: الشخص الذي لديه أعراض ضمة الكوليرا ومعزول عن البراز

### 1.3.2 عامل معدي

زمرة مصلية لضمة الكوليرا O1 وO139. الزمرة المصلية O1 تحدث عن اثنين من الأنواع الحيوية وهما (الكلاسيكية والطور)، كل واحدة منها تحدث كثلاثة أنواع مصلية (إينابا، اوجاوا ونادرا الهيكوجيما). يتم تحديد الزمرة المصلية من خلال تراصها مع مصل ضدي معين. إذا كان الإجهاد لا يتراص مع الأمصال الضدية؛ يعرف هذا بأنه غير O1، وغير O139*ضمة الكوليرا*(NAG). سم الكوليرا هو المسؤول الأول عن فقدان السوائل.

### 1.3.3 ظهور المرض

الكوليرا هو واحد من أقدم وأفضل الأمراض الوبائية فهماً. وترتبط الأوبئة والفاشية بقوة مع استهلاك المياه غير المأمونة والمواد الغذائية وسوء النظافة، وسوء الصرف الصحي وظروف المعيشة المزدحمة.

### 1.3.4 المستودع

البشر فقط.

**1.3.5 طريقة الانتقال**

استهلاك الأغذية أو المياه الملوثة بالبراز أو القيء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة لحالة (مثل تخزين المياه غير المأمونة في المناطق ذات الكثافة السكانية العالية لأن البكتيريا يمكن أن تبقى في الماء لفترة طويلة).

**1.3.6 فترة الحضانة**

من ساعات قليلة إلى 5 أيام. تتراوح بين 1 إلى 3 أيام

**1.3.7 فترة السريان**

طالما البراز إيجابي، عادة ما يكون فقط أيام معدودة بعد الشفاء.

**1.3.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

متغيرة؛ المعدة اللاهيدروكلورية تزيد من خطر المرض، والرضع من الرضاعة الطبيعية محميين من المرض. تحدث الكوليرا الشديدة بشكل كبير في كثير من الأحيان بين الأشخاص ذوي فصيلة الدم O. والعدوى بالكوليرا V بإما بالنوع O1 أو O139 والذي ينتج عنه ارتفاع الأجسام المضادة الراصة والمضادة للذيفان، مع زيادة المقاومة لإعادة العدوى.

**1.3.9 طريقة المكافحة**

***a1.3.9* الإجراءات الوقائية**

- تحسن بسيط في المياه، والنظافة، والصرف الصحي يمكن أن يقلل بشكل ملحوظ من الإصابة بالكوليرا وأمراض الإسهال الأخرى.
- غسل اليدين بالماء والصابون بعد استخدام المراحيض، وقبل إعداد الطعام وقبل الأكل.
- غلي الماء أو تطهير المياه بمحلول الكلور.
- أكل الطعام المطبوخ الطازج فقط.
- لا للتبرز بالقرب من مصادر المياه.
- استخدم المراحيض وحفاظ عليها نظيفة.
- تشجيع الرضاعة الطبيعية طوال مرحلة الرضاعة؛ غلي الحليب وكل المياه المستخدمة لتغذية الرضع.

b1.3.9 **إجراءات المكافحة**

ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية الإبلاغ عن جميع الحالات.

**إجراءات المراقبة**:

- الإبلاغ: المرضى سواء من حالات الكوليرا المشتبه بها او المؤكدة ينبغي الإبلاغ عنها فورا إلى DSU، GSU، وCSU.
- التحقيق في الحالة: يجب التحقيق فورا في جميع الحالات المشتبه فيها من قبل DSU بالتعاون مع برنامج الأمراض السارية. ينبغي أن يستكمل أشكال التحقيق في الحالة وإرسالها فورا إلى برنامج الأمراض المعدية وCSU. فمن المهم تنسيق جهود المراقبة مع مختبر الصحة العامة المركزي لضمان جمع ومعالجة العينات المخبرية المناسبة.

**الاجراءات المختبرية**: عينات البراز الطازجة التي تم أخذها في متوسط كارِي - بلير والمستنبتات في البيبتون القلوية ينبغي أن ترسل في درجة حرارة الغرفة للمختبرات المشتركة في مدة أقصاها 6 ساعات.

**تحليل البيانات**: ويوصى بالإبلاغ الأسبوعي والشهري الروتيني عن البيانات التي تم تجميعها من المستوى المحيطي إلى المستويات المتوسطة والمركزية. مطلوب الإخطار الفوري عن كل حالة للـ CSU. الإبلاغ عن عدم وجود حالات أمر إلزامي.

**الإجراءات التي يتعين اتخاذها**:

- أهم عمل لإدارة المرضى الذين يعانون من الكوليرا وغيرها من أمراض الإسهال والجفاف الشديد هي الإماهة السريعة والمناسبة للتعويض عن فقد السوائل الذي حدث قبل أن يأتي لتلقي العلاج، والمعالجة بالإماهة والبقاء عليها للتعويض عن فقد السوائل المستمر. ويتم ذلك إما عن طريق أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم أو من خلال حقن السوائل عن طريق الوريد وفقا لحالة الجفاف.
- **للحالات**: العلاج بالإماهة الفموية هي الدعامة الرئيسية لعلاج المرضى الذين يعانون الإسهال المائي الحاد. العلاجات المضادة للميكروبات هو مكمل هام لعلاج الجفاف عن طريق الفم لمريض الكوليرا.
- **للمخالطون بالمريض**: ينبغي إجراء المراقبة للأمراض الحادة بين المخالطون الذي تقاسموا الطعام أو الماء مع مرضى الكوليرا. في الأماكن مثل المنازل التي قد يتنقل المرض بها، ينبغي أن يعالج المخالطون بالمضادات الحيوية الوقائية.

c1.3.9 **تدابير ضد الوباء**

التثقيف الصحي وتحسين الصرف الصحي، هي تدابير الاحتواء الفعال.

d1.3.9 **آثار الكوارث**

مخاطر تفشي المرض في المناطق الموبوءة إذا ازدحم مجموعات كبيرة من الناس معا دون وجود كمية كافية من المياه الصالحة للشرب، تناول الغذاء الكافي، أو وجود المرافق الصحية.

e1.3.9 **تدابير دولية**

1. كما طالبت منظمة الصحة العالمية الحكومات بالإبلاغ عن حالات بكتيريا الكوليرا O1 و O139، وتفشي أو انتشار الإسهال المائي الحاد، عندما تكون الأعراض غير عادية أو غير متوقعة، أو عندما يمثل الأمر خطر كبير من الانتشار دولياً أو عبر السفر دولياً أو عبر القيود التجارية (اللوائح الصحية الدولية 2005).
2. تنص اللوائح الدولية على أن المعلومات ينبغي أن تشمل عدد الحالات الجديدة، عدد الوفيات، التوزيع العمري، والقبول في المستشفيات.
3. التدابير التي ينبغي أن تطبق على السفن والطائرات والنقل البري القادم من مناطق الكوليرا هي التي يتعين تطبيقها في إطار الوائح الصحية الدولية المعدلة 2005.
4. المسافرين الدوليين: لا يشترط إثبات التطعيم ضد الكوليرا كشرط لدخول أي بلد.

### 1.3.10 إدارة المرض[5]

- العلاج الفعال يكمن في الإماهة السريعة من خلال إدارة محاليل الإماهة الفموية (ORS) أو حقن السوائل بالوريد، وهذا يتوقف على شدة الحالات. ما يصل الى 80٪ من المرضى يمكن معالجتهم بشكل كاف من خلال إدارة محاليل الإماهة الفموية ORS (منظمة الصحة العالمية / اليونيسيف - الكيس المعياري لمحاليل الإماهة الفموية ORS ).
- يتم التعامل مع مرضى الجفاف الشديد من خلال إدارة السوائل عن طريق الوريد، ويفضل من خلال محلول رينجر اللاكتات. يمكن إعطاء المضادات الحيوية الملائمة للحالات الشديدة لتقليل فترة الإسهال والحد من حجم سوائل الإماهة اللازمة وتقليص المدة لإفرازات بكتيريا الكوليرا.
- للأطفال وحتى سن خمس سنوات، الإدارة التكميلية للزنك[2] أثبتت فعاليتها في الحد من مدة الإسهال وكذلك في خفض نوبات الإسهال المتعاقبة. من أجل ضمان الوصول العلاج في الوقت المناسب، ينبغي إنشاء مراكز لعلاج الكوليرا بين الفئات السكانية المتضررة كلما أمكن ذلك.

6

**الشخص الذي لديه جفاف حاد بسبب الكوليرا – يتم ملاحظة عينية الغارقتين وانخفاض تورم الجلد والذي ينتج عنه تجاعيد اليدين.**

[5]منظمة الصحة العالمية" .WHO منع ومكافحة تفشي مرض الكوليرا :سياسة وتوصيات منظمة الصحة العالمية ".
2012.http://www.who.int/cholera/technical/prevention/control/en/index4.html
[6]http://phil.cdc.gov

## 1.4 حمى الكنغو و القرم النزفية

### ICD-10 A98

#### 1.4.1 التعريف

هو مرض فيروسي يأتي بظهور مفاجئ للحمى، والشعور بالضيق، والضعف، والتهيج، والصداع، وآلام في الأطراف ونزيف يظهر في اليوم الرابع من المرض، والذي قد يشمل نزف أنفي، ونزف اللثة، ونزف الجهاز الهضمي أو المسالك البولية، وظهور كدمات بالعين وفرفرية (بقع وكدمات على الجلد)، والنزف من موقع الحقن.

**تعريف الحالة**

حالة يشتبه بها: حمى مع الأعراض النزفية الحادة مع تاريخ من الاتصال بالحيوانات.
الحالة المحتملة: حالة يشتبه بها بالإضافة إلى تاريخ من الاتصال مع حالة بشرية مؤكدة.
حالة مؤكدة: حالة يشتبه بها مع اختبارات توكيدية بالمختبر. بتم تأكيد التشخيص من قبل C.F.T، IFAT، ELISA.

#### 1.4.2 عامل معدي

فيروس حمى الكنغو و القرم النزفية (الفيروسات البنياوية النيروبية)

#### 1.4.3 ظهور المرض

تحليل الوضع في العراق للعوامل البشرية، 2000 - 2011

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 4 | 6 | 6 | 2 | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 10 | 6 |

في عام 2010، حدث تفشي للمرض في محافظة نينوى. وكانت عدد الحالات المؤكدة 10 وحدثت حالة واحدة في محافظة دهوك. توفي 3 من هذه الحالات. معدل الوفيات هو 10 - 30٪ في العراق.

#### 1.4.4 مستودع

تعتبر القرادة (حشرة زجاجي العين الهامشي) تعتبر مستودع وناقل للمرض في نفس الوقت، وقد تعمل الحيوانات الأليفة (الأغنام والماعز والأبقار) بتضخيم نقل المضيف خلال الأوبئة الحيوانية.

#### 1.4.5 طريقة الانتقال

1. بواسطة لدغة معدية من القرادة (حشرة زجاجي العين الهامشي)
2. عدوى المستشفيات.
3. ذبح الحيوانات المصابة: تنتشر عن طريق السوائل الملوثة وخاصة الدم من خلال الاتصال المباشر مع جرح أو خدش جلد الإنسان.

**1.4.6 فترة الحضانة**

3-12 يوم تعتمد على طريقة اكتساب الفيروس. عن طريق لدغة القرادة: 1-3 أيام، وتصل إلى 9 أيام. بعد الاتصال مع الدم أو الأنسجة الملوثة: 5-6 أيام، وتصل إلى 12 يوما.

**1.4.7 فترة السريان**

الحيوانات الأليفة مثل الأبقار والأغنام والماعز، يجري الفيروس بها مجرى الدم لحوالي اسبوع واحد بعد الإصابة بالفيروس من القرادة.

**1.4.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

انتعاش يكون بطيئاً، ويبدأ في اليوم التاسع أو العاشر بعد ظهور المرض. وتتراوح معدلات الوفاة لحالات المرضى بالمستشفى من 9٪ لتصل الى 50٪.

**1.4.9 طرق المكافحة[7]**

1. اكتشاف الحالات وإبلاغ وزارة الصحة في المحافظة خلال 24 ساعة عن طريق الهاتف أو البريد الإلكتروني، وكذلك إبلاغ مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها.
2. عزل الحالات البشرية المشتبه بها والحالات المؤكدة في المستشفيات مع اتخذا تدابير المافحة لحماية الاتصال الطبي وشبه الطبي بالمرضى.
3. تدابير مكافحة القراد
4. تحقق من وجود أي اختلاط مباشر في منزل المريض تحت إشراف طبي من قبل أقرب مركز رعاية صحية أولية. وينبغي متابعة المخالطون ممن تعرضوا إلى أنسجة أو دم المريض سواء من الحالات المؤكدة أو من المشتبة بها مع درجة الحرارة اليومية الطبيعية ورصد الأعراض لمدة 14 يوما على الأقل بعد التعرض.
5. الإبلاغ السريع للإدارة البيطرية لاتخاذ الإجراءات اللازمة باستخدام المبيدات الحشرية المضادة للقراد على الحيوان المصاب في منزل المريض.

**1.4.10 إدارة المرض[8]**

- العلاجات العامة الداعمة هي الركيزة الأساسية لإدارة مريض حمى الكنغو و القرم النزفية CCHF. مطلوب مراقبة مكثفة لتوجيه حجم واستبدال مكونات الدم.
- يتم استخدام العقار المضاد للفيروسات ريبافيرين في علاج عدوى حمى الكنغو و القرم النزفية CCHF مع ملاحظة وجود فائدة واضحة منه. يبدو على التركيبات التي تؤخذ عن طريق الفم أو الوريد أنها فعالة.
- لم يثبت قيمة البلازما المناعية في الأغراض العلاجية للمرضى الذين عولجوا، على الرغم استخدامها في عدة حالات.

[7] مبادرة منظمة الصحة العالمية لبحوث اللقاح (IVR): تحديث عام 2009.http://www.who.int/csr/disease/crimean_congoHF/en/index.html

[8] منظمة الصحة العالمية" .WHO حمى الكنغو و القرم النزفية ."نوفمبر 2001.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs208/en/

المرجع: مبادرة منظمة الصحة العالمية لبحوث اللقاح (IVR): تحديث عام 2009. http://www.who.int/csr/disease/crimean_congoHF/en/index.html

[9]

**مريض من الذكور تم عزله لتشخيص حالته على أنها حمى الكنغو و القرم النزفية**

[9] Centers for Disease Control and Prevention's Public Health Image Library (PHIL)

## 1.5 الدفتيريا

### ICD-10 A36

#### 1.5.1 التعريف

مرض الجهاز التنفسي العلوي مع التهاب الحنجرة أو التهاب البلعوم أو اللوزتين، بالإضافة إلى الأغشية الملتصقة على اللوزتين أو على البلعوم الأنفي.

**تصنيف الحالة**

1. حالة يشتبه بها: غير قابل للتطبيق
2. الحالة المحتملة: الحالة التي تفي بالوصف السريري
3. حالة مؤكدة: الحالة المحتملة المؤكدة من المختبر (العزل بسبب الدفتيريا من عينة سريرية)، أو مرتبطة وبائياً بحالة مؤكدة مختبريا.
4. الناقل: وجود الدفتيريا في البلعوم الأنفي ولكن لا تظهر أعراض. **ملاحظة: يجب ألا يتم الإبلاغ عن الأشخاص الإيجابيين بالدفتيريا والذين لم تتطابق عليهم الأوصاف السريرية (الناقل دون وجود أعراض)، لا يتم الإبلاغ عنهم على أنهم حالات محتملة أو مؤكدة.**

#### 1.5.2 عامل معدي

بكتيريا الدفتيريا

#### 1.5.3 ظهور المرض

الدفتيريا مرض مستوطن بالعراق[10]

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 34 | 33 | - | - | 17 | 6 | 6 | 3 | 6 | 13 | 2 | 4 |

#### 1.5.4 المستودع

البشر هم المستودع الوحيد المعروف للمرض.

#### 1.5.5 طريقة الانتقال

- الاتصال (عادة يكون المباشرة، ونادرا ما يكون غير المباشرة) مع الرذاذ التنفسي لحالة أو لناقل
- في حالات نادرة، يمكن أن ينتقل المرض من خلال المواد الغذائية (وقد كان الحليب الخام وسيلة لهذا)

#### 1.5.6 فترة الحضانة

عادة 2-5 أيام، وأطول أحيانا.

#### 1.5.7 فترة السريان

المرضى الغير معالجون يكونوا معديين لمدة من 2 إلى 3 أسابيع - حتى تتفي العصيات الخبيثة من الإفرازات والآفات. الناقل المزمن النادر يمكن أن تظل به العصيات لمدة 6 أشهر أو أكثر. هذا المرض عادة ما يكون غير معدي بعد 48 ساعة من العلاج بالمضادات الحيوية.

[10] ttp://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencebycountry.cfm?C=IRQ

**1.5.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

أكثر الناس عرضة للإصابة هم أولئك الذين لم يتم تطعيمهم من قبل، وتعرضوا إلى ناقل للمرض أو إلى شخص مصاب.

**1.5.9 طرق المكافحة**

تستند مكافحة الدفتيريا على ثلاثة تدابير:

1. ضمان وجود المناعة العالية لدى السكان من خلال التطعيم (الوقاية الأولية).
2. التحقيق السريع وعلاج المخالطون للمريض (الوقاية الثانوية من الانتشار).
3. التشخيص المبكر والإدارة السليمة للحالة (الوقاية الثالثية من المضاعفات والوفيات).

a1.5.9 **الإجراءات الوقائية (التطعيم)**

- جرعة 0.5 مل من اللقاح الثلاثي بالعضل في الجزء الخارجي من الفخذ، وفقا للجدول الوطني
- إذا تم بدء التطعيم في وقت لاحق، يجب أن يكون هناك فواصل زمنية 4 أسابيع بين الجرعات.
- يفضل الانتهاء من التحصين قبل سن 6 أشهر (26 أسبوعا).
- يجب أن يتم تخزين اللقاح الثلاثي بين +2 درجة مئوية و +8 ° درجة مئوية.
- يمكن إعطاء اللقاح الثلاثي للأطفال منقوصي المناعة حتى 7 سنوات، ويمكن أن يعطى لقاح التيتانوس والدفتريا لمنقوص المناعة من البالغين.

b1.5.9 **إجراءات المكافحة (إدارة الحالة)**

العلاج المضاد للذيفان والمضادات الحيوية هي حجر الأساس في علاج الدفتيريا.
الأجسام المضادة تبطل مفعول السموم فقط قبل دخولها للخلايا، وبالتالي فمن المهم جداً أن يتم العلاج بمضاد ذيفان الدفتيريا بمجرد إجراء التشخيص الظني.
العلاج بالمضادات الحيوية، عن طريق قتل الكائنات الحية، له ثلاث فوائد:

- إنهاء إنتاج السموم
- تحسين حالة الإصابة الموضعية
- الوقاية من انتشار الكائن الحي للأشخاص المعافين

***لا تنتظر النتائج المخبرية قبل بدء العلاج أو أنشطة المكافحة.***

<u>المرضى</u>
مضاد ذيفان الدفتيريا حقن بالعضل (20،000 إلى 100،000 وحدة) في جرعة واحدة، وعلى الفور بعد أخذ مسحات للحلق. بِنسلينُ البروكاينِ G حقن بالعضل (25،000 الى 50،000 وحدة/كغ/يوم للأطفال؛ 1.2 مليون وحدة/يوميا للبالغين في جرعتين مقسمتين) أو اريثروميسين بالحقن (40-50 مغ/ كغ/يوم بحد أقصى 2 غرام/باليوم) حتى يمكن للمريض الابتلاع؛ ثم البنسلين V عن طريق الفم (125-250 ملغ) في 4 جرعات يوميا، أو الاريثروميسين عن طريق الفم (40-50 مغ/كغ/يوم بحد أقصى 2 غرام / يومياً) مقسمة على 4 جرعات. ***ينبغي مواصلة العلاج بالمضادات الحيوية لفترةإجمالية*** 14***يوما***. العزلة: تامة (الدفتيريا البلعومية) أو جزئية من الاتصال (الدفتريا الجلدية) لمدة 14 يوما. *ملاحظة*: الدفتيريا السريرية لا تمنح بالضرورة مناعة طبيعية، وبالتالي ينبغي تطعيم المرضى قبل الخروج من المرافق الصحية.

<u>الاتصال القريب المخالطة بالمريض</u>
المراقبة لمدة 7 أيام لجميع الأشخاص ذوي اللاتصال القريب من المريض، بغض النظر عن حالة التطعيم، ومسحة الحلق.يجب على الكل أخذ جرعة واحدة من بنسلين البنزاتين G بالعضل (600،000 وحدة للأطفال <6 سنوات؛ 1.2 مليون لعمر 6 سنوات أو أكثر).
إذا كانت المسحة ايجابية، يتم إعطاء المضادات الحيوية للمرضى كما أعلاه.

ناقلي المرض
يجب على الكل أخذ جرعة واحدة من بنسلين البنزاتين G بالعضل (600.000 وحدة للأطفال <6 سنوات؛ 1.2 مليون لعمر 6 سنوات أو أكثر).

c1.5.9 **تدابير ضد الوباء**

- إبلاغ السلطات الصحية إذا تم تحديد حالة أو أكثر من الحالات المشتبه فيها.
- تأكيد التفشي المشتبة به، اتباعاً لإرشادات منظمة الصحة العالمية WHO.
- التحقيق في أي حالة محتملة: معرفة ما اذا كان يستوفي شروط المرض، سجل تاريخ الظهور والسن وحالة التطعيم.
- تأكيد التشخيص: جمع مسحات الأنف والبلعوم على حد سواء من أجل اختبارها ومسحات أخرى من أي جروح أو تقرحات بالجلد. إذا كانت هناك التسهيلات المناسبة المتاحة، قم بتحديد النمط الحيوي ومدى توليد الذيفان للدفتيريا.
- قم بتحديد المخالطين المقربين وتحديد الفئات السكانية المعرضة لمخاطر عالية. يجب على المخالطين من البالغين تجنب الاختلاط بالأطفال ويجب ألا يسمح لهم بالتعامل مع الأغذية حتى يثبت أنهم ليسوا ناقلي للمرض.
- تنفيذ تدابير الرد على الفاشيات (التطعيم). إعطاء الأولوية لإدارة الحالات وتحصين السكان في المناطق التي لم تتأثر حتى الآن حيث من المرجح أن تنتشر بها الفاشية.
- تحصين السكان المعرضين للخطر في أقرب وقت ممكن، وخاصة الأطفال. للبالغين المتعرضين للوباء، يتم تحصين الفئات الأكثر تضررا والأكثر تعرضا للخطر. كرر إجراءات التحصين بعدها بشهر لتوفير جرعتين على الأقل لمستقبلي المرض.
- في حالات الوباء، ينبغي أن تعطى لقاح التيتانوس والدفتريا ويفضل (مزيج من لقاح التيتانوس والدفتريا مع خفض محتوى الدفتريا).
- لضمان سلامة الحقن خلال التحصين، قم بتعطيل المحاقن أوتوماتيكياً واستخدام صناديق السلامة الموصى بها. وينبغي ضمان التخلص الآمن من الأدوات الحادة المستخدمة.

**1.5.10 إدارة المرض**[11]

a1.5.10 **إدارة الحالة**

- إذا كان هناك اشتباهاً كبيراً في حاة دفتيريا، يجب البدأ فوراً في تلقي علاج محدد من مضاد ذيفان الدفتيريا والمضادات الحيوية.
- ***لا تنتظر النتائج المخبرية قبل بدء العلاج.***
- الحقن بالعضل لمضاد الذيفان هو الدعامة الأساسية للعلاج: (20.000 إلى 100.000 وحدة) في جرعة واحدة، وعلى الفور بعد أخذ مسحات للحلق.
- المضادات الحيوية ضرورية للقضاء على الكائن الحي ومنع انتشاره، وهي ليست بديلا عن العلاج بمضاد الذيفان.
- نظام الجرعة الموصى بها هي:
  - بنسلين البروكاين الحقن بالعضل (25,000- 50,000 وحدة/كغ/يوم للأطفال؛ 600,000 وحدة/كغ/يوم للبالغين في جرعتين مقسمتين) أو الاريثروميسين بالحقن (40-50 مغ/كغ/يوم) بحد أقصى 2 ج/ يومياً حتى يمكن للمريض الابتلاع

    **ثم**
  - البنسلين V عن طريق الفم (125-250 ملغ) على 4 جرعات في اليوم أو الاريثروميسين (40-50 مغ/كغ/يوم مقسمة على 4 جرعات)
- ينبغي مواصلة العلاج بالمضادات الحيوية لمدة 14 يوما.
- *ملاحظة: الدفتيريا السريرية لا تمنح بالضرورة مناعة طبيعية، وبالتالي ينبغي تطعيم المرضى قبل الخروج من المرافق الصحية*

[11] منظمة الصحة العالمية" WHO. مجموعة أدوات الأمراض السارية، الأزمة العراقية :إدارة حالات الأمراض المعرضة للوباء "مارس 2003.http://www.who.int/infectious-disease-news/IDdocs/whocds200317/7casemg.pdf

b1.5.10 **إدارة المخالطون المقربون**

- ويشمل المخالطون المقربون أفراد الأسرة وغيرهم من الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الاتصال المباشر مع هذه الحالة، فضلا عن موظفي الرعاية الصحية الذين تعرضوا لافرازات الفم أو الجهاز التنفسي من الحالة
- وينبغي تقييم الجميع سريريا لأعراض وعلامات الدفتيريا والبقاء تحت المراقبة يوميا لمدة 7 أيام من آخر اتصال مع الحالة
- يجب على المخالطين من البالغين تجنب الاختلاط بالأطفال ويجب ألا يسمح لهم بالتعامل مع الأغذية حتى يثبت أنهم ليسوا ناقلي للمرض.
- يجب على الكل أخذ جرعة واحدة من بنسلين البنزاتين G بالعضل (600.000 وحدة للأطفال)

## 1.6 إنفلونزا H1N1، H5N1

**ICD-10 J09: الطيور**
**ICD-10 J10: موسمية**
**ICD-10 J11: فيروس غير محدد**

### 1.6.1 التعريف

العدوى الفيروسية التي تصيب خصوصا الأنف والحنجرة والقصبات الهوائية، وأحيانا الرئتين. على الرغم من أنه مرض غير معقد يشبة الإنفلونزا (حمى، سعال أو التهاب في الحلق) تم الإبلاغ عنه في كثير من الحالات، أنه مرض تنفسي معتدل (احتقان الانف، سيلان الأنف) من دون حمى وفي بعض حالات أيضاً كان المرض شديد. أعراض أخرى تم الإبلاغ عنها مع إنفلونزا الخنازير لفيروس(H1N1) A) تشمل القيءوالإسهال، وألم عضلي، صداع، قشعريرة، والتعب، وضيق التنفس. التهاب الملتحمة أمر نادر الحدوث، ولكن تم الإبلاغ عنه. وقد تم الإبلاغ عن مرض شديد (الالتهاب الرئوي، وفشل الجهاز التنفسي) وعن نتائج قاتلة لعدوى انفلونزا الخنازير الفيروس A.

**تصنيف الحالة**

الحالة المؤكدة: لعدوى فيروس انفلونزا (H1N1) A: الشخص الذي يعاني من مرض تنفسي حاد مع تأكيد المختبر لعدوى فيروس انفلونزا(H1N1) A في مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها عن طريق المسحة الفيروسية أو ارتفاع أربعة أضعاف لأجسام مضادة معينة لأنفلونزا الخنازير(H1N1). A

حالة مشتبه بها: لأنفلونزا فيروس(H1N1) A: الشخص الذي يعاني من مرض تنفسي حموي حاد وظهور المرض في غضون 7 أيام من المخالطة المقربة مع حالة مؤكدة لانفلونزا A لعدوى فيروس (H1N1).

المخالطوون القريبون: شخص اقترب حوالي 6 أقدام من حالة مؤكدة أو مشتبه فيها لأنفلونزا A لفيروس .(H1N1)

### 1.6.2 عامل معدي

فيروسات الأنفلونزا: أنواع A و B و C. السبب الأكثر شيوعا لتفشي الأوبئة السنوية أنواع A و B.

الأنواع الفرعية لفيروس A للإنفلونزا تم الإبلاغ عنها في الوبائيات الشديدة وتشمل إنفلونزا الطيور H5N1، H7، والخنازير H1N1 و H3N2.

### 1.6.3 ظهور المرض

تفشي الانفلونزا السنوي يحدث أكثر شيوعا خلال أشهر الخريف والشتاء.

إنفلونزا A يمكن أن يسبب الأوبئة الشديدة (وكذلك الأوبئة أوالفاشية الشديدة في جميع أنحاء العالم) بين جميع الأعمار. وترتبط فيروسات الأنفلونزا B بشكل عام مع الأوبئة الأقل شدة (خصوصا بين الأطفال) من فيروسات الأنفلونزا A، حيث أنها لم تسبب فاشية. فيروس الأنفلونزا C يسبب مرض خفيف فقط ولا يرتبط به وباء ولا فاشية على نطاق واسع.

**1.6.4 المستودع**

إنفلونزا نوع A يصيب فصائل متعددة وتشمل الناس والطيور والخنازير والخيول وغيرها من الحيوانات. الطيور البرية هي المضيفة الطبيعية لهذه الفيروسات. ويعتقد أن جميع الطيور عرضة للإصابة بفيروس أنفلونزا الطيور، على الرغم من أن بعض الأنواع أكثر مقاومة للعدوى من غيرها. تسبب العدوى مجموعة واسعة من الأعراض في الطيور، بدءا من مرض خفيف إلى مرض شديد العدوى يؤدي إلى الوفاة بسرعة مما يؤدي إلى انتشار الأوبئة الشديدة.

عادة ما تكون فيروسات الأنفلونزا B موجودة فقط في البشر.

**1.6.5 طريقة الانتقال**

تنتقل إنفلونزا الموسمية أو الفاشية H1N1 من شخص لآخر عن طريق الرذاذ والهباء الجوي الذي ينتج عندما يقوم الأشخاص المصابين بالسعال أو بالعطس.

أنفلونزا الطيور A (H5N1) تنتقل من خلال الطيور إلى الإنسان: الاتصال المباشر بالدواجن المصابة، أو مع الأسطح والأشياء الملوثة بفضلاتها، هو الطريق الرئيسي للانتقال إلى البشر.

**1.6.6 فترة الحضانة**

حوالي يومين

**1.6.7 فترة السريان**

وينبغي إعتبار الأشخاص الذين يعانون من عدوى فيروس الأنفلونزا A الفاشي (H1N1) أن إصابتهم قد تكون معدية لمدة تصل إلى 7 أيام بعد ظهور المرض. الأشخاص الذين يظل المرض بهم أكثر من 7 أيام بعد ظهور المرض ينبغي اعتبار حالتهم معدية حتى علاج الأعراض. الأطفال، وبخاصة الأطفال الصغار، قد يكون إصابتهم معدية لفترات أطول.

ينصح للأشخاص المصابين دون دخول المستشفى بإصابات مؤكدة أو مشتبه بها لعدوى فيروس إنفلونزا الخنازير A (H1N1) بالبقاء في المنزل (عزلة طوعية) لمدة لا تقل عن 7 أيام من ظهور المرض إلا للحصول على الرعاية الطبية.

**1.6.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

تفشي الانفلونزا سنوياً هي نتيجة لتغيرات طفيفة في البروتينات السطحية للفيروسات التي تمكن الفيروسات من تفادي مناعة البشر التي تطورت بعد الإصابات السابقة بالفيروسات أو ردا على التطعيمات. عندما يحدث تغييرا كبيرا في واحد أو في كلاً من سطح البروتينات بشكل عفوي، لا أحد لديه مناعة جزئية أو كاملة ضد العدوى لأنه أصبح فيروس جديد تماما. إذا كان هذا الفيروس الجديد أيضا لديه القدرة على الانتقال من شخص إلى آخر، إذاً فإن ما سيحدث سيكون أقرب إلى الفاشية.

في حين أن معظم الناس تتعافى من نوبة الإنفلونزا، هناك أعداد كبيرة من الناس الذين يحتاجون إلى العلاج بالمستشفى والبعض قد يموت بسبب المضاعفات وخاصة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سن الثانية والكبار من سن 65 عاما أو أكثر، والناس من جميع الفئات العمرية من لديهم أمراض قلب مزمنة وأمراض الجهاز التنفسي.

### 1.6.9 طرق المكافحة

a1.6.9 **الإجراءات الوقائية**

- وينبغي على الناس أن يغطوا أفواههم وأنوفهم بمنديل عند السعال، وغسل أيديهم بانتظام.
- الطريقة الأكثر فعالية لمنع المرض أو لمنع النتائج الشديدة للمرض هي التطعيم. وينبغي النظر في أمر التطعيم للمجموعات المعرضة للخطر.

### 1.6.10 إدارة المرض[12]

- لا يزال المرض الخفيف يميز معظم الحالات، والرعاية الداعمة الأساسية (لتخفيف الآلام أو الحمى) كافية لمعظم الناس. ومع ذلك، ينبغي لمقدمي الرعاية الصحية تقديم كل ما لديهم من توجيه لمرضاهم حول كيفية التعرف على علامات المرض التدريجي، ومتى يجب عليهم البحث عن العناية الطبية.
- وبالنسبة للنساء الحوامل، تنصح منظمة الصحة العالمية بالعلاج المضاد للفيروسات في وقت مبكر لمرض الأنفلونزا الفاشي المشتبه به أو المؤكد.
- وينبغي أيضا أن يعالج الأطفال الرضع والأطفال الصغار جدا (الذين تقل أعمارهم عن عامين)، وخصوصا ممن لديه الظروف الكامنة، بالأدوية المضادة للفيروسات في حال حدوث أعراض تحذيرية.
- بشكل عام، التوصيات العلاجية المضادة للفيروسات هي:
  - المرضى الذين لديهم مرض شديد أو تدريجي ينبغي أن يتم معالجتهم بالأدوية المضادة للفيروسات في أسرع وقت ممكن.
  - يجب على الناس الذين لديهم أعراض خفيفة ولكن هم أكثر عرضة لخطر المرض الشديد (مثل النساء الحوامل والرضع والأطفال الصغار، والذين يعانون من مشاكل مزمنة في الرئة) بدء العلاج المضاد للفيروسات في أسرع وقت ممكن.
  - العلاج بالمضاد للفيروسات ليس ضروري للأشخاص الذين لديهم مرض معتدل، أو غير معقد، والمرض وليسوا في مجموعة معرضة لمخاطر عالية للمرض الشديد.
  - ويمكن للأمهات المرضعة الاستمرار في الرضاعة الطبيعية أثناء المرض وتلقي العلاج المضاد للفيروسات.
- في المستشفيات، ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية مراقبة مستويات الأكسجين عن كثب وتكملة الأكسجين حسب الحاجة، اتباعاً بالإرشادات. عندما يكون هناك التهاب رئوي عند المرضى ينبغي أن يتم علاجه بكل من الأدوية المضادة للفيروسات والمضادات الحيوية في أقرب وقت ممكن.

[12] منظمة الصحة العالمية" WHO. التدبير العلاجي السريري لحالات العدوى البشرية الفاشية (H1N1). نوفمبر 2009.http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management_h1n1.pdf

## 1.7 الطاعون

### ICD-10 A20

#### 1.7.1 التعريف

مرض حيواني المصدر يتسم بسرعة ظهور الحمى، والقشعريرة والصداع، والإعياء والوعكة الشديدة. يمكن أن يحدث هذا المرض في 3 أشكال: 1) الشكل الدبلي: تورم شديد الألم في الغدد الليمفاوية، 2) شكل الالتهاب الرئوي: السعال مع البلغم الملطخ بالدماء، ألم في الصدر، وصعوبة في التنفس، و 3) الإنتان: انهيار الدورة الدموية، أمراض تجلط الدم، نزيف، ضيق التنفس، وصدمة ، وفشل الجهاز، مما يؤدي إلى الموت.
ينطوي هذا المرض على القوارض (المستودع) والبراغيث الخاصة بهم (الناقلات) والتي تنقل العدوى البكتيرية للحيوانات المختلفة والناس.
التشخيص المختبري: العثور المجهري على عصورات ثنائية القطب سالبة الجرام في العينة السريرية (شفط الدبل، البلغم، الأنسجة أو الدم) أو الكشف عن مستضدات أو عن أجسام مضادة في العينات السريرية باستخدام IFAT، ELISA.

**ملاحظة: يخضع إلى لائحة الصحة الدولية.**

#### 1.7.2 عامل معدي

يرسينية الطاعون، وعصوية الطاعون.

#### 1.7.3 ظهور المرض

لم يتم الإبلاغ عن حالات في العراق.

#### 1.7.4 المستودع

- القوارض البرية هي المستودع الفقاري الطبيعي للطاعون.
- الأرانب والأرانب البرية والقطط المنزلية قد تكون أيضا مصدرا للعدوى.

#### 1.7.5 طريقة الانتقال

- ينتقل من القوارض إلى الإنسان عن طريق لدغة البرغوث المصاب.
- انتقال العدوى من الإنسان إلى الإنسان تأتي من استنشاق الرذاذ المعدى والتي تنتشر عن طريق سعال المرضى الذين يعانون من الالتهاب الرئوي أو التهاب البلعوم أو الطاعون عن طريق الاتصال المباشر مع صديد الدبل المتقيح.

#### 1.7.6 فترة الحضانة

من 1-7 أيام، وقد يكون بضعة أيام أطول في الأفراد المحصنين. للالتهاب الرئوي الطاعوني الأولي، عادة ما تكون أقصر.

### 1.7.7 فترة السريان

قد تبقى البراغيث معدية لعدة أشهر في ظل الظروف المناسبة من درجة الحرارة والرطوبة. الشكل الأكثر عدوى هو الطاعون الرئوي؛ الإزدحام يسهل انتقال العدوى. المرضى الذين يعانون من الطاعون الرئوي تكون حالاتهم معدية حتى الانتهاء من 48 ساعة على الأقل من العلاج بالمضادات الحيوية المناسبة. المرضى الذين يعانون من رشح الدبل تكون حالات معدية حتى يتم استئصال الآفات جراحيا أو شفائها.

### 1.7.8 الاستعداد المناعي والمقاومة

اليرسنية الطاعونية هو كائن شديد الفوعة في الغالب ينتج من عوامل الفوعة الخاصة بها والتي تفسد استجابة المناعة الطبيعية للمضيف. معدل وفاة الحالات، حوالي من 50-100٪ في حال عدم إعطاء أي علاج بالمضادات الحيوية خلال ال 48 ساعة الأولى بعد ظهور الأعراض.

### 1.7.9 طرق المكافحة[13]

1. إبلاغ السلطة الصحية المحلية، ومركز مكافحة الأمراض والوقاية منها CDC على وجه السرعة عن طريق الهاتف أو بالبريد الإلكتروني.
2. استخدام مبيد حشرات آمن لتخليص المريض (بما في ذلك الملابس والأمتعة) من البراغيث.
3. يدخل المستشفى وعزل الحالة.
4. التطهير المتزامن للبلغم، الإفرازات القيحية والمواد المتسخة.
5. تنظيف نهائي.
6. التعامل مع جثث ضحايا الطاعون مع الاحتياطات التعقيمية الصارمة.
7. الستربتوميسين هو الدواء المفضل، والجنتاميسين يمكن أن يستخدم عندما يكون الستربتوميسين غير متوفر، التتراسيكلين والكلورامفينيكول خيارات بديلة.
8. التحقيق مع المخالطين والبحث عن مصدر العدوى.

### 1.7.10 إدارة المرض[14]

- عندما يشتبه في تشخيص الطاعون البشري على الأساس السريري والوبائي، ينبغي الحصول على العينات المناسبة للتشخيص فورا ويجب أن يبدأ المريض بالعلاجات المعينة المضادة للميكروبات دون انتظار لإجابة شافية من المختبر.
- مرضى الطاعون المشتبة بهم الذين يعانون من الالتهاب الرئوي ينبغي وضعهم في عزلة، ويتم إدارتهم في إطار احتياطات قطيرات الجهاز التنفسي.
- **علاج معين**
  - ***الأمينوغليكوزيد: الستربتوميسين والجنتاميسين***: الستربتوميسين هو المضاد الحيوي الأكثر فعالية ضد اليرسنية الطاعونية وهو الدواء المفضل لعلاج الطاعون، وخاصة الشكل الرئوي. يتوقع التأثير العلاجي مع 30 ملغ/كغ/يوم (حتى ما مجموعه 2 غ /يوم) مقسمة على جرعات تعطى عن طريق الحقن العضلي، ويستمر لمدة دورة كاملة لمدة 10 أيام من العلاج أو حتى 3 أيام بعد عودة الحرارة إلى وضعها الطبيعي. وقد وجد أن الجنتاميسين فعال في الدراسات على الحيوانات، ويستخدم لعلاج مرضى الطاعون البشري.

---

[13] مبادرة منظمة الصحة العالمية لأبحاث اللقاح :(IVR) الأمراض الحيوانية المصدر، تحديث عام 2009.http://www.who.int/vaccine_research/diseases/zoonotic/en/index1.html

[14] بولندا، جاك د .و.ت .دنيس *دليل الطاعون :الأوبئة، والتوزيع والمراقبة والمكافحة* .منظمة الصحة العالمية WHO:http://www.who.int/csr/resources/publications/plague/WHO_CDS_CSR_EDC_99_2_EN/en/

- **العلاج الداعم**
  - الطبيب يجب ان يستعد لإدارة داعمة مكثفة لمضاعفات الطاعون، وذلك باستخدام أحدث التطورات للتعامل مع الإنتان سلبي الجرام. ينبغي إنشاء المراقبة والإدارة الهجومية للصدمات الإنتانية المحتملة، وفشل أعضاء متعددة، ومتلازمة الضائقة التنفسية الحادة (ARDS) والتخثر المنتشر داخل الأوعية.
- **علاج الطاعون أثناء الحمل ولدى الأطفال**
  - مع العلاج الصحيح والمبكر، يمكن الوقاية من مضاعفات الطاعون في فترة الحمل. اختيار المضادات الحيوية خلال فترة الحمل أمر مربك للآثار السلبية المحتملة لثلاثة من أكثر الأدوية فعالية. الستربتوميسين قد يكون سام لأذن ولكلية الجنين. التتراسيكلين له تأثير سلبي على وضع الأسنان وعظام الجنين. الكلورامفينيكول ينطوي على مخاطر منخفضة لمتلازمة "الطفل الرمادي" أو كبت نخاع العظم. وقد أظهرت التجربة أن الإدارة بحكمة للأمينوغليكوزيد أمر فعال وآمن لكل من الأم والجنين، وللأطفال. جنتاميسين هو المضاد الحيوي المفضل لعلاج الطاعون في فترة الحمل. بسبب أمانه، والعلاج في الوريد أو في العضل، والقدرة على الحصول على رصد تركيزات الدم.
- **علاج وقائي**
  - الأشخاص المخالطون بمرضى الطاعون الرئوي، أو الأشخاص المحتمل أن يكونوا قد تعرضوا للبراغيث المصابة باليرسنية الطاعونية. ، أو تعاملوا تعامل مباشر مع سوائل جسم أو أنسجة الحيوانات الثديية المصابة باليرسنية الطاعونية، أو التعرض لمواد معدية معروفة خلال حادث بالمختبر، ينبغي أن يتلقوا العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية، إذا كان التعرض خلال الستة أيام الماضية. ومضادات الجراثيم المفضلة للعلاج الوقائي أو المجهض هي التتراسيكلين، الكلورامفينيكول، أو واحدة من السلفوناميدات الفعالة.
- **احتياطات المستشفى**
  - وينبغي تطبيق احتياطات رعاية المريض القياسية لإدارة جميع مرضى الطاعون المشتبه بهم. وتشمل هذه الإجراءات المنصوص عليها غسل الأيدي، ارتداء قفازات اللاتكس، والمعطف، والأجهزة تلوقائية لحماية الأغشية المخاطية للعين والأنف والفم أثناء تلك الإجراءات حيث أن أنشطة رعاية المريض ينتج عنها رذاذ من الدم أومن سوائل الجسم أوالإفرازات أوالفضلات. بالإضافة إلى ذلك، المريض الذي يشتبه أنه مصاب بعدوى الطاعون الرئوى ينبغي أن يتم إدارته خصوصاً تحت احتياطات قطيرات الجهاز التنفسي، بما في ذلك الإدارة في غرفة فردية، وتقييد حركة المريض خارج الغرفة، وارتداء المريض لقناع وأيضاً الأشخاص الذين يوفرون الرعاية له حتى يصبح المريض غير ناقل للعدوى.

المرجع: مبادرة منظمة الصحة العالمية لأبحاث اللقاح (IVR): الأمراض الحيوانية المصدر، تحديث عام 2009. http://www.who.int/vaccine_research/diseases/zoonotic/en/index1.html

[15]

**نخر نهايات الأنف، والشفتين، والأصابع والكدمات المتبقية على كلا الساعدين في المريض الذي يتعافى من الطاعون الدبلي المنتشر بالدم والرئة.**

[15] http://emedicine.medscape.com/article/967495-overview

## 1.8 الشاهوق (السعال الديكي )

### ICD-10 A37

#### 1.8.1 التعريف

بكتيريا جرثومية تصيب الجهاز التنفسي العلوي شديدة العدوى. سريريا هي 3 مراحل؛ تتميز **مرحلة النزلة** الأولي بظهور الزكام المخادع (سيلان الأنف)، والعطس، والحمى المنخفضة الدرجة، والسعال المعتدل أحياناً، تشبة كثيراً نزلات البرد الشائعة. السعال يصبح تدريجيا أكثر حدة وهياجاً.

بعد 1-2 أسبوع ، تبدأ المرحلة الثانية، أو **المرحلة الانتيابية**. يعاني المريض من نوبات سريعة وكثيرة من السعال، يبدو هذا بسبب صعوبة طرد المخاط السميك من الشجرة الرغامية القصبية. في نهاية النوبة، يصاحب الشهيق عادة جهد طويل للاستنشاق. في الرضع الأصغر سنا، فترات انقطاع النفس تتبع تشنجات السعال، وقد يصبح المريض لونه أزرق.

في **مرحلة النقاهة**، الشفاء يحدث بشكل تدريجي. نوبات السعال تصبح أقل ويختفي بعد 2 إلى 3 أسابيع. ومع ذلك، غالبا ما تتكرر النوبة مع عدوى لاحقة للجهاز التنفسي لعدة شهور بعد ظهور السعال الديكي. الحمى تكون بشكل عام أقل خلال فترة السعال الديكي.

يعتبر الالتهاب الرئوي من المضاعفات الشائعة نسبيا (تم الإبلاغ عن 21.7٪ من الحالات في البلدان المتقدمة)؛ التهاب الأذن، والنزيف (حبرات تحت الملتحمة والنزيف الأنفي)، والتشنجات، والاعتلال الدماغي والموت يحدث بشكل نادر. يستمر المرض من 4 إلى 8 أسابيع. المضاعفات أكثر تواترا وشدة في الرضع الأصغر سنا. كبار السن (أي المراهقين والبالغين)، والذين يكونوا محميين جزئيا بسبب اللقاح عادة ما يكون المرض لديهم أكثر اعتدالا.

**تعريف الحالة السريرية**

- الحالة التي يتم تشخيصها على أنها السعال الديكي من قبل الطبيب، **أو**
- الشخص الذي لديه سعال يدوم لمدة أسبوعين على الأقل، مع على الأقل أحد الأعراض التالية:
  - نوبة من السعال
  - الشهيق بصوت نعيق الديك
  - التقيؤ بعد السعال (أي القيء فورا بعد السعال)

**تصنيف الحالة**

*الحالة السريرية*: الحالة التي ينطبق عليها تعريف الحالة السريرية.

*حالة مؤكدة*: الحالة السريرية التي يتم تأكيدها مختبريا (العزلة بسبب البورديتيلة الشاهوقية، والكشف عن التسلسل الجينومي بواسطة PCR، أو الفحص المصلي الإيجابي لعينات مزدوجة).

#### 1.8.2 عامل معدي

بكتيريا *البورديتيلة الشاهوقية*

#### 1.8.3 ظهور المرض

السعال الديكي في العراق[16].

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 407 | 2922 | - | - | 78249 | 1050 | 3128 | 3140 | 2311 | 5471 | 2034 | 2019 |

[16]http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencebycountry.cfm?C=IRQ

**1.8.4 المستودع**

الجنس البشري هو المضيف فقط.

**1.8.5 طريقة الانتقال**

- في المقام الأول عن طريق الاتصال المباشر لإفرازات الأغشية المخاطية في الجهاز التنفسي من الأشخاص المصابين عن طريق العدوى المحمولة جوا.
- على الرغم من أن المرض قد يكون أكثر اعتدالا في كبار السن، قد ينقل هذه الأشخاص المصابة المرض إلى الأشخاص التي لديها الاستعداد، بما في ذلك الرضع الغير محصنة أو التي تحت التحصين. وغالبا ما يكون البالغين الحالة الأولى في المنزل مع حالات السعال الديكي المتعددة.

**1.8.6 فترة الحضانة**

عادة من 7-10 أيام، ونادرا ما تكوت أكثر من 14 يوما.

**1.8.7 فترة السريان**

السعال الديكي هو مرض معدي للغاية في مرحلة النزلة في الوقت المبكر للمرض. درجة العدوى تقل تدريجيا بعد بداية السعال الانتيابي. المرضى الذين لم يعالجوا قد تكون حالتهم معدية لمدة تصل إلى 3 أسابيع بعد بداية السعال الانتيابي في غياب العلاج أو ما يصل إلى 5 أيام بعد ظهور العلاج.

**1.8.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

يمكن لأي شخص لم يصاب بالسعال الديكي من قبل من الذين لم يحصلوا على لقاح السعال الديكي الإصابة بالمرض. الحصانة أو التطعيم الذي يحصل عليه المريض بعد المرض ليس لمدى الحياة. يمكن للأطفال الأكبر سنا والمراهقين والبالغين أن يصبحوا عرضة لمرض السعال الديكي بعد خمس إلى 10 سنوات بعد الجرعة الأخيرة من لقاح السعال الديكي.

**1.8.9 طرق المكافحة[17]**

a1.8.9 **الإجراءات الوقائية (التطعيم)**

إعطاء اللقاح هو النهج الأكثر عقلانية لمكافحة السعال الديكي. ويوصى بالتطعيم الأولي الفعال ضد عدوى البورديتيلة الشاهوقية بلقاح كامل الخلية (WP) وذلك مع إدارة ذوفانات الدفتيريا والتيتانوس (DTP). لا يوجد لقاح واحد مستضد للسعال الديكي متاحاً. على الرغم من أن استخدام اللقاحات اللاخلوية (aP) يصحبه تفاعلات ضائرة أقل شيوعا، إلا أن اعتبارات السعر تؤثر على استخدامه، لقاح كامل الخلية هي اللقاحات التي يتم اختيارها بالنسبة لمعظم البلدان، بما في ذلك العراق. بشكل عام، لا يتم إعطاء لقاح السعال الديكي للأشخاص ذو عمر 7 سنوات أو أكثر، حيث أن الآثارالمصاحبة للقاح (التشنجات، والانهيار، ارتفاع في درجة الحرارة) قد تزيد في الأطفال الأكبر سنا والبالغين. وتقدر فعالية اللقاح في الأطفال الذين تلقوا 3 جرعات على الأقل 80٪: الحماية أكبر ضد الأمراض الحادة وتبدأ في الانخفاض بعد حوالي 3 سنوات.

[17] http://www.cdc.gov/pertussis/clinical/features.html
الأوبئة والوقاية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم الكتاب الوردي :كتاب الدورة التعليمية -الطبعة الثانية عشر )أبريل 2011).

b1.8.9 **إجراءات المكافحة (إدارة الحالة)**

الاريثروميسين أو إستولات الاريثرومايسين- في حالة وجود حساسية من الاريثروميسين - تريميثوبريم - سلفاميثوكسازول (يمنع استعماله أثناء الحمل) ينبغي إعطائهم للمرضى لمدة 7-14 يوما لجميع الحالات والمخالطين المقربين للأشخاص الذين لديهم السعال الديكي، بغض النظر عن العمر وحالة التطعيم. الجرعات الموصى بها من قبل وزارة الصحة العراقية هي 40ملغ /كغ/يوم للأطفال و 1 غ/يوم للبالغين. الدواء على حد سواء (1) يعدل مسار المرض (إذا تم تعاطيه في وقت مبكر)، و (2) يقضي على الكائن الحي من الإفرازات، مما يقلل سريانه. علاج الأعراض والإدارة الداعمة للحالة.

c1.8.9 **تدابير ضد الوباء**

طبيعة المرض شديدة العدوى تؤدي إلى إصابة أعداد كبيرة من الحالات الثانوية بين المخالطين الغير محصنين. العلاج بالمضادات الحيوية الوقائية (الاريثروميسين) في فترة الحضانة في وقت مبكر قد يمنع المرض، ولكن صعوبات التشخيص المبكر وتكاليفها والقلق المتعلق بحدوث مقاومة للدواء، كل هذا يقلل من العلاج الوقائي للحالات الفردية المختارة.

يجب أن تعطى الأولوية إلى:

- حماية الأطفال الأقل من سنة والإناث الحوامل في الثلاثة أسابيع الأخيرة من الحمل بسبب خطر انتقال العدوى إلى الأطفال حديثي الولادة.
- وقف العدوى بين أفراد الأسرة، وخاصة إذا كان هناك أطفال أعمارهم تقل عن عام والنساء الحوامل في الثلاثة أسابيع الأخيرة من الحمل.

وتعتمد الاستراتيجية على الوقاية الكيميائية للمخالطين، خلال أجل أقصاه 14 يوما بعد أول اتصال بالحالة الدالة. يجب على الحالات الدالة تجنب التواصل مع مراكز الرعاية النهارية والمدارس وغيرها من الأماكن التي يتجمع فيها الأفراد العرضة للإصابة لمدة تصل إلى 5 أيام بعد بداية العلاج أو إلى 3 أسابيع بعد بداية السعال الانتيابي، أو حتى نهاية السعال، أيهما يأتي أولا. جميع الحالات المخالطة للمريض يجب التحقق من حالة التطعيم الخاصة بهم وتحديثها أولاً بأول.

**1.8.10 إدارة المرض**[18]

- **إدارة الحالة**: العلاج بالمضادات الحيوية (أزيثروميسين، كلاريثروميسين، الاريثروميسين، SMX-TMP). ملاحظة: يجب أن تبدأ الحالات العلاج بالمضادات الحيوية عند الاشتباه السريري للحد من مخاطر الانتقال (تبدأ فقط إذا كان المريض خلال الواحد وعشرين يوماً من يوم ظهور الأعراض، أي الزكام). الاستبعاد من رعاية الأطفال، ومرحلة ما قبل المدرسة أو المدرسة أو من العمل حتى انتهاء 5 أيام من العلاج بالمضادات الحيوية.
- **إدارة المخالطين**: تحديد المخالطون بالمنزل المعرضون لمخاطر عالية وتوفير الوقاية الكيميائية لهم
  - الأطفال <24 شهرا ممن تعاطى أقل من 3 جرعات من لقاح السعال الديكي (أيضا يتم توفير الوقاية الكيميائية لهم ولجميع أفراد الأسرة).
  - النساء الحوامل في الشهر الأخير من الحمل (أيضا توفير الوقاية الكيميائية لجميع أفراد الأسرة).

[18] " إدارة الصحة العامة والعلاجية لمرض السعال الديكي ."حكومة جنوب أستراليا، عام 2009.http://www.dh.sa.gov.au/pehs/PDF-files/PertussisFlowChart-CDCB-091229.pdf

المرجع: http://www.cdc.gov/pertussis/clinical/features.html
الأوبئة والوقاية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم الكتاب الوردي: كتاب الدورة التعليمية - الطبعة الثانية عشر (أبريل 2011).

[19]

**طفل صغير يسعل بسبب السعال الديكي**

[19] http://phil.cdc.gov/phil/home.asp

## 1.9 شلل الأطفال الحاد

### ICD-10 A80

#### 1.9.1 التعريف

شلل الأطفال هو مرض شديد العدوى ينتج عن فيروس شلل الأطفال.

**المظاهر السريرية**:

1. العدوى تكون غير واضحة من دون أعراض: ما يصل الى 95٪ من جميع حالات العدوى بشلل الأطفال هي غير ظاهرة أو هي عدوى دون سريرية (كامنة). تقديرات نسبة العدوى الغير واضحة لمرض الشلل تتفاوت بين 50:1 إلى 1000:1 (عادة 200:1).
2. مرض بسيط (شلل الأطفال المجهض): تتكون ما يقرب من 5٪ من حالات العدوى بشلل الأطفال من الأمراض الغير محددة دون أدلة سريرية أو مخبرية لغزو النظام العصبي المركزي ويتميز بالشفاء الكامل في أقل من أسبوع واحد. ثلاث متلازمات تم ملاحظتهم مع هذا الشكل من المرض لفيروس شلل الأطفال، والتي هي عدوى الجهاز التنفسي العلوي (التهاب الحلق والحمى)، اضطرابات هضمية (غثيان وتقيؤ وألم في البطن، والإمساك، أو الإسهال نادرا)، وتشبه أعراض الإنفلونزا. هذه المتلازمات لا يمكن تمييزها عن الأمراض الفيروسية الأخرى.
3. شلل الأطفال الغير شللي: مرض التهاب السحايا العقيم الغير شللي عادة ما يتبع عدة أيام بعد البادرة المماثلة لتلك التي في المرض البسيط والتي تحدث في 1-2٪ من حالات العدوى بشلل الأطفال. هذه الأعراض سوف تستمر 2-10 أيام يليها الشفاء الكامل.
4. شلل الأطفال الشللي: أقل من 2٪ من جميع الإصابات بشلل الأطفال ينتج عنها الشلل الرخو. أعراض الشلل تبدأ عموما بعد 1-10 أيام من أعراض البادري وتتقدم لمدة 2 إلى 3 أيام. عموما، لا يزيد الشلل بعد عودة درجة الحرارة إلى وضعها الطبيعي. قد تكون البادرة ثنائية الطور، وخاصة في الأطفال، الذين يعانون من أعراض طفيفة أولية تنقطع من يوما إلى سبعة أيام عن الأعراض الرئيسية الأخرى. علامات وأعراض بادرية إضافية والتي يمكن أن تشمل فقدان المنعكس السطحي والزيادة المدئية في المنعكسات الوترية العميقة وآلام شديدة في العضلات وتشنجات في الأطراف أوبالظهر. المرض يتطور إلى الشلل الرخو مع المنعكسات الوترية العميقة المنخفضة، والتي تصل إلى الهضبة دون تغيير لعدة أيام أو أسابيع وعادة ما تكون غير متماثلة. لا تواجه المرضى فقدان في الحواس أو تغيرات في الإدراك. العديد من الأشخاص الذين لديهم شلل الأطفال الشللي تعافوا تماما، وفي معظمهم، تستعيد العضلات وظائفها إلى حد ما. وعادة ما يتم ترك المرضى الذين يعانون من ضعف أو شلل بعد 12 شهرا من بداية المرض ببقايا دائمة. اعتمادا على مواقع الشلل، يمكن تصنيف شلل الأطفال كمرض فقاري، بصلي، أو المرض النخاعي البصلي.

#### 1.9.2 عامل معدي

فيروس شلل الأطفال هو عضو فرعي في فريق الفيروس المعوي، عائلة الفيروسات البيكورناوية. هناك ثلاثة أنماط مصلية لفيروس شلل الأطفال (P1) وP2 و(P3. هناك حد أدنى للحصانة الغيروية بين الأنماط المصلية الثلاثة.

### 1.9.3 ظهور المرض

شلل الأطفال في العراق[20]

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

تشير البيانات المذكورة أعلاه إلى جميع حالات شلل الأطفال (الأصلية أو الواردة)، بما في ذلك حالات الشلل الناجمة عن الفيروس المنشق من اللقاح (VDPV)، وهي لا تشمل حالات شلل الأطفال المصاحبة للقاح (VAPP) وحالات الشلل الرخو الغير شللي [AFP] .

### 1.9.4 المستودع

البشر، وعادة الأشخاص ذوي عدوى غير ظاهرة. الفيروسات المعوية هي مستوطن وقتي في الجهاز الهضمي، وهي مستقرة في حامض PH.

### 1.9.5 طريقة الانتقال

انتقال البراز إلى الفم: عندما يشرب الناس الماء أويتناولوا الأغذية الملوثة بالبراز الذي يحمل الفيروس. ويمكن أيضا أن تنتقل من خلال انتشار قطيرات افرازات الجهاز التنفسي لشخص مصاب. الرضع الذين يحملون الفيروس في البراز بعد تلقى لقاح شلل الأطفال الفمويOPV كانوا هم مصدر التعرض للبالغين ممن لديه القابلية والذين قاموا برعاية الأطفال.

### 1.9.6 فترة الحضانة

بشكل عام من 6-20 يوم، وتتراوح بين 3 إلى 35 يوما

### 1.9.7 فترة السريان

الأشخاص ذوي شلل الأطفال يكونوا أشد عدوى قبل وبعد ظهور الأعراض بفترة قصيرة. يتواجد الفيروس في إفرازات الجهاز التنفسي لمدة اسبوع تقريبا وفي البراز لمدة تصل إلى ستة أسابيع بعد ظهور المرض. الأشخاص عديمي الأعراض تكون حالتهم أيضا معدية.

### 1.9.8 الاستعداد المناعي والمقاومة

شلل الأطفال الشللي يكون مميت بنسبة من 2٪ -10٪ من الحالات. أكثر من 95٪ من الأفراد الذين تم تطعيمهم يتطور لديهم مناعة طويلة الأمد. الحرارة، والفورمالديهايد، والكلور، والأشعة فوق البنفسجية تعطل الفيروس المسبب للمرض بشكل سريع. يوفر الإزدحام الشديد والصرف الصحي السيء فرص الاصابة بالعدوى.

### 1.9.9 طرق المكافحة[21]

**لقاح شلل الأطفال الفموي (OPV):** لقاح شلل الأطفال الفموي (OPV) ثلاثي التكافؤ يحتوي على سلالات حية موهنة من جميع الأنماط المصلية الثلاثة لفيروس شلل الأطفال. فيروس شلل الأطفال ذو السلالات الحية الموهنة تتناسخ في مخاطية الأمعاء والخلايا اللمفاوية، والعقد اللمفاوية التي تستنزف الأمعاء. فيروسات اللقاح قد تنتشر من المستقبل إلى الشخص المخالط. الأشخاص الذين يتعاملون مع المواد البرازية من شخص تم تطعيمه قد يتعرضون إلى الاصابة بفيروس اللقاح. بعد تكملة التطعيم الابتدائي بثلاث جرعات من لقاح شلل الأطفال الفموي،>95٪ من الذين تم تطعيمهم يحدث لديهم تطوير للمناعة طويل الأمد لجميع أنواع فيروس شلل الأطفال الثلاثة. ما يقرب من 50٪ من المستفيدين من اللقاح تتطور لديهم الأجسام المضادة لجميع الأنماط المصلية الثلاثة بعد جرعة واحدة من اللقاح الفمويOPV. لقاح شلل الأطفال الفموي OPV يحث الاستجابة المناعية للجهاز الهضمي الذي يوفر درجة كبيرة من المقاومة لإعادة العدوى لفيروس شلل الأطفال. فهو يحتوي على النيوميسين والستربتوميسين.

[20] http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencebycountry.cfm?C=IRQ
[21] http://www.polioeradication.org/Polioandprevention.aspx

**1.9.10 إدارة المرض[22]**

- واحد لكل 200 عدوى تؤدي إلى شلل لا يمكن التغلب عليه، وعادة يكون في الساقين. ويسبب هذا فيروس يدخل لمجرى الدم ويغزو الجهاز العصبي المركزي. وأثناء تكاثر الفيروس، يقوم بتدمير الخلايا العصبية التي تنشط العضلات. العضلات التي تتأثر به لا تؤدي وظيفيتها مرة أخرى ويصبح الطرف مرن وبلا حياة - وهي حالة تعرف باسم الشلل الرخو الحاد (AFP). يتم الإبلاغ عن جميع حالات الشلل الرخو الحاد (AFP) بين الأطفال دون سن خمس عشرة سنة من العمر، ويتم اجراء اختبار فيروس شلل الأطفال في غضون 48 ساعة من ظهور الشلل.

- حوالي 40٪ من الأشخاص الذين ينجون من شلل الأطفال قد يتطور لديهم أعراض إضافية بعد 15- 40 سنة من المرض الأصلي. هذه الأعراض - تسمى متلازمة ما بعد شلل الأطفال - وتشمل ضعف تدريجي جديد للعضلات، والتعب الشديد وآلام في العضلات والمفاصل.

- ليس هناك علاج لشلل الأطفال، العلاج الوحيد هو التخفيف من الأعراض. يتم استخدام الحرارة والعلاج الطبيعي لتحفيز العضلات ويتم إعطاء الأدوية المضادة للتشنج لاسترخاء العضلات. بينما يساعد هذا على تحسين القدرة على الحركة، لكنه لا يعمل على عكس الشلل الدائم للأطفال.

- يمكن الوقاية من شلل الأطفال عن طريق التحصين. يعطى لقاح شلل الأطفال على عدة مرات، تقريبا تحمي الطفل مدى الحياة.

المرجع: http://www.polioeradication.org/Polioandprevention.aspx

[23]

**طفلة تعاني من تشوه بساقها اليمنى بسبب شلل الأطفال**

[22] مبادرة القضاء على شلل الأطفال العالمية، http://www.polioeradication.org/Polioandprevention.aspx. 2010

[23] مكتبة صور الصحة العامة لمراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها

## 1.10 داء الكلب

## ICD-10 A82

### 1.10.1 التعريف

مرض فيروسي حاد فتاك يسببه فيروس داء الكلب، فيروسة ربدية من جنس الفيروسة الكلبية، والذي يكون أول أعراضه هي التوجس، والصداع، وتغييرات حسية غير محددة، والحمى، والشعور بالضيق، رهاب الماء والهواء، والشلل. فهو ينتقل من لعاب الحيوانات المصابة، وينتقل بشكل شائع أكثر من خلال العضات. داء الكلب هو التهاب الدماغ و النخاع الحاد الذي يتطور تقريبا إلى غيبوبة أو إلى الوفاة في غضون 10 أيام بعد ظهور الأعراض الأولى.

**تصنيف الحالة**

مشتبه بها: الحالة التي تكون متوافقة مع الوصف السريري.
المحتملة: غير قابلة للتطبيق.
المؤكدة: الحالة المشتبه بها من قبل تحقيق خاص بالمختبر

**معايير مختبرية لتشخيص المرض**

أحد الإجراءات التالية:

- الكشف عن المستضدات الفيروسية لداء الكلب من قبل الأجسام المضادة المتألقة مباشرةً (FA) في العينات السريرية، ويفضل من أنسجة المخ (تؤخذ بعد الوفاة).
- الكشف عن طريق الأجسام المضادة المتألقة FA على الجلد أو اختبار القرنية (التي تم جمعها قبل الوفاة).
- إذا اكن اختبارالأجسام المضادة المتألقة FA إيجابي بعد تلقيح أنسجة المخ أو اللعاب أو السائل النخاعي في مسحة الخلايا، في الفئران أو في الفئران الماصة.
- كشف عيار الأجسام المضادة لإبطال مفعول داء الكلب> أو = 10.5 في السائل النخاعي CSF لشخص غير محصن.
- تحديد مستضدات فيروسية بواسطة PCR على أنسجة ثابتة تم جمعها بعد الوفاة أو من عينة سريرية (أنسجة المخ أو الجلد والقرنية أو اللعاب).
- عزل فيروس داء الكلب من العينة السريرية والتأكد من المستضدات الفيروسية لداء الكلب عن طريق الاختبار المباشر للأجسام المضادة المتألقة.

### 1.10.2 عامل معدي

*الفيروسةالربدية* من جنس*الفيروسةالكلبية*

### 1.10.3 ظهور المرض

حالات داء الكلب، 2000-2009

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 14 | 7 | 11 | 12 | 21 | 29 | 18 | 24 | 16 | 27 | 29 | 8 |

**1.10.4 المستودع**

داء الكلب هو في المقام الأول مرض يصيب الحيوانات، خاصة البرية والأنواع الأليفة من الكلاب والقطط والخفافيش، والحيوانات القارصة الأخرى.

**1.10.5 طريقة الانتقال**

- فهو ينتقل عن طريق اللعاب المحمل بالفيروس للحيوانات المسعورة التي أصيبت عن طريق عضة أو خدش.
- الكلاب والقطط هي الناقلات الحضرية الرئيسية.
- الإنتقال من شخص إلى شخص عبر اللعاب هو أمر ممكن من الناحية النظرية ولكن لم يتم توثيقها.

**1.10.6 فترة الحضانة**

عادة من 2-8 أسابيع، ولكن يمكن أن يحدث من خمسة أيام إلى أكثر من عام اعتمادا على عدة عوامل مثل مدى شدة المرض، وموقع الجرح والجرعة المسببة للعدوى. وقد تم الإبلاغ عن فترات حضانة طويلة جدا تصل إلى ست سنوات أو أكثر.

**1.10.7 فترة السريان**

فيروس داء الكلب موجود في اللعاب، والسائل النخاعي، والأنسجة العصبية للمرضى المصابين الذين هم في المرحلة (السريرية) النهائية للمرض. تعتبر الكلاب المسعورة، والقطط معدية ليس أكثر من 10 أيام قبل ظهور الأعراض. لا يعرف إلا القليل أو لا شيء عن كيفية بدء سريان المرض في وقت مبكر في الفصائل الأخرى، بما في ذلك البشر.

**1.10.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

جميع الفئات العمرية معرضة للمرض، ولكن، الأشخاص الأكثر شيوعا هم الذين تقل أعمارهم عن 15 عاما.

**1.10.9 طرق المكافحة[24]**

- إبلاغ السلطة الصحية المحلية، ومركز مكافحة الأمراض والوقاية منها CDC.
- يجرى التطعيم ما بعد الإصابة للأشخاص الذين تم عضهم في اليوم (0، 3، 7، 14، 28) من العضة.
- تطعيم الكلاب والقطط الأليفة في المستشفيات البيطرية.
- يتم عزل المخالطين بسبب افرازات الجهاز التنفسي خلال فترة المرض.
- السيطرة على الكلاب الضالة.
- اتخاذ احتياطات الاتصال (قفازات ومعطف وقناع) عند تمريض حالة مصابة بداء الكلب.

[24] مبادرة منظمة الصحة العالمية لأبحاث اللقاح :(IVR) الأمراض الحيوانية المصدر، تحديث عام 2009.http://www.who.int/vaccine_research/diseases/zoonotic/en/index1.html

### 1.10.10 إدارة المرض[25]

- **العلاج بعد الإصابة**: العلاج الفعال ذو مفعول سريع (في غضون بضعة أيام، ولكن في أقرب وقت ممكن) بعد التعرض لداء الكلب يمكن أن يمنع ظهور الأعراض والوفاة. تتكون الوقاية بعد الإصابة من العلاج الموضعي للجرح، وإعطاء الغلوبولين المناعي لداء الكلب (إذا تم الإشارة إلى ذلك)، والتطعيم فورا.
- **العلاج الموضعي للجرح**: تعتبر إزالة فيروس داء الكلب من موقع العدوى عن طريق الوسائل الكيماوية أو الفيزيائية وسيلة فعالة للحماية. بالتالي المهم هو العلاج الموضعي الفوري لجميع العضات والخدوش التي قد تكون ملوثة بفيروس داء الكلب. تشمل إجراءات الإسعافات الأولية الموصى بها التنظيف والغسل الفوري والشامل للجرح مدة لا تقل عن 15 دقيقة بالماء والصابون، والمنظفات، وبالبوفيدون اليودي أو غيرها من المواد التي تقتل فيروس داء الكلب.
- **العلاج الموصى به**: الوقاية الموصى بها بعد الإصابة تعتمد على نوع الاتصال بالحيوان المشتبه بإصابته بداء الكلب (انظر الجدول).

جدول : الوقاية الموصى بها بعد التعرض لعدوى داء الكلب

| قسم التعرض لحيوان مصاب بداء الكلب | تدابير ما بعد التعرض |
|---|---|
| القسم 1 - لمس أو إطعام الحيوانات، لعق الجلد السليم (أي عدم التعرض) | لا يوجد |
| القسم 2 - قضم الجلد المكشوف، خدوش طفيفة أو سحجات دون نزيف | التطعيم فورا والمعالجة الموضعية للجرح |
| القسم 3 - عضة واحدة أو متعددة عبر الجلد أو خدوش أو لعق الجلد المتشقق؛ تلوث الغشاء المخاطي من لعاب اللعق، التعرض للخفافيش. | التطعيم فورا وإعطاء الغلوبولين المناعي لداء الكلب؛ المعالجة الموضعية للجرح |

تشمل العوامل الأخرى التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند اتخاذ قرار بدء الوقاية بعد التعرض، ما يلي:

- احتمال كون هذا الحيوان مصاب بداء الكلب
- المظاهر السريرية للحيوان وإمكانية مراقبته وعمل الفحوصات المخبرية.

في البلدان النامية، لا ينبغي الأخذ في الاعتبار حالة تطعيم الحيوان المشتبه به فقط عند اتخاذ قرار البدء افي لعلاج الوقائي أو لا.

[25] منظمة الصحة العالمية" WHO. بيان وقائع داء الكلب ."سبتمبر 2011.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/

## 1.11 الحصبة الألمانية

**ICD-10 B06: الحصبة الألمانية**
**ICD-10 P35: متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية** (CRS)

### 1.11.1 التعريف

الحصبة الألمانية هي مرض فيروسي حمي خفيف مع وجود نقط منتشرة وطفح جلدي بقعي حطاطي. ما يصل إلى 50٪ من الأشخاص ذوي الحصبة الألمانية المكتسبة لديهم عدوى عديمة الأعراض. الأطفال الصغار عادة ما يكون لديهم بوادر قليلة أو دون بوادر على الإطلاق، في حين يتم الإبلاغ عن حمى منخفضة الدرجة في المراهقين والبالغين تستمر من 1-5 أيام، مع الشعور بالضيق، وفقدان الشهية. تضخم العقد اللمفية (عادة تكون تحت القذال، خلف صيوان الأذن، وخلف العنق) هي المظهر الرئيسي من المظاهر السريرية، وربما تستمر عدة أسابيع. الحمى نادرا ما تستمر إلى ما بعد اليوم الأول من الطفح الجلدي.

يظهر طفح بقعي حطاطي أولاً على الوجه وينتشر إلى أسفل الجسم. الآفات تكون وردية ونادرا ما تتجمع. الطفح الجلدي من الحصبة الألمانية المكتسبة عادة ما يستمر 3 أيام، وينتشر ويتلاشى بسرعة أكبر من الطفح الجلدي الناجم عن الحصبة.

يمكن أن تسبب متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية (CRS) للرضع الذين يولدون لامرأة حامل مصابة بالحصبة الألمانية. تشمل متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية (CRS) انخفاض الوزن عند الولادة، وعيوب العين (المياة البيضاء، صغر المقلة، المياة الزرقاء، واعتلال الشبكية)، والصمم الحسي العصبي، وعيوب القلب (القناة الشريانية السالكة، تضيق الشريان الرئوي المحيطي) عيوب الجهاز العصبي المركزي (صغر الدماغ والتخلف العقلي)، والتهاب الكبد، فرفرية قليلة الصفيحات، تضخم الطحال، وآفات العظام. الصمم هو المظهر الأكثر شيوعا لمتلازمة الحصبة الألمانية الخلقية CRS، وأحيانا المظهر الوحيد.

**تصنيف الحالة**

*المشتبه به:* أي طفح بقعي حطاطي متعمم مع الحمى، تضخم العقد اللمفية

*المحتملة:* الحالة التي ينطبق عليها تعريف الحالة السريرية، ليس لها اختبار مصلي تشاركي أو اختبار فيروسي، ولا ترتبط وبائيا بحالة مؤكدة مختبرياً.

*المؤكدة:* الحالة التي تكون مؤكدة مختبريا (عزل فيروس الحصبة الألمانية أو ارتفاع ملحوظ في مستوى الأجسام المضادة للحصبة الألمانية من خلال الفحص المصلي المعياري، أو اختبار مصلي إيجابي للأجسام المضادة من نوع الغلوبولين المناعي للحصبة الألمانية) أو التي تستوفي تعريف الحالات السريرية وترتبط ارتباطا وبائيا بحالة مؤكدة مختبرياً.

### 1.11.2 عامل معدي

فيروس الحصبة الألمانية (عائلة الفيروسات الطخائية؛ من جنس الفيروسة المحمرة).

**1.11.3 ظهور المرض**

في غياب التحصين المعمم، الحصبة الألمانية حدثت في جميع أنحاء العالم على المستوى المستوطن مع تفشي الوباء كل 5-9 سنوات. أدى وباء الحصبة الألمانية الكبير لمستويات عالية جدا من الاعتلال.

الحصبة الألمانية في العراق[26].

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 1612 | 91 | - | - | 383 | 99 | 72 | 51 | 110 | 167 | 15 | 20 |

**1.11.4 المستودع**

البشر المصابين.

**1.11.5 طريقة الانتقال**

- مخالطة إفرازات أنفية بلعومية لشخص مصاب.
- العدوى عن طريق انتشار القطيرات أو الاتصال المباشر بالمرضى.
- الاطفال الذين يعانون من متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية CRS تنشر كميات كبيرة من الفيروس في إفرازات البلعوم والبول، وتكون بمثابة مصدر للعدوى للمخالطين لهم.

**1.11.6 فترة الحضانة**

14-21 يوم

**1.11.7 فترة السريان**

قبل أسبوع واحد و على الأقل بعد 4 أيام من ظهور الطفح الجلدي؛ الرضع الذين يعانون من متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية CRS قد تنشر الفيروس لعدة أشهر بعد الولادة.

**1.11.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

- الحصانة عادة تكون دائمة بعد العدوى الطبيعية، ويعتقد أن تكون طويلة الأمد، وربما مدى الحياة.
- الحصانة بعد التطعيم، ولكن قد يعتمد هذا على الاتصال بالحالات المستوطنة.
- الرضع الذين يولدون لأمهات لديهن المناعة تكون محمية عادةً لمدة 6-9 أشهر، اعتمادا على كمية الأجسام المضادة المكتسبة من الأمهات.

[26]http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencebycountry.cfm?C=IRQ

### 1.11.9 طرق المكافحة[27]

a1.11.9 **الإجراءات الوقائية**

- تثقيف الجمهور العام بطرقة انتقال المرض والتأكيد على ضرورة التحصين ضد الحصبة الألمانية.
- توصي منظمة الصحة العالمية بأن تقوم جميع البلدان بتقييم وضع الحصبة الألمانية لها، وإذا كان من المناسب وضع خطط لإدخال لقاح الحصبة الألمانية.
- في حالة الإصابة بفيروس الحصبة الألمانية البرية في مرحلة مبكرة من الحمل، وينبغي تقديم المشورة المناسبة ثقافيا. ويمكن وضع حل الإجهاض في الإعتبار في تلك البلدان حيث يكون هذا خياراً مطروحاً.
- الغلوبولين المناعي (IG) يتم إعطاؤه بعد التعرض لمرحلة مبكرة من الحمل، قد لا يمنع العدوى أو الفيروس، لكنه قد يعدل أو يقمع الأعراض.

b1.11.9 **إجراءات المكافحة**

- إبلاغ السلطة الصحية المحلية: وينبغي الإبلاغ عن جميع حالات الحصبة الألمانية ومتلازمة الحصبة الألمانية الخلقية CRS.
- العزل: في المستشفيات، المرضى المشتبه بأن لديهم الحصبة الألمانية ينبغي أن يتم إدارتهم تحت الاحتياطات عزل الاتصال؛ ينبغي بذل محاولات لمنع تعرض النساء الحوامل الغير محصنة.
- التطهير المتزامن: غير قابلة للتطبيق.
- الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
- تحصين المخالطين: لن يمنع بالضرورة الإصابة أو المرض.
- التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: تحديد المخالطين الإناث الحوامل، خاصةً الحوامل في الأشهر الثلاثة الأولى. وينبغي اختبار المخالطين مصليا للكشف عن الحساسية أو عن العدوى في وقت مبكر (الأجسام المضادة من نوع الغلوبولين المناعي للحصبة الألمانية) ويتم التوصية وفقاً لهذا الاختبار.

c1.11.9 **تدابير ضد الوباء**

- قم بالإبلاغ عن جميع الحالات المؤكدة والمشتبه بها.
- وينبغي إبلاغ المجتمع الطبي وعامة الناس حول وباء الحصبة الألمانية من أجل تحديد وحماية النساء الحوامل العرضة للإصابة.

### 1.11.10 إدارة المرض

- لا يوجد علاج محدد متاح الآن. وينبغي إعطاء علاج مقاوم للأعراض / أو علاج داعم.

[27] الأوبئة والوقاية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم الكتاب الوردي: كتاب الدورة التعليمية - الطبعة الثانية عشر (أبريل 2011).

المرجع: الأوبئة والوقاية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم الكتاب الوردي: كتاب الدورة التعليمية - الطبعة الثانية عشر (أبريل 2011).

[28]

**طفح الحصبة الألمانية على جلد ظهر طفل. التوزيع مماثل لتلك التي من الحصبة لكن الآفات أقل احمرارا.**

[28] http://phil.cdc.gov/PHIL_Images/03052002/00002/PHIL_712_lores.jpg

## 1.12 داء المكورات السحائية

### ICD-10 A39

#### 1.12.1 التعريف

**تعريف الحالة السريرية**

داء المكورات السحائية الغازي يأتي بشكل شائع أكثر كالتهاب للسحايا أوكخمج الدم بالسحائيات، أو كليهما. وتشمل أعراض التهاب السحايا بالمكورات السحائية ظهور مفاجئ للحمى (<38.5 درجة مئوية بالمستقيمي أو >38.0 درجة مئوية الإبطين) وواحد أو أكثر من الأعراض التالية: الغثيان، والتقيؤ، رهاب الضوء، تيبس الرقبة، وتغير الحالة العقلية، العلامات السحائية الأخرى. أعراض خمج الدم بالسحائيات (تسمم الدم) تشمل بداية الحمى الحادة وغالبا ما يصحبها انخفاض ضغط الدم والصدمة، ويمكن أن تشمل طفح حبري أو فرفري، الفرفرية الخاطفة، وفشل أعضاء متعددة.

في المرضى الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة، يتم الاشتباه في التهاب السحايا إذا رافق الحمى انتفاخ اليافوخ.

**تصنيف الحالة**

*المشتبه بها*: الحالة التي ينطبق عليها تعريف الحالة السريرية.
محتملة: حالة مشتبه بها كما هو محدد أعلاه، مع تعكر السائل النخاعي (مع أو بدون اختبار إيجابي لملون غرام)، أو ارتباط وبائي بحالة مؤكدة.
مؤكدة: الحالة المشتبه بها أو المحتملة مع التأكيد المختبري (الكشف عن مستضد إيجابي بالسائل النخاعي أو مسحة إيجابية)

#### 1.12.2 عامل معدي

بكتيريا: المجموعات المصلية للنيسرية السحائية A، B، C، Y، W135

#### 1.12.3 ظهور المرض

لا توجد بيانات متاحة.

#### 1.12.4 المستودع

الجنس البشري هو المضيف الوحيد.

#### 1.12.5 طريقة الانتقال

يحدث انتقال العدوى عن طريق الرذاذ التنفسي أو عن طريق الاتصال المباشر بالإفرازات الأنفية البلعومية من شخص مستعمر - لدية الأعراض أو خلاف ذلك.

#### 1.12.6 فترة الحضانة

بين 2-10 أيام، وعادة 4 أيام.

**1.12.7 فترة السريان**

أهم مصدر للعدوى الناقلات عديمي الأعراض. يمكن للأشخاص نقل الكائن الحي للآخرين طالما داء المكورات السحائية موجود في إفرازات الأنف أو البلعوم. وينبغي اعتبار الحالة معدية من وقت التعرض وحتى بعد 24 ساعة من بدء العلاج أو الوقاية الكيميائية بالمضادات الحيوية المناسبة. المخالطون الذين تعرضوا للمريض قبل 7-10 أيام أو أكثر من ظهور المرض لديه/لديها، ليسوا في خطر متزايد.

**1.12.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

المخالطون المقربون للحالة في خطر متزايد لأن يصبحوا مستعمرين/مصابين، ويتطور لديهم المرض. معدل الهجوم للمخالطين بالمنزل للحالات هو 500-800 مرة من المعدل الذي يتعرض له عامة السكان. خطر إصابة المخالطون بالمرض يبلغ أعلى مستوياته خلال فترة 10 يوم بعد التعرض.

**1.12.9 طرق المكافحة[29]**

a1.12.9 **الإجراءات الوقائية**

- **التطعيم**: لمنع حدوث حالات ثانوية تحدث بسبب حالة فردانية لداء المكورات السحائية، يمكن استخدام القاح للمخالطين المقربين من المرضى الذين يعانون من داء المكورات السحائية بسبب المجموعات المصلية A وC وY وW135.
- **الوقاية الكيميائية**: الهدف من الوقاية الكيميائية هو منع حدوث الحالات الثانوية من خلال القضاء على النقل الأنفي البلعومي. لأن تنجح في منع الحالات الثانوية، يجب أن تبدأ بالوقاية الكيميائية في أقرب وقت ممكن (أي بعد موعد لا يتجاوز 48 ساعة من تشخيص الحالة). وينبغي أن يقتصر استخدامه على المخالطين المقربين فقط للحالة، التي تعرف بأنها:
  - أفراد الأسرة (أي الأشخاص الذين ينامون في نفس المسكن التي بها الحالة)
  - المخالطون بالمؤسسات الذي تشاركوا في النوم بالمسكن (أي التلاميذ في المدارس الداخلية، رفقاء الغرفة؛ في معسكرات الجيش، الأشخاص الذين يشتاركوا بالثكنات)؛
  - مدرسة الحضانة أو المخالطين بمركز رعاية الأطفال (أي الأطفال والمعلمين الذين يشتركون في الفصول الدراسية مع الحالة)؛
  - الأخرين الذين كانوا على اتصال بإفرازات المريض عن طريق الفم من خلال التقبيل أو تبادل المواد الغذائية والمشروبات.

الأدوية التي أوصت بها وزارة الصحة العراقية هي ريفامبين (الأطفال والكبار) أو سيبروفلوكساسين (للبالغين فقط).

b1.12.9 **إجراءات المكافحة**

داء المكورات السحائية (سواء التهاب السحايا أو إنتان الدم) هو داء قد يؤدي إلى الوفاة وينبغي دائما أن ينظر إليه على أنه حالة طبية طارئة. توصي وزارة الصحة العراقية بأن أي حالة يشتبه بها ينبغي أن تحال إلى المستشفى على الفور. القبول في المستشفى أو المركز الصحي ضروري للتشخيص عن طريق **البزل القطني وفحص السائل النخاعي** CSF. ويجب أن يتم البزل القطني بمجرد الاشتباه في التهاب السحايا، وذلك قبل البدء بمضادات البكتيريا. وحيث أن نقل العدوى من المرضى يتم بشكل معتدل ويختفي بسرعة بعد العلاج بمضادات الميكروبات، فعزل المريض ليست أمراً ضرورياً.

[29] الأوبئة والوقاية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم الكتاب الوردي :كتاب الدورة التعليمية - الطبعة الثانية عشر) أبريل .(2011

يجب القيام **بالعلاج بمضادات الميكروبات** في أقرب وقت ممكن بعد البزل القطني (دون انتظار النتائج المختبرية)، وينبغي أن يقترن بالعلاج الداعم. يجب أن تكون المعالجة المبدئية بمضادات الميكروبات فعالة ضد الأسباب الثلاثة الرئيسية لالتهاب السحايا الجرثومي حتى تتوفر النتائج البكتريولوجية. بمجرد إجراء تشخيص داء المكورات السحائية، يمكن استخدام العديد من مضادات البكتيريا : إما البنسلين أو الأمبيسلين وهو الدواء المفضل. الكلورامفينيكول بديل جيد وغير مكلف. والسيفالوسبورينات من الجيل الثالث، والسيفترياكسون والسيفوتاكسيم، وهي بدائل ممتازة، ولكنها أكثر تكلفة. لا يزال القاعدة العامة لعلاج داء المكورات السحائية، دورة لمدة سبعة أيام (ما وراء فترة حديثي الولادة). وقد تبين أيضا فعالية الشكل (الزيتي) من الكلورامفينيكول طويل المفعول.

c1.12.9 **تدابير ضد الوباء**

- التطعيم: حملة تطعيم واسعة النطاق، إذا نفذت بشكل مناسب، قادرة على وقف وباء داء المكورات السحائية. والتشخيص المختبري والتأكيد من المجموعات المصلية الوبائية سترشدنا إلى نوع اللقاح المطلوب، سواء المكورات السحائية عديدة السكاريد ثنائية التكافؤ A/C (اذا ما تاكدت المجموعة المصلية A أو C على أنها المجموعة المصلية الوبائية)، أو لقاح المكورات السحائية عديدة السكاريد رباعية التكافؤ A/C/Y/W135 (إذا تاكدت المجموعة المصلية W135 أو Y). وسوف يتركز التطعيم بالمنطقة التي يوجد بها الوباء بشكل عالي.
- **سكان مخيم اللاجئين**: التأكيدات التالية (تم تحديد المجموعة المصلية) لحالتين، فمن المستحسن التطعيم واسع النطاق إذا كانت المجموعة المصلية التي تم تحديدها متضمنة سواء في اللقاح ثنائي التكافؤ (A / C) أو رباعي التكافؤ(A/C/Y/W135). السكان المعرضون للخطر (على سبيل المثال 2-30 سنة من العمر) يجب أن يتم إعطاء الأولوية لهم.
- **عامة السكان**: إذا كان يشتبه في تفشي المرض، ينبغي التطعيم فقط بعد تحقيق دقيق (بما في ذلك التأكيد وتحديد المجموعة المصلية) وتقييم المجموعة السكانية الأكثر عرضة للخطر.
- **الوقاية الكيميائية**: الوقاية الكيميائية للمخالطين لمرضى التهاب السحايا غير جائز خلال الوباء لعدة أسباب. قد لا يزال مناسبا استخدام المعالجة الكيميائية في المجموعات الصغيرة أو في حالات التفشي بين التجمعات السكانية المنغلقة (مثل الأسرة الكبيرة، والمدارس الداخلية)،
- **التشخيص**:في الوقت الذي يكون فيه طوفان من المرضى الامر الذي يجعل الاستخدام الروتيني للبزل القطني للتأكد من التهاب السحايا أمراً مستحيلاً، ينبغي اعتبار كل حالة مشتبه فيها بالتهاب السحايا ومعالجتها كحالة من حالات التهاب السحايا بالمكورات السحائية.
- **العلاج**: تعتبر البروتوكولات العلاجية البسيطة مناسبة: الكلورامفينيكول الزيتي طويل المفعول عضليا (100 ملغ/كغ تصل إلى 3 غرامات في جرعة واحدة) هو الدواء المفضل لجميع الفئات العمرية، وخاصة في المناطق ذات المرافق الصحية المحدودة.

**1.12.10 إدارة المرض**[30]

- داء المكورات السحائية هو داء قد يؤدي إلى الوفاة وينبغي دائما أن ينظر إليه على أنه حالة طبية طارئة. القبول في المستشفى أو المركز الصحي أمر ضروري، على الرغم من أن عزل المريض أمراً ليس ضرورياً. يجب بدء العلاج بالمضادات الحيوية المناسبة في أقرب وقت ممكن، والوقت الأمثل هو بعد إجراء البزل القطني إذا كان يمكن إجراؤه على الفور. إذا تم بدأ العلاج قبل البزل القطني قد يكون من الصعب أن تنمو البكتيريا من السائل الشوكي ومن الصعب تأكيد التشخيص.
- ويمكن لمجموعة من المضادات الحيوية علاج العدوى، بما في ذلك البنسلين، الأمبيسلين، الكلورامفينيكول والسيفترياكسون. في ظل الظروف الوبائية في أفريقيا في المناطق ذات البنية التحتية الصحية والموارد المحدودة، الكلورامفينيكول الزيتي أو السيفترياكسون تعتبر عقاقير مفضلة لأنه قد ثبت أن جرعة واحدة تكون فعالة في التهاب السحايا بالمكورات السحائية.

[30] منظمة الصحة العالمية " WHO. بيان وقائع التهاب السحايا بالمكورات السحائية December ". 2011.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en/index.html

## 1.13 الملاريا

**ICD-10 B50: المنجلية**
**ICD-10 B51: النشيطة**
**ICD-10 B52: الملاريا**
**ICD-10 B53: البيضوية**
**ICD-10 B54: الملاريا غير المحددة**

### 1.13.1 التعريف

هو مرض عودى طفيلية، مع وجود 4 أنواع من الملاريا البشرية والتي تسبب أعراض متشابهة بما فيه الكفاية لجعل التمييز بين الأنواع مستحيل بدون الدراسات المختبرية.الميزة الأكثر بروزا للملاريا هي الحمى. الوصف الكلاسيكي للحمى مع نمط متكرر الحدوث كل يومين أو ثلاثة أيام لا يكون موجود عادة عندما يبدأ المرض. حمى غير منتظمة قد تحدث أيضا بسبب العدوى المختلطة والاستخدام غير الفعال للأدوية الوقائية والعلاج الجزئي. المرضى يشعرون عادة بشكل جيد في الأيام التي تختفي بها الحمى. وينبغي عمل التشخيص الافتراضي للملاريا لأي شخص لديه ارتفاع في درجة الحرارة وكان في منطقة تتفشى فيها الملاريا حتى يثبت خلاف ذلك، وخاصة فيمن سافر مؤخراً. التشخيص المبكر مع العلاج المناسب الفوري أمر ضروري حيث أن الملاريا قد تكون مرض مميت. إذا كان فلم الدم المبدئي سلبي من طفيليات الملاريا ينبغي تكراره في غضون 12-24 ساعة، ويفضل أن يكون ذلك عندما تكون درجة الحرارة في ارتفاع. اختبار واحد سلبي لا يستبعد التشخيص، وخاصة إذا كان المريض قد تعاطى المضادات الحيوية التي قد ينتج عنها معالجة جزئية للعدوى.

**المظاهر السريرية**

يصاحب ارتفاع درجات الحرارة السريع عادة باهتزاز وقشعريرة، وآلام في العضلات، وآلام الظهر، والغثيان والصداع، وتنتهي الحلقة في كثير من الأحيان بالتعرق الغزير. قد تتضمن الأعراض الأخرى الارتباك أو علامات عصبية أخرى، والإسهال والبول الداكن واليرقان والسعال وضيق التنفس.

**المضاعفات**

قد تحدث المضاعفات الشديدة التالية، وعادة ما تحدث مع عدوى المتصورة المنجلية: غيبوبة، اعتلال الدماغ الحاد، وذمة دماغية، والتقيؤ والفشل الكلوي وفقر الدم الشديد، قلة الصفيحات، وذمة رئوية، صدمة، والحماض، وعيوب التخثر، وفشل الجهاز التنفسي، وفشل الكبد والموت. يمكن أن تحدث مقدمات شاذة والتي تنطوي في الغالب على مرض الإسهال والتي تؤدي إلى تأخر التشخيص والموت. عدوى أخرى مثل العدوى البكتيرية وحمى التيفوئيد وقد تحدث في وقت واحد. ينبغي البحث عن هؤلاء وخاصة إذا فشل المريض في الاستجابة بشكل جيد للعلاج المناسب. الأفراد، الذين لديهم مناعة جزئية أو تلقوا الوقاية الكيميائية المضادة للملاريا، قد تظهر لديهم صورة سريرية شاذة مع وجود اختلافات واسعة في فترة الحضانة. الملاريا التي بسبب أنواع أخرى من عدوى المتصورة المنجلية لا تهدد الحياة بشكل عام إلا في صغارالسن، أو في كبار السن والذين يعانون من مرض نقص المناعة أو اي مرض متزامن آخر.

**تعريف الحالة**

المريض الذي يتعرض للملاريا والذي يتم حجزه بالمستشفى لمرض الحمى مع عدم وجود سبب واضح.

**تصنيف الحالة**

*حالة يشتبه بها*: الكشف عن فصائل المتصورة من خلال اختبار المستضد التشخيصي السريع دون وجود تأكيد من الاختبار المجهري أو اختبار الحمض النووي في أي شخص (لدية أعراض أو عديم الأعراض)

*حالة مؤكدة*: التأكيد من خلال:

- التعرف على طفيليات الملاريا في أفلام الدم. تكرار الفحوص المجهرية كل 12-24 ساعة قد تكون ضرورية بسبب تباين كثافة الدم للطفيليات والطفيليات غالبا ما تكون غير واضحة في أفلام المرضى الذين كانوا تحت العلاج مؤخراً أو حالياً.
- الكشف عن مستضدات المتصورات في الدم عن طريق PCR وهو الأسلوب الأكثر حساسية، ولكن لا يتوفر عادة في مختبرات التشخيص.
- الأجسام المضادة، يمكن إثباتها بواسطة IFA، قد تظهر بعد الأسبوع الأول من الإصابة ولكن قد تستمر لسنوات، ومن تجارب الملاريا الماضية، إثبات الأجسام المضادة هذا ليس مفيد في تشخيص المرض الحالي.

**1.13.2 عامل معدي**

1. *المتصورة المنجلية*: أخطر عدوى للملاريا؛ تم القضاء عليها في العراق منذ خمسينات القرن التاسع عشر.
2. المتصورة النشيطة: الأكثر شيوعا في العراق
3. *المتصورة البيضوية*
4. *متصورة الملاريا*

**1.13.3 ظهور المرض**

يمكن النظر للعراق الآن أنها خالية من الملاريا منذ عام 2008 في مرحلة القضاء عليه، ونحن في انتظار التصديق على ذلك من منظمة الصحة العالمية، هناك جهود إشراف قوي من قبل أعضاء قسم الملاريا لمركز مكافحة الأمراض والوقاية منها CDC - ببغداد إلى جميع أنحاء العراق وخاصة بالأجزاء الشمالية والجنوبية.

**1.13.4 المستودع**

البشر هم المستودع الرئيسي للطفيل.

**1.13.5 طريقة الانتقال**

وينتقل الفيروس عن طريق لدغة البعوض المصابة (الأنثى).

**1.13.6 فترة الحضانة**

| أنواع الملاريا | فترة الحضانة |
|---|---|
| *المتصورة المنجلية* | 8-14 يوم |
| *المتصورة النشيطة والبيضوية* | 12-18 يوم |
| *متصورة الملاريا* | 8-14 يوم |

**1.13.7 فترة السريان**

1) يجب على طفيليات المتصورة ان تجتاز تغيرات تطورية في البعوضة المضيفة المؤهلة قبل أن يتم تمريرها مرة أخرى إلى إنسان آخر، وهذا يستغرق من أسبوع إلى شهر واحد. الإنسان يكون معدي بالنسبة للبعوض عندما تكون الخلايا العرسية موجودة في الدم.
2) المرضى غير المعالجين أو المعالجين بشكل غير كاف قد يكونوا مصدرا لعدوى البعوض لعدة سنوات لمتصورة الملاريا، قد تصل إلى 5 سنوات في المتصورة النشيطة، وعموما ليست أكثر من سنة واحدة في المتصورة المنجلية للملاريا؛ تظل البعوضة معدية مدى الحياة .
3) قد يحدث نقل للدم ما دامت الأشكال اللاجنسية في الدورة الدموية (مع وجود متصورة الملاريا، قد تصل إلى 40 عاما أو أكثر).
4) يمكن للدم المخزن أن يظل معدي لمدة شهر على الأقل.

**1.13.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

القابلية والاستعداد يكون عالمي إلا في الإنسان ذو الصفات الوراثية المحددة. في العراق، الصفات الوراثية التي قد تعدل تعبير المرض تشمل 1) خلية منجلية، 2) مرض الثلاسيميا، 3) داء نازِعة هيدروجين الغلوكوز - 6 - فسفات. يبدو أن الأشخاص ذوي المناعة المكبوتة الذين يعيشون في المناطق الموبوءة في خطر متزايد من الإصابة بالعدوى بشكل أكثر تواترا وبكثافة عالية، وقد يظهروا استجابة قليلة منخفضة إلى أي علاج للملاريا.

**1.13.9 طرق المكافحة**

a1.13.9 **الإجراءات الوقائية**

1. تجنب التعرض للعض من البعوض، وخصوصا بين الغسق والفجر (الحماية الشخصية) هو خط الدفاع الأول ضد الملاريا. وتشمل التدابير الأخرى: ارتداء قماش طويلة، المواد الطاردة للحشرات، والبخاخات، وإزالة أماكن توالد البعوض أو تجمعات المياه بالقرب من المنزل واستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات.
2. الكيماوي الوقائي: يعطى للمسافرين الى منطقة مليئة بالملاريا معروفة أو إلى البلدان المدرجة (إيران، باكستان، الفلبين، الهند، وتايلاند، والجنوب الشرقي الآخر لآسيا، وجميع الدول الافريقية باستثناء الجزء الشمالي من أفريقيا واليمن).
3. السعي فورا للتشخيص والعلاج إن وجدت أي علامة موحية أو ظهرت أي أعراض للملاريا.

b1.13.9 **إجراءات المكافحة**

عزل الحالة ليس ضرورياً عموما إذا لم يمكن التعرف على الأنواع بثقة، ينبغي أن يعامل المريض كما لو أنه مصاب بأخطر مرض أي بالمتصورة المنجلية. ويمكن تطبيق هذا بصفة خاصة على الحالات الخاصة بمرض الملاريا. من ناحية أخرى، كما نعلم، فإن الأنواع الموجودة من الملاريا في العراق هي المتصورة النشيطة وبالتالي فإن نظام العلاج كما هو مبين أدناه: العلاج الجذري لجميع الحالات الإيجابية بأقراص الكلوروكين؛ الجرعة الأساسية هي:

| أول يوم | ثاني يوم | ثالث يوم | رابع يوم | اليوم السابع عشر |
|---|---|---|---|---|
| 4 أقراص في البداية ثم قرصين بعد 6 ساعات. | قرصين | قرصين | قرص بريماكين. (15) ملغم قرص واحد / يوميا لمدة 14 يوم | آخر جرعة من اقراص بريماكين من أجل تقليل خطرالانتكاس من المرض |

c1.13.9 **تدابير ضد الوباء**

نحن بحاجة إلى إجراءات سريعة وقوية وعلاج فعال لجميع الحالات؛ كالعلاج الجماعي، يجب وضع تغطية كاملة لتدابير مكافحة الناقلات. عادة،يفضل التضبيب المسائي، والرش الموضعي للأماكن المغلقة بسبب تأثيره السريع، وهذا يمكن أن يتبعه استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات وتدابير مكافحة اليرقات.

d1.13.9 **آثار الكوارث**

قد تؤدي الكوارث إلى أوبئة الملاريا كنتيجة للتحركات السكانية، والتغيرات البيئية، وانهيار الخدمات الصحية، وعوامل أخرى. لذلك نحن بحاجة إلى التدخلات العاجلة أو الطارئة تتم في أقسام الملاريا في المحافظات وتطبيق تدابير الرقابة بما في ذلك العلاج المبكر الفعال ومكافحة النواقل، والناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، والرش الموضعي للأماكن المغلقة ، التضبيب المسائي الحراري والبارد، وتوزيع الناموسيات والتثقيف الصحي.

e1.13.9 **تدابير دولية**

1) ***تشمل التدابير الدولية الهامة:***

أ) طرد الحشرات من الطائرة قبل صعود الركاب أو في الترانزيت، وذلك باستخدام الرش الموضعية للمبيد الحشري الفعال؛

ب) طرد الحشرات من الطائرات والسفن وغيرها من المركبات عند الوصول، إذا كانت هيئة الصحة في مكان الوصول لديها سبب في اشتباه وجود ناقلات للملاريا؛

ج) تطبيق والحفاظ على التدابير الصحية المضادة للبعوض في نطاق طيران البعوض في جميع الموانئ والمطارات.

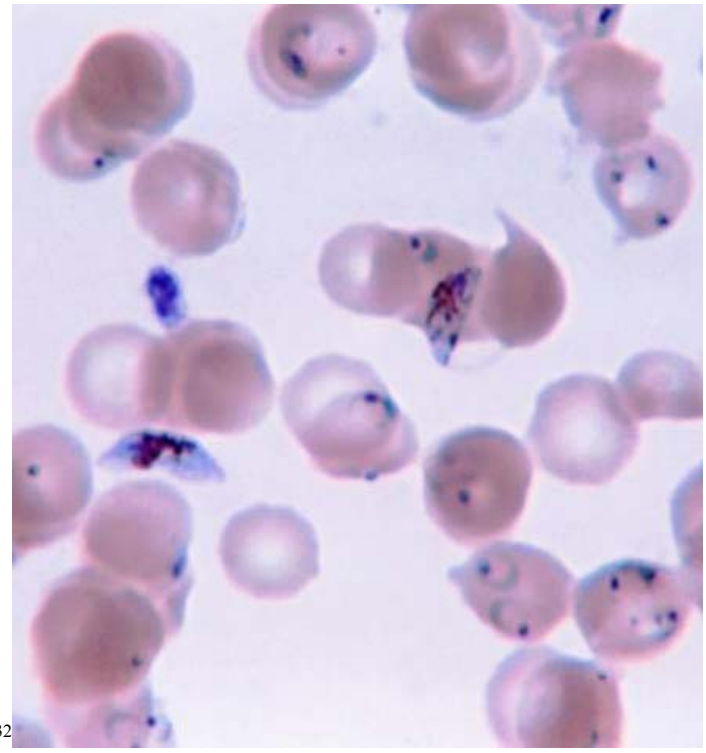
2) ***في الظروف الخاصة:***

إعطاء الأدوية المضادة للملاريا للمصابين المحتملين من المهاجرين، واللاجئين، والعمال الموسميين والأشخاص الذين يشاركون في حركة جماهيرية متكررة في منطقة أو بلد حيث تم القضاء فيها على الملاريا.

**1.13.10 إدارة المرض[31]**

- أفضل علاج متاح، وخاصة بالنسبة لملاريا المتصورة المنجلية، هو العلاج المركب المكون أساساً من مادة أرتيميسينين (ACT).
- وتوصي منظمة الصحة العالمية بتأكيد جميع حالات الملاريا المشتبه فيها باستخدام الاختبار القائم على التشخيص الطفيلي (سواء المجهري أو الاختبار التشخيصي السريع) قبل إعطاء العلاج. نتائج تأكيد الطفيليات يمكن أن تكون متاحة في 15 دقيقة أو أقل. العلاج فقط على أساس الأعراض ينبغي اعتباره فقط عندما يكون تشخيص الطفيليات غير ممكن.

[31] منظمة الصحة العالمية" .WHO بيان وقائع داء الملاريا ."أبريل 2012.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html



[32]

**الأشكال الحلقية والخلايا العرسية *للمتصورة المنجلية* في الدم البشري**

[32] http://en.wikipedia.org/wiki/File:Plasmodium.jpg

## 1.14 الحصبة

### ICD-10 B05

#### 1.14.1 التعريف

عدوى فيروسية مجموعية حادة. المرحلة البادرية تدوم 2-4 أيام (تتراوح من 1-7 أيام). وتتميز بالحمى، والتي تزيد في بشكل تدريجي، وغالبا ما تبلغ ذروتها لتصل إلى 103 ° -105 ° فهرنهايت. ويعقب ذلك ظهور السعال، والزكام (سيلان الأنف)، أو التهاب الملتحمة. بقع كوبليك، طفح جلدي (طفح باطن) يظهر على الأغشية المخاطية، ويتم اعتباره كعرض واصم للحصبة. يحدث قبل 1-2 يوم من الطفح أو 1-2 يوم بعد الطفح الجلدي، ويظهر على شكل بقع زرقاء بيضاء على الخلفية الحمراء اللامعة لمخاطية الشدق.

طفح الحصبة هو طفح بقعي حطاطي يستمر عادة من 5-6 أيام. ويبد عند خط الشعر، ثم يشمل الوجه والجزء العلوي من الرقبة. خلال الأيام الثلاثة التالية، يتقدم الطفح الجلدي تدريجيا نحو الأسفل وللخارج، وصولاً لليدين والقدمين. الآفات البقعية الحطاطية عادة ما تكون منفصلة، ولكنها قد تصبح متمادية، وخاصة في الجزء العلوي من الجسم. في البداية، تبيض الآفات بالضغط عليها بالأصابع. بعد 3-4 أيام، فإن غالبية الآفات لا تبيض مع الضغط. يحدث تقشر ناعم على المناطق الأكثر إصابة. يتلاشى الطفح الجلدي بنفس ترتيب ظهورها، من الرأس إلى الأطراف.

وتشمل المضاعفات الإسهال، والجفاف، والتهاب الفم، وعدم القدرة على إطعام، والالتهابات البكتيرية (بالجلد وغيرها من الأماكن).

**تعريف الحالة السريرية**

أي شخص لديه حمى وطفع بقعي حطاطي (غير حويصلي) وسعال، وزكام (أي سيلان الأنف) أو التهاب الملتحمة (أي احمرار العينين).

أو

أي شخص يشتبه به عامل الصحة بإصابته بعدوى الحصبة.

**تصنيف الحالة**

*الحالة المؤكدة سريريا*: الحالة التي ينطبق عليها تعريف الحالة السريرية.

*الحالة المؤكدة مختبرياً*: (فقط لتأكيد التفشي وخلال مرحلة القضاء على المرض): الحالة التي ينطبق عليها تعريف الحالة السريرية ومؤكدة مختبريا (وجود أجسام مضادة معينة من الغلوبولين المناعي للحصبة)، الحالة التي تستوفي التعريف السريري ومرتبطة وبائيا باتصال مباشر لحالة مؤكدة مختبريا والتي ظهرت بها الطفح من 7-18 يوم.

#### 1.14.2 عامل معدي

فيروس الحصبة (جنس الفيروسة الحصبية، عائلة الفيروسات المخاطانية)

**1.14.3 ظهور المرض**

الحصبة في العراق[33].

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 726 | 4088 | - | - | 9081 | 908 | 474 | 230 | 5494 | 30328 | 492 | 1021 |

في المناطق المعتدلة، ويحدث مرض الحصبة في المقام الأول في أواخر الشتاء والربيع.

**1.14.4 المستودع**

البشر. حالة الناقل عديم الأعراض لم يتم توثيقه

**1.14.5 طريقة الانتقال**

- المحمولة جوا عن طريق انتشار القطيرات؛ أو
- الاتصال المباشر بإفرازات الأنف والحلق من المصابين أو عن طريق جسم معين (مثل الألعاب) التي كانت قريبة من الشخص المصاب

**1.14.6 فترة الحضانة**

بعد الإصابة هناك فترة حضانة للمرض غير مصحوبة بأعراض من 10-12 يوما، مع فترة تتراوح بين 7-18 يوم من التعرض إلى ظهور الحمى.

**1.14.7 فترة السريان**

الحصبة تكون أكثر عدوى قبل 4 أيام من ظهور الطفح وحتى 1-2 يوماً بعد ظهور الطفح الجلدي.

**1.14.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

الحصبة شديدة العدوى حيث أن شخصاً واحداً يمكنه إصابة 90٪ من الناس المقربون له والذين ليسوا محصنين. الحصبة أكثر حدة في الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية، وخاصة الذين لديهم نقص فيتامين A. قد يكون معدل وفاة الحالات يصل إلى 25٪.

**1.14.9 طرق المكافحة[35][34]**

a1.14.9 **الإجراءات الوقائية**
العراق لديها سياسة تحصين روتينية والتي تتطلب جرعة واحدة من لقاح مستضدات الحصبة في 9 أشهر، وجرعة من المطعوم الثلاثي أو (لقاح الحصبة والنكاف والحميراء) MMR في 15 شهرا، وجرعة أخرى من (لقاح الحصبة والنكاف والحميراء) MMR عند دخول المدرسة. ومع ذلك، قد تكون هناك حاجة لحملات تطعيمية ضد الحصبة التكميلية من أجل الحد من مخاطر تفشي مرض الحصبة.

[33] http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencebycountry.cfm?C=IRQ
[34] المعايير التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية للأمراض التي يمكن الوقاية منها من خلال لقاحات مختارة
http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/measles_surveillance/en/index.html
[35] الأوبئة والوقاية من الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم الكتاب الوردي: كتاب الدورة التعليمية - الطبعة الثانية عشر (أبريل 2011).

b1.14.9 **إجراءات المكافحة**

وبالنسبة للحالات الغير مصحوبة بمضاعفات: إعطاء فيتامين (أ) فورا بمجرد التشخيص والتأكد من حصول الطفل على جرعة ثانية في اليوم التالي (يمكن أن تعطى للأم لإعطاؤها له في المنزل).تقديم المشورة إلى الوالدين بمعاملة الطفل في المنزل (مكافحة الحمى وتوفير الغذاء المغذي).

وبالنسبة للحالات ذات مضاعفات العين والفم أو الأذن الغير شديدة: ويمكن علاج الأطفال بالمنزل. إعطاء فيتامين (أ) فورا بمجرد التشخيص والتأكد من حصول الطفل على جرعة ثانية في اليوم التالي (يمكن أن تعطى للأم لإعطاؤها له في المنزل). إذا كان القيح يسيل من العيون، يتم تنظيف العيون والعلاج يكون بمرهم العيون التتراسيكلين 1٪. إذا تقرح الفم، يتم العلاج ببَفْسجيَّة الجنطيان. إذا كان الصديد يسيل من الأذن، يتم تنظيف الأذن من الإفرازات ويتم العلاج بالمضادات الحيوية لمدة 5 أيام (أموكسيسيلين -خط أول - الكوتريموكسارول - خط ثانٍ، وفقا لسياسة ARI الوطنية والمبادئ التوجيهية للادارة المتكاملة لامراض الطفولة). يتم معالجة سوء التغذية والإسهال، إذا كانت موجودة، بالسوائل الكافية واتباع نظام غذائي عالي الجودة.

وبالنسبة للحالات ذات الحصبة والمضاعفات الشديدة (أي علامات خطيرة بشكل عام، مثل تغيم القرنية، أو تقرحات الفم العميقة أو الواسعة، أوالالتهاب الرئوي): يتم الإحالة إلى المستشفى على وجه السرعة. علاج الالتهاب الرئوي بالمضادات الحيوية المناسبة. إذا كان هناك تغيم القرنية أو صديد يسيل من العين، يتم تنظيف العين ويتم وضع مرهم التتراسيكلين 1٪ للعين. إذا كان الطفل لديه أي علامات تشير إلى نقص فيتامين A من العين (أي العمى الليلي، أو بقع بيتو، أوجفاف الملتحمة والقرنية، تغيم أو تقرح القرنية)، إذاً يجب عليه أو عليها الحصول على الجرعة الثالثة من فيتامين A بعد 2-4 أسابيع.

c1.14.9 **تدابير ضد الوباء**

- إبلاغ السلطات الصحية إذا تم تحديد حالة أو أكثر من الحالات المشتبه فيها.
- تأكيد التفشي المشتبة به، اتباعاً لإرشادات منظمة الصحة العالمية WHO.
- التحقيق في الحالة المشتبه بها: التحقق ما إذا كانت تستوفي تعريف الحالة، تسجيل تاريخ ظهور المرض وحالة التطعيم والعمر.
- تأكيد التشخيص: جمع عينة دم من 3-5 حالات من الحالات المبدئية التي تم الإبلاغ عنها.
- تقييم مدى تفشي المرض والسكان المعرضين للخطر.
- تنفيذ تدابير الرد على الفاشيات:
  - إعطاء الأولوية للإدارة السليمة للحالة وتحصين الفئات الأكثر تعرضا للخطر (مثل الأطفال 6 أشهر - 5 سنوات) في أقرب وقت ممكن في المناطق المجاورة التي لم تتأثر حتى الآن من التفشي والتي من المرجح أن تنتشر بها.
  - تعزيز التعبئة الاجتماعية من الآباء والأمهات من أجل التأكد من تحصين الأطفال غير المطعمين سابقا من عمر 6 أشهر - 5 سنوات.
  - وجود العديد من حالات الحصبة في بيئة طارئة لا يعوق حملة التطعيم ضد الحصبة. حتى بين الأفراد الذين سبق أن تعرضوا لها، ويحتضنوا الفيروس الطبيعي، إذا ما تم إعطاء لقاح الحصبة في غضون ثلاثة أيام من التعرض، يمكن أن يوفر هذا الحماية أو يعمل هذا على تعديل شدة المرض السريرية.
  - لا يتم الإشارة إلى عزل المرضى، وينبغي ألا يتم سحب الأطفال من برامج التغذية.

### 1.14.10 إدارة المرض[36]

- من الممكن تلافي المضاعفات الوخيمة الناجمة عن الحصبة بفضل الرعاية الداعمة التي تضمن التغذية السليمة وكميات كافية من السوائل وعلاج الجفاف بحلول الإماهة الفموية التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية. هذا الحل يحل محل السوائل والعناصر المغذية الأساسية الأخرى التي يتم فقدها خلال الإسهال أو القيء. كما ينبغي وصف المضادات الحيوية لعلاج العين والتهابات الأذن، والالتهاب الرئوي.
- ينبغي أن يتلقى جميع الأطفال في البلدان النامية التي تم تشخيص حالاتهم بالحصبة، جرعتين من مكملات فيتامين (A)، مع فترة 24 ساعة تفصل الجرعات. وهذا يمكن أن يساعد في منع تلف العين ومنع العمى. وقد ثبت أن مكملات فيتامين (A) تحد من عدد الوفيات الناجمة عن الحصبة بنسبة 50٪.

[37]

**شخص مصاب بفيروس الحصبة**

[36] منظمة الصحة العالمية" WHO. بيان وقائع داء الحصبة ."أبريل 2012.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/index.html

[37] مكتبة صور الصحة العامةلمراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها

## 1.15 التيتانوس

**ICD-10 A35: التيتانوس**
**ICD-10 A33: تيتانوس الأطفال حديثي الولادة**

### 1.15.1 التعريف

مرض حاد ينتج عن ذيفان خارجي لعصوية التيتانوس، والتي تنمو لا هوائيا في موقع الاصابة. ويتميز هذا المرض بتقلصات عضلية مؤلمة، في المقام الأول للعضلة الماضغة وعضلات الرقبة، وثانياً لضلات الجذع. أول علامة شائعة للتيتانوس في الأطفال الكبار والبالغين هي صلابة البطن، ولو أن الصلابة في بعض الأحيان تكون بمنطقة الإصابة. تحدث تشنجات عامة، تنتج بشكل متكرر من المحفزات الحسية؛ المظاهر المماثلة للتشنج الكزازي هي وضع التشنج الظهري وتعبيرات الوجه المعروفة باسم "التكشيرة السردونية." ربما لم يتم تحديد تاريخ الإصابة أو المدخل الذي دخل منه. معدل وفاة الحالات تتراوح بين 10٪ إلى أكثر من 80٪، وهو أعلى عند الرضع والمسنين، ويختلف عكسيا مع طول فترة الحضانة وتوافر موظفي وحدة العناية المركزة من ذوي الخبرة ومدى توافر الموارد. محاولات التأكيد المختبري قليلة المساعدة. ونادرا ما يتعافى الكائن الحي من موقع الإصابة، وعادة لا يوجد استجابة للأجسام المضادة.

### 1.15.2 عامل معدي

المطثية الكزازية، عصوية الكزاز.

### 1.15.3 ظهور المرض

هذا المرض أكثر شيوعا في المناطق الزراعية والمناطق حيث يوجد الفضلات الحيوانية والتحصين يكون غير مناسب. حقن المدمنين للمخدرات، وخاصة الحقن العضلي أو تحت الجلد، يؤدي إلى حالات فردية وأحيانا إلى تفشي محدود. الأشخاص بالمناطق الريفية والمناطق الإستوائية معرضون بشكل خاص للخطر، حيث يشيع بهذه المناطق الكزاز الوليدي. هذا المرض متقطع وغير شائع نسبيا في معظم البلدان الصناعية.

(إجمالي) التيتانوس بالعراق[38].

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | - | - | - | - | 17 | 21 | 9 | 17 | 18 | 34 | 25 | 29 |

تيتانوس الأطفال حديثي الولادة في العراق[39].

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 37 | 22 | - | - | 16 | 18 | 9 | 6 | 9 | 17 | 11 | 10 |

### 1.15.4 المستودع

أمعاء الخيول وغيرها من الحيوانات، بما في ذلك البشر، التي فيها يكون الكائن الحي المستوطن الطبيعي غير مؤذي. التربة أو الأدوات المعدية الملوثة ببراز الحيوان والإنسان. يمكن لجراثيم التيتانوس الواسعة الإنتشار في البيئة، تلويث الجروح بجميع أنواعها.

[38] http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencebycountry.cfm?C=IRQ
[39] http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencebycountry.cfm?C=IRQ

**1.15.5 طريقة الانتقال**

عادة، تدخل جراثيم التيتانوس إلى الجسم عن طريق ثقب الجرح الملوث بالتربة أوبغبار الشارع أو ببراز الحيوانات أو الإنسان، أو من خلال التمزقات أوالحروق والجروح الغير ملحوظة، أو عن طريق حقن المخدرات الملوثة (مثل المخدرات التي بالشوارع). التيتانوس أحيانا يأتي بعد العمليات الجراحية، والتي تشمل الختان وعمليات الإجهاض التي تجرى في ظل ظروف غير صحية. وجود الأنسجة النخرية و/أو الأجسام الغريبة يدعم نمو الممرضات اللاهوائية. الحالات التي تبعها جروح تعتبر تافهة جدا لاستشارة طبية.

**1.15.6 فترة الحضانة**

عادة من 3-21 يوم، على الرغم من أنها قد تتراوح بين 1 يوم إلى عدة أشهر، اعتمادا على طبيعة ومدى وموقع الجرح؛ المتوسط 10 يوما. تحدث معظم الحالات في غضون 14 يوما. بشكل عام، ترتبط فترات الحضانة القصيرة بالجروح الملوثة بشكل كبير، والمرض الأكثر شدة والتكهن السيء.

**1.15.7 فترة السريان**

لا ينتقل من شخص إلى شخص مباشرة.

**1.15.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

القابلية عامة. ويتسبب التيتانوس بالحصانة النشطة والتي تستمر لمدة 10 سنوات على الأقل بعد التحصين الكامل؛ يلي التحصين السلبي العابر الحقن بالغلوبيولين المناعي للتيتانوس (TIG) أو بترياق التيتانوس (خيلي الأصل). الرضع من الأمهات المحصنة تحصين نشط يكتسبوا حصانة سلبية تحميهم من الكزاز الوليدي. الشفاء من مرض التيتانوس قد لا يسفر عنه الحصانة؛ قد يحدث هجمات ثانية، ويتم الإشارة إلى التحصين الأساسي بعد الشفاء.

**1.15.9 طرق المكافحة**

a1.15.9 **الإجراءات الوقائية**

1. تثقيف الجمهور بشأن ضرورة التحصين الكامل بلقاح ذوفان الكزاز، أخطار ثقب الجروح والإصابات المغلقة التي هي عرضة بشكل خاص للمضاعفات التي يسببها التيتانوس، والحاجة المحتملة بعد الإصابة للوقاية النشطة و/أو السلبية.
2. التحصين العالمي النشط بذوفان الكزاز الممتز (TT)، والذي يعطي حماية دائمة لمدة 10 سنوات على الأقل، وبعد الانتهاء من السلسلة الأساسية الأولية، جرعات معززة فردية تحدث مستويات عالية من الحصانة. في الأطفال أقل من 7 أعوام، يتم إعطاء لقاح الذوفان بشكل عام مع لقاح ذوفان الدفتيريا والسعال الديكي (مستضد اللقاح الثلاثي)(DTP أو DTaP)، أو مستضد القاح الثنائي (DT) عندما يوجد موانع من إعطاء لقاح السعال الديكي.
3. الوقاية في إدارة الجرح: وتستند الوقاية من التيتانوس في المرضى الذين يعانون من جروح في التقييم الدقيق عما إذا كان الجرح نظيف أم ملوث، وحالة تحصين المريض، والاستخدام السليم للقاح ذوفان التيتانوس و/أو الغلوبولين المناعي للتيتانوس TIG وتنظيف الجرح، الإنضار الجراحي عند الحاجة، والاستخدام السليم للمضادات الحيوية.

b1.15.9 **إجراءات المكافحة**

1. إبلاغ السلطة الصحية المحلية:
2. العزل: غير قابل للتطبيق.
3. التطهير المتزامن: غير قابل للتطبيق.
4. الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
5. تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق.
6. التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: التحقيق في الحالة لتحديد ظروف الإصابة.
7. العلاج المحدد: الغلوبولين المناعي للتيتانوس بالعضل في جرعات 3000-6000 وحدة. إذا كان الغلوبولين المناعي غير متوفر، يجب إعطاء ترياق الكزاز (فرسي الأصل) في جرعة واحدة كبيرة حقناً بالوريد بعد الاختبار المناسب لفرط الحساسية. الميترونيدازول، المضاد الحيوي الأنسب من حيث وقت الشفاء ومعدل وفاة الحالات، ينبغي أن يعطى لمدة 7-14 أيام في جرعات كبيرة، وهذا يسمح أيضا بتقليل كمية مرخيات العضلات والمهدئات اللازمة. يجب تنظيف هذا الجرح على نطاق واسع واستئصاله إذا كان ذلك ممكنا. لا يتم الإشارة إلى الإنضار الواسع للجدعة السرية في حديثي الولادة.

الحفاظ على مجرى الهواء الكافي مع توظيف التخدير كما هو مشار إليه؛ إعطاء الأدوية الخاصة بارتخاء العضلات معا مع التنبيب الأنفي الرغامي أو تنبيب فعر الرغامي ومساعة التنفس ميكانيكا، قد يكون هذا منقذا للحياة. ينبغي البدأ في التحصين النشط بالتزامن مع العلاج.

**1.15.10 إدارة المرض**[40]

- **تيتانوس الأطفال حديثي الولادة**
  - تطهير الحبل السري
  - التهدئة
  - المصل المضاد للتيتانوس والمضادات الحيوية
  - لبن الأم من خلال أنبوب أنفي معدي
- **تيتانوس الجروح ذات الصلة**
  - التطهير والإنضار الكافي للجروح
  - التهدئة
  - المصل المضاد للتيتانوس والمضادات الحيوية

[41]

**رضيع يعاني من مرض الكزاز الوليدي**

[40] جونز هوبكنز والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر" .مكافحة الأمراض السارية في حالات الطوارئ "*دليل الصحة العامة في حالات الطوارئ* .النسخة الثانية.2008.Pp.360-361

[41] **مكتبة صورالصحة العامةلمراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها**

## 1.16 التسمم الغذائي

### ICD-10 A02 & A05

#### 1.16.1 التعريف

وهو مصطلح متكرر وغير دقيق للتسمم الغذائي والذي يعني المرض المكتسب من خلال استهلاك الأغذية الملوثة. التفشي الذي يحدث بسبب الاستهلاك الغذائي، يتم الاشتباه به عند حدوث مرض ذو فترة حضانة قصيرة بعد استهلاك الأغذية الملوثة. يمكن أن يكون سببه:

1. الملوثات الكيميائية مثل المعادن الثقيلة والمركبات العضوية أو
2. الأسباب الأكثر شيوعا للأمراض المنقولة عن طريق الأغذية هي:

a) السموم التي يضعها نمو البكتيريا في الطعام قبل الاستهلاك (المطثية الوشيقية، العنقودية الذهبية، والعصوية الشمعية؛ التسمم بالإسقمري - مصحوب ليس بسم محدد ولكن بمستويات مرتفعة من الهيستامين) أو في الأمعاء (المطثية الحاطمة).

b) العدوى البكتيرية أو الفيروسية أو الطفيلية (الحمى المتموجة، عطيفة التهاب الأمعاء والإسهال الذي يسببه الإشريكية القولونية، والتهاب الكبد A، داء الليستريات، داءُ الشَّعْرينات، والإصابة بعدوى الضمة).

c) تنتج السموم أنواع من الطحالب الضارة أو توجد في أنواع محددة (التسمم بالينفوخ، التسمم بحمض الأزاسبير).

يتم التعرف على الأمراض التي تنتقل عن طريق الأغذية من خلال حدوث المرض في غضون فترة قصيرة (بضع ساعات إلى بضعة أسابيع) بعد وجبة الطعام.

**تصنيف الحالة**

*الحالة المشتبه بها*: ظهور مفاجئ (المدة وفقا للأسباب مذكورة أعلاه) مع الغثيان الشديد والقيء، والإسهال، والحمى، والتعب، والنوبات، وتشنجات في البطن، جفاف الفم، صعوبة في البلع والتحدث، وانخفاض ضغط الدم، وعدم وضوح الرؤية، و/أو البراز الدموي.

*حالة مؤكدة*:عزل العامل المسبب من الطعام المشتبه به، القيء أو البراز (العنقودية الذهبية)؛ التعرف على البكتيريا في مسحة من الطعام المشتبه به أو من براز المريض (المطثية الحاطمة)؛ كشف الذيفان المعوي في الطعام المشتبه به؛ حالة مشتبه بها بين حالات التسمم الغذائي مع مشاركة نفس الطعام مع حالة واحدة على الأقل مؤكدة مختبرياً.

**ملاحظة: العامل المعدي، الحدوث، المستودع، طريقة انتقال العدوى، فترة الحضانة، فترة سريان المرض، والقابلية والمقاومة، جميعها يعتمد على العامل المسبب الحقيقي. تم مناقشة الطرق العامة للمكافحة أدناه.**

#### 1.16.9 طرق المكافحة

ينبغي الإبلاغ عن أي حالات يشتبه بأنها حالات تسمم غذائي على الفور إلى السلطات الصحية وينبغي إجراء تحقيق للحالة بالنسبة لجميع الحالات المشتبه بها والحالات المؤكدة. وينبغي جمع عينات من البراز، والقيء، والطعام المشتبة به. تعليمات للمخالطين: لعدم أكل الطعام المشتبه به.

### 1.16.10 إدارة المرض[42]

لأن معظم حالات الالتهاب الحاد بالمعدة والأمعاء هي محدودة ذاتيا، ليس هناك ضرورة لعلاج معين لها. وبعض الدراسات قدرت أن 10٪ فقط من الحالات تتطلب العلاج بالمضادات الحيوية.

- والهدف الرئيسي هو الإماهة الكافية ومكملات الإلتكروليت. ويمكن تحقيق ذلك إما بمحاليل الإماهة الفموية (ORS) أو المحاليل الوريدية (على سبيل المثال، محلول كلوريد الصوديوم متساوي القوة ، محلول رينغر اللاكتيكي). يجب أن يتم ممارسة النظافة الشخصية الصارمة أثناء المرض.
  - وتتحقق الإماهة الفموية عن طريق إعطاء سوائل واضحة والمحاليل التي تحتوي على الصوديوم وعلى الجلوكوز. قد تتكون محاليل الإماهة الفموية ORS البسيطة من 1 ملعقة صغيرة مستوية من الملح و 4 ملاعق صغيرة ممتلئة من السكر يضاف إلى 1 لتر من الماء.
  - استخدام أملاح الإماهة الفموية قد يقلل من معدل الوفيات المرتبط بالكوليرا من اكثر من 50٪ إلى أقل من 1٪.
  - محاليل الإماهة الفموية ORS أيضاً مبينة في غيرها من أمراض إسهال الجفاف.
  - محاليل الإماهة الفموية ORS تعزز نقل جزيئات الجلوكوز والصوديوم والماء عبر ظهارة القناة الهضمية، آلية لا تتأثر بمرض الكوليرا.
  - منظمة الصحة العالمية (WHO) توصي بمحلول يحتوي على 3.5 جرام من كلوريد الصوديوم، و 2.5 جرام من بيكربونات الصوديوم، و 1.5 جرام من كلوريد البوتاسيوم، و 20 جرام من الغلوكوز لكل لتر من الماء.
- يتم الإشارة بالمحاليل الوريدية للمرضى الذين يعانون من جفاف شديد أو الذين لديهم تقيؤ مستعصي العلاج.

[42] غامارا، روبرتو م" .علاج تسمم الغذاء وإدارته *Medscape.* ".تم التحديث 19 :مارس 2012.http://emedicine.medscape.com/article/175569-treatment

## المجموعة 2: أمراض يبلغ عنها أسبوعيا

## 2.1 الإسهال الحاد

### ICD-10 A09

#### 2.1.1 التعريف

وتعرف بأنها مرور البراز الرخو أو المائي وبتكرار متزايد عن الطبيعي (كثلاثة أو أكثر من البراز الرخو أو المائي خلال 24 ساعة). يرافق ذلك أعراض مجموعية أو أعراض معدية معوية أخرى بما في ذلك القيء، والحمى، والجفاف والاضطرابات إلكتروليتية.
من الوجهة السريرية العملية، يمكن تقسيم أمراض الإسهال إلى 3 أمراض سريرية:

1. الإسهال المائي الحاد (بما في ذلك الكوليرا)، يستمر أقل من 14 يوما.
2. الإسهال الدموي الحاد (الزحار)، يستمر أقل من 14 يوما. الإسهال الدموي هو عندما يحتوي البراز الرخو أو المائي على دم أحمر مرئي.
3. الاسهال المستمر والدائم 14 يوما أو أكثر.

#### 2.1.2 عامل معدي

قد يكون سبب الإسهال الحاد مواد معوية بكتيرية مختلفة (الكوليرا، الشغيلة، السالمونيلا، الإشريكية القولونية، اليرسنية)، أو فيروسية (الفيروسة العجلية) وطفيلية (مرض الجيارديا). مسببات الأمراض الأكثر شيوعا للإسهال المائي الحاد:

1. الفيروسة العجلية
2. الذيفان المعوي للإشريكية القولونية ETEC
3. ضمة الكوليرا - أهم أسباب الإسهال المائي الوبائي في البلدان النامية بسبب ارتفاع معدل الاعتلال والوفيات. الذيفان المعوي للإشريكية القولونية ETECيمكن أيضا أن يسبب الإسهال الوبائي، ولكن معالجتها ضرورية ومثل الكوليرا.

**ملاحظة: المستودع، طريقة انتقال العدوى، فترة الحضانة، فترة سريان المرض، والقابلية والمقاومة، وطرق المكافحة جميعها يعتمد على العامل المسبب.**

#### 2.1.10 إدارة المرض[43]

والهدف الرئيسي هو الإماهة الكافية ومكملات الإلتكروليت. ويمكن تحقيق ذلك إما بمحاليل الإماهة الفموية (ORS) أو المحاليل الوريدية (على سبيل المثال، محلول كلوريد الصوديوم متساوي القوة ، محلول رينغر اللاكتيكي). يجب أن يتم ممارسة النظافة الشخصية الصارمة أثناء المرض.

- وتتحقق الإماهة الفموية عن طريق إعطاء سوائل واضحة والمحاليل التي تحتوي على الصوديوم وعلى الجلوكوز. قد تتكون محاليل الإماهة الفموية ORS البسيطة من 1 ملعقة صغيرة مستوية من الملح و 4 ملاعق صغيرة ممتلئة من السكر يضاف إلى 1 لتر من الماء.
- استخدام أملاح الإماهة الفموية قد يقلل من معدل الوفيات المرتبط بالكوليرا من اكثر من 50٪ إلى أقل من 1٪.
- محاليل الإماهة الفموية ORS أيضاً مبينة في غيرها من أمراض إسهال الجفاف.
- محاليل الإماهة الفموية ORS تعزز نقل جزيئات الجلوكوز والصوديوم والماء عبر ظهارة القناة الهضمية، آلية لا تتأثر بمرض الكوليرا.
- منظمة الصحة العالمية (WHO) توصي بمحلول يحتوي على 3.5 جرام من كلوريد الصوديوم، و 2.5 جرام من بيكربونات الصوديوم، و 1.5 جرام من كلوريد البوتاسيوم، و 20 جرام من الغلوكوز لكل لتر من الماء.

[43] غامارا، روبرتو م" .علاج تسمم الغذاء وإدارته. *Medscape*. "تم التحديث 19 :مارس 2012.http://emedicine.medscape.com/article/175569-treatment

[44]

**(أ) داء الليشمانية ذنبية الشكل مع التندب بسبب عدوى *ليشمانية مدارية سابقة*ووجود حطاطات حمراء/سمراء في المحيط الخارجي للندبة. (ب) داء الليشمانية ذنبية الشكل مع تندب بسببعدوى *ليشمانية مدارية سابقة* ،واثنين من العقيدات الحمراء/السمراء في القطبين الأعلى والأدنى، لندبة على الخد الأيسر لصبي يبلغ من العمر 9 سنوات من أفغانستان**

[44]http://adc.bmj.com/content/90/5/530/F3.large.jpg

## 2.2 داء الليشمانية الجلدي

### ICD-10 B55.1

#### 2.2.1 التعريف

مرض الأوالي للجلد وللأغشية المخاطية الناجم عن أنواع من جنس الليشمانية.
الآفات الجلدية الأحادية أو العديدة تبدأ بحطاطة تتوسع وتصبح قرحة قليلة الإيلام (قرحة رطبة برائحة سيئة في الليشمانية الكبيرة أو قرحة من النوع الجاف بحجم أصغر في الليشمانية المدارية). الآفات قد تشفى عفويا خلال أسابيع أو أشهر أو تستمر لمدة سنة أو أكثر تاركة ندبات دائمة على الجلد. القرحات المتعددة بعد الندبات قد تؤدي إلى تشوه الجلد. معظم المناطق المتضررة هي الوجة والعضد (المناطق الغير مغطاة في الجسم). الشفاء قد يستمر 3-6 أشهر، وربما يكون أكثر من ذلك، ويترك حصانة لسنوات عديدة.

يؤثر على جميع الأعمار والجنسين بالتساوي.

معايير مختبرية لتشخيص المرض
- الطفيليات إيجابية (مسحة ملونة أو مسحة من الآفة)
- داء الليشمانية المخاطي الجلدي فقط: المصل إيجابي (IFA، ELISA).

**تصنيف الحالة**
التعريف العملي لمنظمة الصحة العالمية:
حالة داء الليشمانية الجلدي هي حالة الشخص الذي تظهر عليه علامات سريرية (الآفات الجلدية أو المخاطية) مع التأكيد الطفيلي للتشخيص من خلال (الاختبار أو المسحة الإيجابية) و/أو التشخيص المصلي لداء الليشمانيات الجلدي المخاطي فقط.

#### 2.2.2 عامل معدي

1. طفيل الليشمانية المدارية
2. طفيل الليشمانية الكبيرة

#### 2.2.3 حدوث المرض

حالات داء الليشمانية الجلدية، 2000-2009

| العام | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 2435 | 1339 | 626 | 1250 | 2055 |

يتم الإبلاغ عن الحالات في جميع المحافظات باستثناء اربيل ودهوك
معظم الحالات المسجلة في ميسان وديالى وصلاح الدين.

#### 2.2.4 المستودع

الكلاب والقوارض وبنات آوى، والبشر.

#### 2.2.5 طريقة الانتقال

من المضيف المستودع عن طريق لدغة أنثى ذبابة الرمل المصابة.
تلتقط أنثى ذبابة الرمل الطفيل (الليشمانة أوأجسام ليشمان دونوفان)، في حين تتغذى على المضيف المصاب. يخضع الطفيل للتغيير الموروفولوجي ليصبح سوطي، ويتطور ويتكاثر في القناة الهضمية لذبابة الرمل ثم ينتقل إلى فمها.

**2.2.6 فترة الحضانة**

شهر واحد أو أقل؛ وقد تصل إلى شهر أو إلى سنة.

**2.2.7 فترة السريان**

يحدث نشاط ذبابة الرمل في الظروف الرطبة عندما لا يكون هناك مطر أو ريح. عادة ما تكون أكثر نشاطا في الفجر، والغسق وأثناء الليل، أو إذا شعرت بالانزعاج في مخبئها (الجحور الحيوانية، والثقوب في المنازل، وغيرها من المواقع الرطبة الباردة نسبيا) في النهار.

**2.2.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

التوزيع الجغرافي لداء الليشمانية محدود بسبب توزيع ذبابة الرمل، وقابليتها للمناخات الباردة، وميلها إلى شفط الدم من البشر أو الحيوانات. عامل الخطر هو حركة مجموعات السكان سهلة التأثر أو الحساسة للمناطق الموبوءة، بما في ذلك هجرة السكان على نطاق واسع للأسباب الاقتصادية. يلعب الفقر وسوء التغذية دورا رئيسيا في زيادة الاستعداد. كبت المناعة بسبب فيروس نقص المناعة البشرية يهيء للتطور إلى الشكل الحشوي.

**2.2.9 طرق المكافحة[45]**

1. الكشف عن الحالات والعلاج السريع من المستشفى وقسم الأمراض الجلدية الأسبوعية والشهرية.
2. الرش مرتين سنويا بالمبيد الحشري مع الاجراءات المتبقية لمكافحة النواقل (ذبابة الرمل) في المناطق المتضررة.
3. التضبيب بواسطة آلة خاصة في المساء في المناطق المتضررة.
4. تدابير مكافحة القوارض.
5. تدابير السيطرة على الكلاب الضالة.
6. علاج محدد يعتمد بشكل أساسي على مركبات الأنتيمون خماسية التكافؤ (البنتتوستام) إما عن طريق إرتشاح موضعي حول الآفة أو طريق مجموعي للآفة المتعددة على النحو التالي (20 ملغ/كغ/يوم) لمدة أسبوعين.

**2.2.10 إدارة المرض[46]**

- الأدوية التي يطلق عليها المركبات التي تحتوي على الأنتيمون، هي الأدوية الرئيسية المستخدمة لعلاج داء الليشمانية. والتي تشمل:
  - ميغلومين انتيمونات
  - ستيبوغلوكونات الصوديوم
- تشمل الأدوية الأخرى التي يمكن استخدامها:
  - الأمفوتريسين B
  - الكيتوكونازول
  - ميلتوفوسين
  - باروموميسين
  - بنتاميدين
- معدلات الشفاء ترتفع باستخدام الدواء المناسب. المرضى يجب أن يعالجوا قبل حدوث تلف بالجهاز المناعي. داء اللايشمانية الجلدي قد يؤدي إلى التشوه.

[45] http://www.who.int/leishmaniasis/cutaneous_leishmaniasis/en/index.html

[46] " داء الليشمانية. "*دليل الصحة لنيويورك تايمز*. تمت المراجعة بواسطة :الدكتور ديفيد س .دودجدال، 24 أغسطس 2011.http://health.nytimes.com/health/guides/disease/leishmaniasis/overview.html

[47]

**(أ) داء الليشمانية ذنبية الشكل مع التندب بسبب عدو *ليشمانية مدارية سابقة* ووجود حطاطات حمراء/سمراء في المحيط الخارجي للندبة. (ب) داء الليشمانية ذنبية الشكل مع تندب بسبب *عدوى ليشمانية مدارية سابقة*، واثنين من العقيدات الحمراء/السمراء في القطبين الأعلى والأدنى، لندبة على الخد الأيسر لصبي يبلغ من العمر 9 سنوات من أفغانستان**

[47] http://adc.bmj.com/content/90/5/530/F3.large.jpg

## 2.3 داء الليشمانيات الحشوي

### ICD-10 B55.0

**2.3.1 التعريف**

يؤثر المرض عادة على الأعمار الأصغر (أقل من 5 سنوات) في كلا الجنسين. المرضى الأكثر شيوعا من المناطق الريفية المتضررة.

معدل الوفيات عادة هو 10 - 30٪ وربما يكون أكثر في الحالات المتقدمة وخاصة التي لم تعالج أو التي تأخر علاجها.

**الوصف السريري**
سريرياً: أمراض مجموعي يتميز بظهور مفاجيء أو تدريجي للحمى والتي تكون مستمرة ومنتظمة. مظاهر مصاحبة أخرى وتشمل: ضخامة الكبد و الطحال، تضخم العقد اللمفية، وفقر الدم، نقص الكريات البيضاء، قلة الصفيحات والهزال المترقي والضعف العام، التلون البني للجلد مع التضخم التدريجي للبطن.

التشخيص المختبري: مسحة مباشرة من نخاع العظام (لإيجاد طفيل الليشمانة)، مع مسحة نخاع العظم N3 المتسوطة للعثور على المشيقة -مع الاختبار المصلي (Rk39-ELISA-IFAT غميسة).

**2.3.2 عامل معدي**

الحيوانات الأوالي بين الخلايا من جنس الليشمانية (الليشمانية الدونوفانية أو الليشمانية الطفلية)

**2.3.3 حدوث المرض**

حالات داء الليشمانية الحشوي، 2000-2009

| العام | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 2028 | 1443 | 782 | 1041 | 1433 |

يتم الإبلاغ عن الحالات في جميع المحافظات باستثناء اربيل ودهوك والسليمانية
معظم الحالات المسجلة في بابل وديالى، والبصرة.

يزيد المرض عادة في الخريف والشتاء من كل عام وينتشر في المحافظات الوسطى والجنوبية من العراق

**2.3.4 المستودع**

الكلاب والقوارض وبنات آوى والثعالب

**2.3.5 طريقة الانتقال**

من المضيف المستودع عن طريق لدغة أنثى ذبابة الرمل المصابة.
تلتقط أنثى ذبابة الرمل الطفيل (الليشمانة أوأجسام ليشمان دونوفان)، في حين تتغذى على المضيف المصاب. يخضع الطفيل للتغيير الموروفولوجي ليصبح سوطي، ويتطور ويتكاثر في القناة الهضمية لذبابة الرمل ثم ينتقل إلى فمها.

**2.3.6 فترة الحضانة**

عادة من 1-3 أشهر. (المدى: أسبوعين - سنة).

**2.3.7 فترة السريان**

يحدث نشاط ذبابة الرمل في الظروف الرطبة عندما لا يكون هناك مطر أو ريح. عادة ما تكون أكثر نشاطا في الفجر، والغسق وأثناء الليل، أو إذا شعرت بالانزعاج في مخبئها (الجحور الحيوانية، والثقوب في المنازل، وغيرها من المواقع الرطبة الباردة نسبيا) في النهار.

**2.3.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

التوزيع الجغرافي لداء الليشمانية محدود بسبب توزيع ذبابة الرمل، وقابليتها للمناخات الباردة، وميلها إلى شفط الدم من البشر أو الحيوانات. عامل الخطر هو حركة مجموعات السكان سهلة التأثر أو الحساسة للمناطق الموبوءة، بما في ذلك هجرة السكان على نطاق واسع للأسباب الاقتصادية. يلعب الفقر وسوء التغذية دورا رئيسيا في زيادة الاستعداد.

**2.3.9 طرق المكافحة[48]**

1. الكشف عن الحالات والعلاج السريع من المستشفى وقسم الأمراض الجلدية الأسبوعية والشهرية.
2. الرش مرتين سنويا بالمبيد الحشري مع الاجراءات المتبقية لمكافحة النواقل (ذبابة الرمل) في المناطق المتضررة.
3. التضبيب بواسطة آلة خاصة في المساء في المناطق المتضررة.
4. تدابير مكافحة القوارض.
5. تدابير السيطرة على الكلاب الضالة.
6. علاج محدد يعتمد بشكل أساسي على مركبات الأنتيمون خماسية التكافؤ (البنتتوستام) من خلال طريق مجموعي على النحو التالي (20 ملغ/كغ/يوم) لمدة 28 يوما.

**2.3.10 إدارة المرض[49]**

- الأدوية التي يطلق عليها المركبات التي تحتوي على الأنتيمون، هي الأدوية الرئيسية المستخدمة لعلاج داء الليشمانية. والتي تشمل:
  - ميغلومين انتيمونات
  - ستيبوغلوكونات الصوديوم
- تشمل الأدوية الأخرى التي يمكن استخدامها:
  - الأمفوتريسين B
  - الكيتوكونازول
  - ميلتوفوسين
  - باروموميسين
  - بنتاميدين

معدلات الشفاء ترتفع باستخدام الدواء المناسب. المرضى يجب أن يعالجوا قبل حدوث تلف بالجهاز المناعي.

[48] http://www.who.int/leishmaniasis/cutaneous_leishmaniasis/en/index.html

[49] " داء الليشمانية. "*دليل الصحة لنيويورك تايمز*. تمت المراجعة بواسطة :الدكتور ديفيد س .دودجدال، 24 أغسطس 2011.http://health.nytimes.com/health/guides/disease/leishmaniasis/overview.html.

## المجموعة 3: أمراض يبلغ عنها شهرياً

## 3.1 التهاب الكبد الفيروسي

**ICD-10 B15: التهاب الكبد الحاد A**
**ICD-10 B16: التهاب الكبد الحاد B**
**ICD-10 B17: غيرها من التهابات الكبد الفيروسي**
**ICD-10 B18: التهاب الكبد الفيروسي المزمن**
**ICD-10 B19: التهاب الكبد الفيروسي الغير محدد**

### 3.1.1 التعريف

**1) أنواع التهاب الكبد A و E**

***المظاهر السريرية***

هذه تتشارك نفس الدورة السريرية؛ لا يوجد دليل على الشكل المزمن. تحدث العدوى في مرحلة الطفولة والشباب البالغين دون أعراض أو مع مرض خفيف وقد يمكن كشف العدوى فقط من خلال الاختبارات المعملية لوظائف الكبد.

ظهور المرض في البالغين عادة ما يكون مفاجئ مع ظهور حمى، والشعور بالضيق، وفقدان الشهية، والغثيان وألم في البطن، ثم في غضون بضعة أيام باليرقان. يختلف المرض في شدته السريرية من مرض خفيف يظل 1-2 أسبوع لمرض مقعد شديد يستمر عدة أشهر. يحدث التهاب الكبد المنتكس ذو الفترات الطويلة، الذي يصل لمدة عام في 15٪ من الحالات. وغالبا ما تطول فترة النقاهة. بشكل عام، تزداد شدته مع تقدم العمر، ولكن الشفاء الكامل دون عقابيل أو تكرار هو القاعدة. موت الحالات بسبب التهاب الكبد A عادة ما يكون قليل، من 0.1٪ -0.3٪، ويمكن أن تصل إلى 2.7٪ للبالغين فوق عمر 50؛ الأشخاص المصابين بأمراض الكبد المزمنة لديهم مخاطر مرتفعة من الوفيات الناجمة عن التهاب الكبد A المفاجي. معدل موت الحالات لفيروس التهاب الكبد E مماثلة لتلك التي بسبب التهاب الكبد A إلا في النساء الحوامل، حيث قد تصل إلى 20٪ من بين المصابين خلال الربع الثالث من الحمل.

***التشخيص المختبري لأنواع A وE:***

التهاب الكبد الحاد A: ظهور الأجسام المضادة لمصل الغلوبولين المناعي M لفيروس التهاب الكبد A القابل للكشف بعد 5-10 أيام من التعرض للاصابة. التهاب الكبد الحاد E: وجود الغلوبولين المناعي المضاد التهاب الكبد E أو استبعاد الأسباب الأخرى لالتهاب الكبد، وخصوصا التهاب الكبد A، من خلال الطرق المصلية.

**2) أنواع التهاب الكبد A و C**

***المظاهر السريرية***

عادة ما يكون غير متماثل. في المرضى ذوي المرض السريري، عادة ما يكون ظهور المرض خادع، مع فقدان الشهية، ألم مبهم في البطن، والغثيان والقيء، وأحياناً يحدث ألم مفصلي وطفح جلدي، وغالبا ما يتطور إلى اليرقان. قد لا يكون هناك حمى أو قد تكون خفيفة. يظهر مرض اليرقان في أقل من 10٪ من الأطفال و 30٪ - 50٪ من البالغين الذين يعانون من فيروس التهاب الكبد الحاد B.

تتراوح شدة المرض من الحالات الغير ظاهرة يمكن كشفها فقط عن طريق اختبارات وظائف الكبد للحالات الخاطفة المميتة للنخر الكبدي الحاد. معدل وفاة الحالات حوالي 1٪، وأعلى فيمن تزيد أعمارهم عن 40 عام. تحدث عدوى الالتهاب الكبدي الوبائي المفاجئ أيضا في الحمل وبين الأطفال حديثي الولادة من الأمهات المصابات بالمرض. يزداد خطر تطور العدوى لتصبح مزمنة يختلف عكسيا مع التقدم في العمر؛ يحدث بين حوالي 90٪ من الرضع المصابين عند الولادة، و 20٪ -50٪ من الأطفال المصابين 1-5 سنوات، و 1٪ - 10٪ من الأشخاص المصابين كالأطفال الأكبر سنا والبالغين . الأشخاص ذوي العدوى المزمنة قد يكون/لا يكون لديهم تاريخ من التهاب الكبد السريري. حوالي الثلث لديهم ناقلة الأمين المرتفعة، نتائج الخزعة تتراوح بين التهاب الكبد الطبيعي إلى التهاب الكبد المزمن النشط، مع وجودأو بدون تليف في الكبد. ويقدر حوالي 15٪ -25٪ من الأشخاص المصابين بفيروس الالتهاب الكبدي الوبائي المزمن سوف يموتون مبكراً بسبب إما تليف الكبد أو سرطان الكبد.

بداية ظهور التهاب الكبد الحاد C عادةً ما تكون مخادعة، مع فقدان الشهية، وألم مبهم في البطن، والغثيان والقيء؛ والتطور إلى اليرقان يحدث بشكل أقل تواترا من التهاب الكبد B. لا تحدث اعراض في أكثر من 90٪ من الحالات أو تكون معتدلة، ونسبة عالية (50٪ -80٪) يتطوير لديها العدوى لتصبح مزمنة. في الأشخاص المصابين بشكل مزمن، حوالي النصف سيتطور في نهاية المطاف إلى تليف بالكبد أو سرطان بالكبد.

النوع D: يعتبر العامل دلتا فيروس معيب. ويحدث في صورتين، إما يكون عدوى مرافقة أو يكون عدوى إضافية بفيروس التهاب الكبد B. يتم منع ذلك من خلال الوقاية من التهاب الكبد B.

***التشخيص المختبري لأنواع B و C:***

النوع "ب": مصل المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي إيجابي قبل عدة أسابيع من ظهور الأعراض لأيام أو لأسابيع أو لأشهر بعد الظهور، تتمادى العدوى لتصبح مزمنة. وجود المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي يشير إلى أن الشخص قد يكون معدي.
العيارات العالية من الغلوبولين المناعي لمضاد المستضد اللبي لالتهاب الكبد B تحدث أثناء العدوى الحادة - الغلوبولين المناعي لمضاد المستضد اللبي لالتهاب الكبد يختفي عادة في غضون 6 أشهر ولكن يمكن أن يستمر في بعض حالات التهاب الكبد المزمن، وهذا الاختبار قد يكون موثوق به في تشخيص عدوى فيروس الالتهاب الكبدي الوبائي الحاد.
مضاد الغلوبولين المناعي G للمستضد اللبي لالتهاب الكبد B يستبدل الغلوبولين المناعي M gلمستضد اللبي لالتهاب الكبد B ويستمر إلى الأبد.

النوع C: الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد C - بواسطة المقايسة الإنزيمية المناعية (EIA) ومقايسة اللطخة المناعية المأشوبية هذه الاختبارات لا تميز بين، العدوى المزمنة والحادة والتي تبرأ. ينبغي تأكيد فيروس التهاب الكبد الوبائي C الحاد أو المزمن في المريض الذي كان اختباره إيجابي للمقايسة الإنزيمية المناعية، بواسطة مقايسة الحمض النووي الريبي لالتهاب الكبد الوبائي HCV RNA التقدير الكمي لمستويات فيروس التهاب الكبد الوبائي C تقدم معلومات عن احتمال الاستجابة للعلاج في المرضى الذين يخضعون لعلاج مضاد للفيروسات. خزعة الكبد يمكن أن توفر التقييم النسيجي المباشر لاصابة الكبد بسبب فيروس (C) ولكن لا يمكن أن تستخدم لتشخيص فيروس التهاب الكبد الوبائي.
التنميط الجيني لفيروس التهاب الكبد الوبائي C مهم من الوجهة الوبائية والعلاج.

**تعريف الحالة**

هو مرض حاد يشمل الشعور بالوعكة، والتعب الشديد ، والحمى والغثيان والتقيؤ في بعض الأحيان وألم البطن في الربع العلوي بالجزء الأيمن، ثم يليها البول الداكن واليرقان.

**تصنيف الحالة**

*حالة يشتبه بها* : الحالة التي تكون متوافقة مع الوصف السريري.

*الحالة المحتملة*:حالة يشتبه بها + الصبغة الصفراوية الإيجابية في البول ومصل البيليروبين المرتفع وإنزيمات الكبد (ناقلة الأمين الألانينية ومصل الفوسفاتاز القلوية).

*حالة مؤكدة*:الحالة المحتملة/أو المشتبهة بها مع النتائج الإيجابية لاختبارات مصلية معينة.ويتم ذلك عادة عن طريق الكشف عن مضاد فيروس التهاب الكبد A وعن الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي، وعن مضاد فيروس التهاب الكبد C، وعن مضاد فيروس التهاب الكبد E. يمكن القيام بذلك عن طريق وسائل مختلفة، والأكثر شهرة هي طريقة مقايسة الممتز المناعي المرتبط بالإنزيم ELISA.
وبالإضافة إلى ذلك زيادة كبيرة في إنزيمات الكبد مثل ناقلة الأمين الألانينية (ALT)، الفوسفاتاز القلوية المصلي وناقلة أمين الغلوتاميك للأكسالوآسيتيك المصلي SGOT...الخ.

*حالات التهاب الكبد المزمنB*. ويعتبر أي مريض لديه نتيجة إيجابية للمستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي لأكثر من 6 أشهر، يعتبر حالة ناقلة مزمنة.
ملاحظة: ينبغي اختبار المريض لعلامات أخرى (المستضد E لالتهاب الكبد الوبائي، ومضاد الغلوبولين المناعي للمستضد اللبي لالتهاب الكبد الوبائي، مضاد المستضد E لالتهاب الكبد الوبائي) لتحديد الوضع الصحي ومستوى العدوى. الإيجابية اختبار المستضد E لالتهاب الكبد الوبائي يدل أن العدوى عالية في حين إيجابية مضاد الغلوبولين المناعي للمستضد اللبي لالتهاب الكبد الوبائي تعني أن العدوى حادة. إيجابية مضاد المستضد E لالتهاب الكبد الوبائي تعني عدوى أقل.

*التهاب الكبد الوبائي المزمنC*. أي مريض إيجابي لاختبار امتصاص الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد الوبائي (C) ينبغي أن يتم احالته إلى مركز متخصص لمزيد من التقييم لأن الإيجابية لاختبار امتصاص الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد الوبائي (C) لا يمكن التفريق فيها بين العدوى والحصانة وتحتاج إلى مزيد من التحقيقات. اختبار تفاعل سلسلة البوليميرات PCR أمر ضروري جدا لتحديد مثل هذه الحالات.

**3.1.2 عامل معدي**

**التهاب الكبد لفيروس** (A)**:** فيروس الحمض النووي الريبي، عائلة الفيروسات البيكورناوية.
**فيروس التهاب الكبد** B**:** فيروسة الحمض النووي الكبدي، جزئياً فيروس الحمض النووي المزدوج المعيار يتكون من قفيصة منواة أساسية (المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B، محاطة ببروتين شحمي ردائي خارجي وتحتوي على المستضد السطحي (المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائيB 8). أنماط جينية رئيسية (H-A).
**التهاب الكبد الوبائي** C**:** فيروس الحمض النووي الريبي، جنس فيروس الكبد ((Hepacavirus، عائلة الفيروسات المصفرة لا يقل عن 6 أنماط الجينية وحوالي 100 فرعية.
**فيروس التهاب الكبد** E**:** فيروس الحمض النووي الريبي أحادي المعيار، كروي، غير مغلف،، من عائلة فيروسة (Hepeviridae).

**3.1.3 حدوث المرض**

**النوع** "أ": تعتبر العراق مستوطنة للغاية لهذا النوع كما هو موضح بانتشار يصل إلى 96.4٪ من مضادات الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد (A).
**النوع "ب"**: ويعتبر العراق منخفضة من حيث استيطان انتشار فيروس المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي حيث وصل 1.6٪ في عام 2006.
**النوع "C" :** في الشرق الأوسط، يتراوح معدل انتشار مضاد فيروس التهاب الكبد الوبائي (C) من 1٪ إلى أكثر من 12٪. في العراق، تم اكتشاف أن مضادات الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد الوبائي (C) تصل إلى 0.4٪.
**نوع** E**:** تم اكتشاف أن مضادات الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد الوبائي f (E) بالعراق عام 2006 تصل إلى 20٪.

**معدل الحدوث للأنواع المختلفة من فيروس التهاب الكبد الوبائي في العراق** 2005-2010 **يمكن تلخيصها في الجدول التالي**:

| العام | عدد السكان | معدل الحدوث (لكل 100000) | | | | ملاحظة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | A | B | C | E | |
| 2005 | 27962968 | 7.41 | 3.89 | 2.36 | غير متوافر* | ويرجع هذا الاختلاف إلى توافر مواد الاختبار وخاصة بالنسبة A و E.<br>* غير متوفر بسبب عدم توافر اللوازم. |
| 2006 | 28810441 | 11.44 | 4.19 | 1.67 | غير متوفر | |
| 2007 | 29682081 | 7.87 | 2.78 | 1.55 | غير متوفر | |
| 2008 | 30577798 | 3.19 | 3.36 | 1.46 | غير متوفر | |
| 2009 | 31496406 | 5.13 | 6.00 | 1.78 | 0.55 | |
| 2010 | 32437949 | 13.08 | 4.49 | 1.76 | 0.66 | |

**3.1.4 المستودع**

**النوع** "أ": البشر، ونادرا في الشمبانزي والقرود الأخرى.
**أنواع** B **و** C**:** البشر. لم يتم التعرف على مستودع من الحيوان في الطبيعة.
**نوع** E**:** الرجل هو المضيف الطبيعي، وبعض الثدييات العليا غير البشرية، على سبيل المثال الشمبانزي. وقد وصفت الإصابات الطبيعية في الخنازير والدجاج والماشية، وخاصة في المناطق الموبوءة للغاية.

**3.1.5 طريقة الانتقال**

أنواع A و E: من شخص إلى شخص عن طريق الطريق البراز إذا وصل إلى الفم. تفشي مصدر شائع يتعلق بالمياه الملوثة، الأغذية الملوثة من المتعاملين مع الأغذية المصابين، بما في ذلك الأطعمة غير المطبوخة أو التعامل معها بعد الطبخ؛ الرخويات النيئة أو غير المطبوخة جيدا التي تم جمعها من المياه الملوثة، والمنتجات الملوثة مثل الخس والفراولة. في الواقع قد تكون عدوى فيروس التهاب الكبد E حيوانية المنشأ بالمناطق التي تتزامن مع حالات العدوى البشرية العالية.

**أنواع** B **و** C**:** وينتقل الفيروس عن طريق التعرض للجلد (IV، IM، SC، داخل الأدمة) والتعرض المخاطي لسوائل الجسم المعدية. لأن فيروس التهاب الكبد B مستقر على الأسطح البيئية لمدة 7 أيام على الأقل، يمكن أن يحدث التلقيح غير المباشرة لالتهاب الكبد الوبائي عن طريق الجماد. لم يثبت انتقال البراز إلى الفم أو عن طريق النواقل. وسائط رئيسية لانتقال فيروس التهاب الكبد الوبائي وتشمل الانتقال الجنسي أو المخالطون المقربون مع الشخص المصاب، انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها الرضيع في الفترة المحيطة بالولادة، تعاطي المخدرات بالحقن وعدوى المستشفيات. انتقال فيروس التهاب الكبد الوبائي في الأسر يحدث بشكل رئيسي من طفل إلى آخر. استخدام شفرات الحلاقة وفرشاة الأسنان بشكل جماعي تعتبر وسائل عرضية لانتقال فيروس التهاب الكبد الوبائي في هذا المكان. انتقال المرض قبل الولادة هو أمر شائع، خصوصا عندما تكون الأمهات المصابة بفيروس التهاب الكبد الوبائي، أيضا إيجابية في اختبار المستضد E لالتهاب الكبد الوبائي.

ينتقل التهاب الكبد الوبائي C في المقام الأول بالحقن. وقد تم توثيق انتقال المرض من خلال الجنس ومن خلال الأم إلى الطفل ولكن هذا الإنتقال أقل كفاءة وتكرار من طريقة الانتقال من خلال الحقن.

**3.1.6 فترة الحضانة**

**النوع** "أ": متوسط 28-30 يوم (المدى 15-50 يوما).
**النوع "ب"**: عادة 45-180 يوما، متوسط 60-90 يوما.
**النوع** "C" **:** تتراوح بين 2 أسبوع إلى 6 أشهر؛ عادة 6-9 أسابيع.
**النوع** "E"**:** المدى 15 إلى 64 يوما، الوسيلة تختلف من 26-42 يوما في الأوبئة المختلفة.

**3.1.7 فترة السريان**

النوع A: يحدث أكثر وقت لانتشار العدوى خلال النصف الأخير من فترة الحضانة ويستمر لبضعة أيام بعد ظهور اليرقان (أو خلال نشاط ناقلة الأمين المرتفع في الحالات اللايرقانية). على الارجح معظم الحالات غير معدية بعد الأسبوع الأول من اليرقان.
**النوع "ب"**: جميع الأشخاص الذين نتائجهم إيجابية لفيروس المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي يحتمل أن يكونوا معديين.
**النوع** "C" **:** من أسبوع أو أكثر وقبل ظهور الأعراض الأولى، قد يستمر في معظم الأشخاص لأجل غير مسمى. تظهر ذروة في تركيز الفيروس للربط مع ذروة نشاط ناقلة الأمين الألانينية.
**النوع** "E"**:** غير معروف. تم الكشف عن فيروس التهاب الكبد الوبائي E في البراز بعد 14 يوم من بداية ظهور اليرقان وبعد ما يقرب من 4 أسابيع لتناول طعام أو ماء ملوث، وتستمر لحوالي أسبوعين.

**3.1.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

لجميع الأنواع، القابلية عامة.
ويعتقد أن الحصانة ضد فيروس التهاب الكبد الوبائي B تستمر لمدة 15 عام على الأقل بعد التحصين الناجح.

**3.1.9 طرق المكافحة**

a3.1.9 **الإجراءات الوقائية**

**أنواع A و E:**

1. تثقيف الجمهور حول المرافق الصحية الجيدة والنظافة الشخصية: غسل اليدين والتخلص الآمن من البراز.
2. توفير علاج المياه الصالحة للشرب وأنظمة توزيع سليمة والتخلص الآمن من مياه الصرف الصحي.
3. ينصح بلقاح التهاب الكبد A في المجموعات المعرضة للخطر. وتشمل الفئات المعرضة للخطر ما يلي:
   i. الناس الذين يعانون من مرض مزمن في الكبد أو اضطرابات عامل التخثر، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومتعاطي المخدرات بالحقن، والذين يتعاملون مع فيروس التهاب الكبد (A) في أماكن مختبرات البحوث؛
   ii. في حالات التفشي للمرض: التشارك ومدى جدوى سرعة تنفيذ برنامج التطعيم على نطاق واسع.
4. ينبغي تسخين المحار، والبطلينوس والأسماك الصدفية الأخرى التي منن المناطق الملوثة إلى درجة حرارة من 85 - 90 درجة مئوية (185 -194 فهرنهايت) لمدة 4 دقائق أو على البخار لمدة 90 ثانية قبل الأكل في المناطق الموبوءة، وينبغي على المسافرين تناول فقط المشروبات المعبأة في زجاجات أو الساخنة والطعام المطبوخ جيدا.

**النوع "ب":**

1. التلقيح

a)لقاح فيروس التهاب الكبدي B : غير مطلوب الاختبارات التالية قبل التحصين.اختبار مضاد المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B أو اختبار المستضد اللبي لالتهاب الكبد B الحمل ليس مانع لاستعمال لقاح التهاب الكبد B. يتم بشكل روتيني إعطاء اللقاح في العراق لحديثي الولادة مباشرة بعد الولادة في غرفة الولادة مع جرعات لاحقة عند عمر شهرين و عمر 6 أشهر. للأطفال الرضع الذين يولدون لنساء لديهم نتيجة إيجابية لفيروس المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B، يجب أن يكون الجدول بالميلاد، 1-2 و 6 أشهر من العمر. ينبغي أن يتم إعطاء هؤلاء الرضع أيضا 0.5 مل من الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي.

b) وينبغي لجميع المخالطين في المنزل الذين نتائجهم سلبية لاختبار المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B، تلقي 3 جرعات من اللقاح.

c)وبالإضافة إلى ذلك، يشمل الأشخاص المعرضين للأخطار الثانوية الذين يجب عليهم الحصول على تطعيم التهاب الكبد B بشكل روتيني قبل التعرض، ما يلي: أ) العاملين بالرعاية الصحية والعاملين بالسلامة العامة الذين قد يتعاملوا مع الدم أو سوائل الجسم (مثل القابلات الخ)؛ ب) عملاء وموظفي المؤسسات للمعاقين تنمويا؛ ج) مريض الديال الدموي؛ د) المرضى الذين يعانون من اضطرابات نزيفية والذين يحصلون على منتجات الدم؛ ه) المهن ذات المخاطر العالية (الوشم، مصففي الشعر الخ).

2. أ) الكشف عن أ) جميع النساء الحوامل عن وجود المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B. ب) المرضى قبل الجراحة للمستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B. ج) جميع الأجانب الذين يسعون للاقامة في العراق ومنع منحهم الإقامة.
3. استخدام المحاقن المعقمة بشكل كاف والإبر (بما في ذلك إبر الوخز الإبري)، واستخدام معدات التخلص للتخلص منها كلما كان ذلك ممكنا. تثبيط الوشم؛ إنفاذ الممارسات الصحية المعقمة في صالونات الوشم، بما في ذلك التخلص السليم من الأدوات الحادة.
4. في بنوك الدم، ينبغي اختبار كل الدم المتبرع به للمستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B؛ ورفض المتبرعين بالدم ممن لديهم تاريخ عن التهاب الكبد الفيروسي (إيجابية المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B ومضاد الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد الوبائي C )، وأولئك الذين لديهم تاريخ من تعاطي المخدرات بالحقن أو ظهور أدلة لإدمان المخدرات أو أولئك الذين تم نقل الدم إليهم أو قاموا بالوشم خلال الستة أشهر السابقة.
5. الحفاظ على مراقبة جميع حالات التهاب الكبد بعد نقل الدم؛ الاحتفاظ بسجل لجميع الأشخاص الذين تبرعوا بالدم لكل حالة. إخطار بنوك الدم عن الناقلات المحتملة بحيث يمكن التعرف على التبرعات المقبلة على الفور.
6. في الوقت الحاضر، هناك اتفاق عام بين سلطات الصحة العامة، أن العاملين في مجال الرعاية الصحية لمن نتيجته إيجابية لفيروس الكبد الوبائي B لا ينبغي عليهم إجراء جراحة التعرض للمرض أو اجراء العلاجات المماثلة للمرضى.

**النوع "C" :** تنفيذ تدابير الرقابة العامة ضد عدوى الالتهاب الكبدي الوبائي B باستثناء التطعيم حيث أنه لا يوجد لقاح متوفر لالتهاب الكبد C.

b3.1.9 **إجراءات المكافحة**

**أنواع A وB وC وE:**

1) إبلاغ (أسبوعي وشهري) للسلطات الصحية المحلية.
2) العزل: **لمن ثبت أن لديه عدوى التهاب الكبد A و E**، يجب اتخاذ الاحتياطات المعوية خلال أول أسبوعين من المرض، ولكن ليس أكثر من أسبوع بعد بداية اليرقان، والاستثناء يكون عند تفشي هذا المرض في وحدات الرعاية المركزية لحديثي الولادة، حيث يجب اعتبار الأخذ بالاحتياطات المعوية لفترات طويلة.
**لالتهاب الكبد B و C:** الاحتياطات العالمية لمنع التعرض للدم وسوائل الجسم.
3) التطهير المتزامن: **لالتهاب الكبد A و E:** التخلص الصحي من البراز والبول والدم.
**لالتهاب الكبد B و C**: تعقيم المعدات الملوثة بالدم أو سوائل الجسم المعدية.
4) الحجر الصحي: لـ A وB وC و E غير قابل للتطبيق.
5) تحصين المخالطين:

- **النوع "أ"**: وينبغي التحصين النشط في أقرب وقت ممكن، ولكن بعد موعد لا يتجاوز أسبوعين من التعرض للعدوى. التحصين السلبي بالغلوبولين المناعي بالعضل، 0.02 مل / كجم لوزن الجسم، وينبغي حقنه في أقرب وقت ممكن بعد التعرض، ولكن أيضا في حدود أسبوعين. لقاح التهاب الكبد A والغلوبولين المناعي لا يشار بهم للمخالطين المعتادين بالمكتب أو بالمدرسة أو بأماكن المصنع. **وينبغي أن يتم إعطاء الغلوبولين المناعي للأشخاص غير المطعمين سابقا في الحالات المذكورة أدناه**، ويفضل إعطاؤه مع لقاح التهاب الكبد في وقت واحد حقناً بأماكن منفصلة:
  1. المخالطون الشخصيون المقربون، بما في ذلك الأسرة، المخالطون جنسيا، مستخدمي المخدرات وغيرها من المخالطين الشخصيين المقربين.
  2. المترددين على مراكز الرعاية النهارية إذا كان واحد أو أكثر من حالة التهاب الكبد A تم التعرف عليها في الأطفال أو الموظفين أو إذا تم التعرف على حالات في اثنين أو أكثر من أسر المترددين يتم توفير الوقاية اللازمة للمخالطين بالفصول الدراسية للحالة الدالة.
  3. في مصدر شائع للتفشي، إذا تم تشخيص الشخص الذي يتعامل مع الطعام بالتهاب الكبد A، يجب إعطاء لقاح التهاب الكبد A والغلوبولين المناعي للمتعاملين الآخرين بالأغذية في نفس المؤسسة.
  4. للمجموعات التي تتعرض لمخاطر عالية من غير المحصنين(غير المصابين سابقا، ولم يتم تطعيمهم) على سبيل المثال اضطرابات الدم التي تتطلب نقل الدم المتكرر، مرضى التهاب الكبد B و C، مرضى الغسيل الكلوي، مرضى نقص المناعة، الخ.
- **النوع "ب"**: المنتجات المتاحة للوقاية بعد التعرض تشمل الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي ولقاح التهاب الكبد الوبائي. عندما يتم التوضيح بهذا، يتم إعطاء الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي في أقرب وقت ممكن بعد التعرض في الحالة التالية:
  a) ينبغي على الرضع الذين أمهاتهم مصابة بالمستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B الحصول على جرعة واحدة من اللقاح في غضون 12 ساعة من الولادة مع الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي (0.5 مل بالعضل)، ويتم إعطاء الجرعة الأولى من القاح بشكل متزامن مع الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي ولكن في مكان حقن منفصل؛ الجرعات الثانية والثالثة من القاح (دون الغلوبولين المناعي) في وقت لاحق بعد 2 و 6 أشهر.
  b) بعد تعرض الجلد (مثل وخز الإبر) أو تعرض الأغشية المخاطية للدم الذي قد يحتوي على المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي B، قرار توفير العلاج الوقائي بعد التعرض يجب أن يشمل : أ) ما إذا كان مصدر الدم متاح؛ ب) حالة المستضد السطحي لالتهاب الكبد الفيروسي B للمصدر؛ ج) حالة التطعيم ضد التهاب الكبد B للشخص الذي تعرض للعدوى.

    **بالنسبة للأشخاص غير المطعمين سابقا** والذين تعرضوا للدم من مصدر إيجابي للمستضد السطحي لالتهاب الكبد الفيروسي (ب)، وينبغي إعطاء جرعة واحدة من الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي (0.06 مل/كغ، أو 5 مل للبالغين) في أقرب وقت ممكن، ولكن على الأقل في غضون 24 ساعة من التعرض لوخز إبرة ذات المخاطر العالية، ويجب بدأ سلسلة لقاح التهاب الكبد الفيروسي (ب). إذا كان لا يمكن إعطاء التحصين النشط، ينبغي أن يتم إعطاء جرعة أخرى من الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي بعد شهر من الجرعة الأولى. لا يتم إعطاء عادة الغلوبولين المناعي عند التعرض لوخز الإبرة للدم الذي لا يعرف مصدره أو يشتبه به بشدة أن يكون إيجابي للمستضد السطحي لالتهاب الكبد الفيروسي (ب)، حيث أن خطر الإصابة في هذه الحالات هو خطر قليل، ومع ذلك، فمن المستحسن البدء في التحصين ضد في التهاب الكبد الفيروسي (ب) إذا كان الشخص لم يسبق له التحصين ضده.

    **للأشخاص الذين سبق تحصينهم** الذين تعرضوا لمصدر إيجابي للمستضد السطحي لالتهاب الكبد الفيروسي (ب)، الوقاية العلاجية ما بعد التعرض غير مطلوبة في الحالات

التي لديها استجابة للأجسام المضادة الوقائية للتحصين (عيار الأجسام المضادة لالتهاب الكبد الفيروسي ب 10 ملي-للوحدة/ملي أو أكبر) للأشخاص الذين استجابتهم للتحصين غير معروفة، ينبغي إعطاء لقاح التهاب الكبد الفيروسي ب و/أو الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي.

ج) بعد التعرض الجنسي لشخص لديه عدوى الالتهاب الكبدي الوبائي الحاد، يوصى بإعطاء جرعة واحدة من الغلوبولين المناعي (0.06 مل/كغ) إذا كان يمكن أن يتم إعطاؤها في غضون 14 يوما من آخر اتصال الجنسي. لكافة المتعرضين من الاتصال الجنسي للأشخاص الذين لديهم عدوى التهاب الكبد الفيروسي ب الحادة والمزمنة، وينبغي أن يتم إعطائهم اللقاح.

- **النوع "C" :** وتشير البيانات المتاحة أن العلاج الوقائي ما بعد التعرض بالغلوبولين المناعي ليس فعال في الوقاية من العدوى.
- **النوع "E":** لا توجد منتجات متاحة للوقاية من التهاب الكبد الفيروسي E.

6) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: **لانواع A وB وC وE:** البحث عن الحالات المفقودة والحفاظ على مراقبة المخالطين بمنزل المريض أو، في حالة مصدر التفشي الشائع، يتعرض الناس لنفس الخطر.

7) علاج معين:

- **أنواع A و E:** لا يوجد.
- **أنواع B و C:** للحالات الحادة: لا شيء. تم الترخيص لألفا انترفيرون، واللاميفودين والاديفوفير لعلاج المرشحين للعلاج من التهاب الكبد الفيروسي ب المزمن وينبغي أن يتم أخذ دليل خزعة الكبد على التهاب الكبد الفيروسي ب المزمن، والعلاج يكون أكثر فعالية في الأفراد الذين في مرحلة العدوى التكاثرية العالية (إيجابي للمستضد e لالتهاب الكبد الفيروسي ب) لأنها على الأرجح تكون بها أعراض ومعدية ومعرضة لخطر من العقابيل على المدى الطويل. حوالي 10٪ من المرضى الذين يستجيبون للعلاج يتخلصوا من المستضد السطحي لالتهاب الكبد الفيروسي ب بعد 6 أشهر من العلاج. اللاميفودين آثاره الجانبية قليلة وأسهل في إعطاؤه للمرضى، ولكن لديه نسبة فعالية متواضعة، ويتطلب علاجا طويل الأمد للحفاظ على الاستجابة، ويصاحبه نسبة عالية من مقاومة الفيروس، وخاصة عندما يكون على فترات طويلة. الاديفوفير دواء مضاد للفيروسات نشط ضد كل من النوع البري ونوع التهاب الكبد الفيروسي ب المقاوم للاميفودين ، وله نشاط مضاد للفيروسات مماثل لتلك التي بالاميفودين . لعلاج التهاب الكبد الوبائي المزمن، قد تم تحقيق أعلى معدلات الاستجابة (40-80٪) بالجمع بين علاج الريبافيرين والإنترفيرون بطيء الإطلاق ("الإنترفيرون مديد المفعول")، مما يجعله العلاج الأمثل. تحديد النمط الجيني يؤثر على قرارات العلاج. ومع ذلك، هذه الأدوية لها آثار جانبية كبيرة والتي تتطلب رصدا دقيقا. ريبافيرين هو داء مشوه، وبالتالي يجب تجنب الحمل خلال فترة العلاج. لم يكن الكورتيزون ولا الأسيكلوفير دواءاً فعالاً.

**c3.1.9 تدابير ضد الوباء**

- **أنواع A و E:**
  - تحديد السكان المتعرضين للخطر. القضاء على المصادر الشائعة للعدوى.
  - الاستخدام الفعال للقاح التهاب الكبد (أ) في حالات تفشي المرض على نطاق المجتمع المحلي يتطلب تحديد المجموعة المستهدفة المناسبة للتحصين، وبدء التحصين في مرحلة مبكرة أثناء التفشي والتنفيذ السريع (حوالي 70٪ على الأقل) للتحصين بالجرعة الأولى من اللقاح لمستويات كبيرة من التغطية. تدابير رقابة التفشي المحددة يجب أن تكون مصممة لتناسب خصائص التهاب الكبد (أ) وبائياً وتناسب البرنامج الحالي للتحصين ضد التهاب الكبد (أ)، إن وجدت، في المجتمع.
  - بذل جهود خاصة لتحسين الممارسات الصحية والنظافة للقضاء على التلوث البرازي للأطعمة والمياه.
  - التفشي في المؤسسات قد يستدعي العلاج الوقائي الشامل بلقاح التهاب الكبد (أ) مع الغلوبولين المناعي.
- **أنواع B و C:** عندما تحدث حالتين أو أكثر مع بعض التعرض المشترك، قم بالبحث عن حالات إضافية. قم بتنفيذ تقنيات التعقيم الصارمة. إذا تورطت أحد مشتقات البلازما مثل العامل المضاد للناعور، أوالفبرينوجين، أو البلازما المجمعة أو الثرومبين، قم بسحب الكمية من الاستخدام وتعقب جميع المستفيدين من نفس الكمية والبحث عن حالات إضافية.

d3.1.9 **آثار الكوارث**

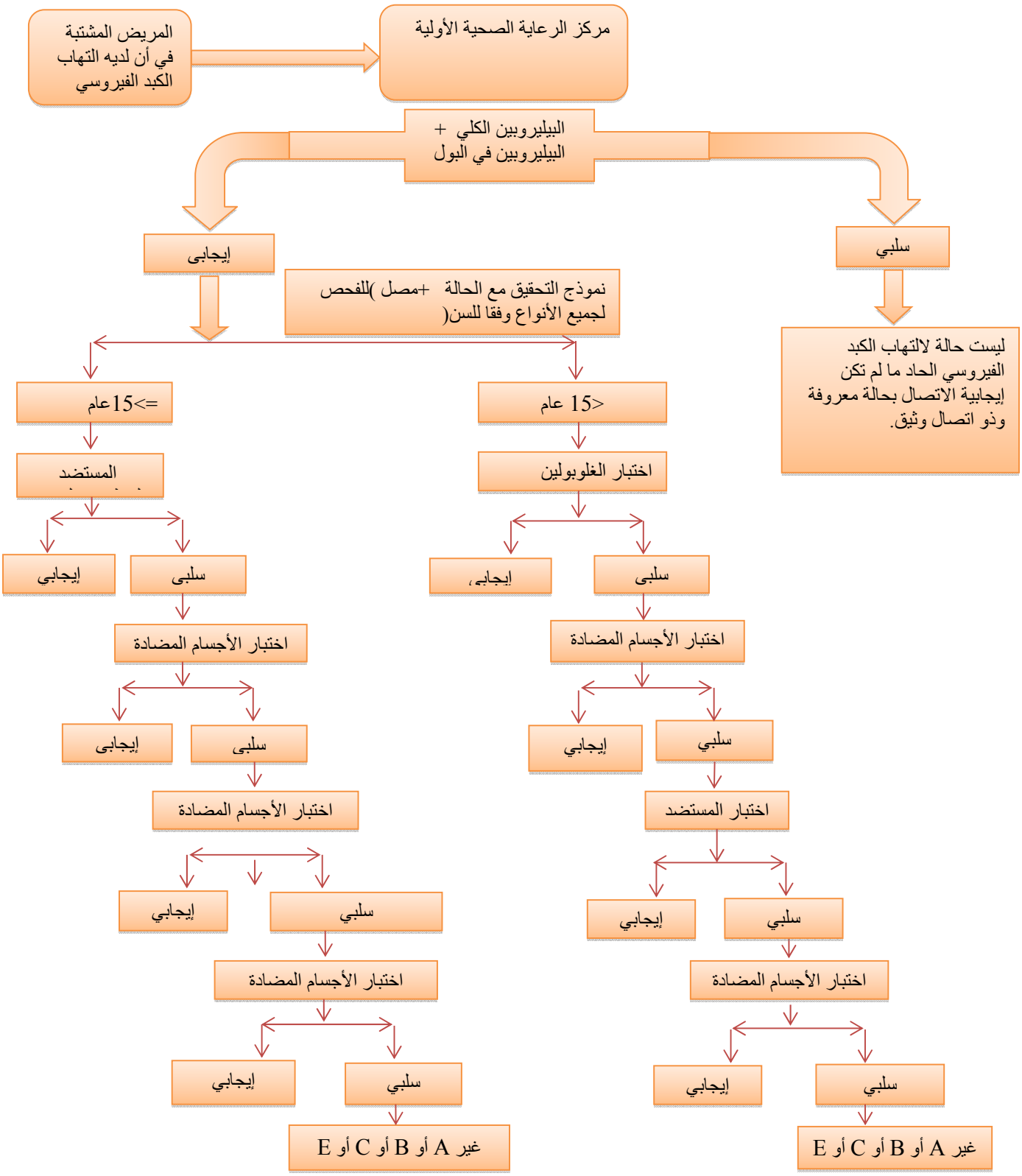
- أنواع A و E: التهاب الكبد (أ) يعتبر مشكلة محتملة في المجموعات الكبيرة من الناس مع الاكتظاظ وعدم كفاية المرافق الصحية وإمدادات المياه، وإذا حدثت حالات، ينبغي بذل المزيد من الجهود لتحسين الصرف الصحي وسلامة إمدادات المياه. الإعطاء الجماعي للقاح التهاب الكبد (أ)، والتي ينبغي أن يخطط لها بعناية، ليست بديلا عن التدابير البيئية.
- **أنواع B و C:**

تخفيف الاحتياطات التعقيمية والاستخدام الطارئ للدم الذي لم يتم فحصه في عمليات نقل دم قد تؤدي إلى زيادة عدد الحالات.

**ج. التدابير الدولية**:

- **أنواع A و E:** لا يوجد.
- **أنواع B و C:** التأكد من تثبيط الفيروس الكافي لجميع المنتجات البيولوجية المتداولة دوليا.

### 3.1.10 إدارة المرض[50]




[50]صممت من قبل مركز مكافحة الأمراض المعدية، بوزارة الصحة، العراق.

- **التهاب الكبد الفيروسي A:** لا يوجد علاج محدد ضد التهاب الكبد الفيروسي **A**. الشفاء من الأعراض الناجمة عن العدوى قد يكون بطيئاً ويستغرق عدة أسابيع أو أشهر. ويهدف العلاج إلى الحفاظ على راحة المرضى وتوازنهم التغذوي المناسب، بما في ذلك استبدال السوائل التي تضيع بسبب التقيؤ والإسهال.[51]
- **التهاب الكبد الفيروسي B:** لا يوجد علاج محدد ضد التهاب الكبد الفيروسي B. وتهدف العناية إلى الحفاظ على راحة المرضى وتوازنهم التغذوي المناسب، بما في ذلك استبدال السوائل التي تضيع بسبب التقيؤ والإسهال. التهاب الكبد الفيروسي B المزمن يمكن علاجه بالأدوية، وتشمل الإنترفيرون والأدوية المضادة للفيروسات، والتي يمكن أن تساعد بعض المرضى. العلاج يمكن أن يكلف آلاف الدولارات سنويا، كما أنه غير متاح لمعظم المرضى في البلدان النامية. سرطان الكبد هو دائما تقريبا مميت، وغالبا ما يتطور في الأشخاص في السن الذي يكونون أكثر إنتاجية واكثر تحملاً لمسؤوليات الأسرة. في البلدان النامية، معظم الأشخاص الذين لديهم سرطان الكبد يموتون في غضون أشهر من التشخيص. في البلدان ذات الدخل العالي، يمكن للجراحة والعلاج الكيميائي ان يطيل الحياة لمدة تصل إلى بضع سنوات في بعض المرضى. أحيانا يتم زرع كبد للمرضى الذين يعانون من تليف بالكبد، بدرجات متفاوتة من النجاح.[52]
- **التهاب الكبد الوبائي C:** علاج الإنترفيرون والريبافيرين هو الدعامة الأساسية لعلاج فيروس (C). للأسف، الإنترفيرون غير متوفر على نطاق واسع على الصعيد العالمي، و لا يمكن تحمله دائماً، بعض الأنماط الجينية استجابتها أفضل من غيرها، وكثير من الناس الذين يتعاطوه عليه لا ينتهي علاجهم. في حين يعتبر فيروس التهاب الكبد الوبائي C بشكل عام على أنه مرض قابل للعلاج، ولكن بالنسبة للعديد من الأشخاص هذه ليست حقيقة واقعة. لحسن الحظ، لقد أدى التطور العلمي والبحث المكثف والتطوير إلى تطوير العديد من الأدوية الفموية الجديدة المضادة لفيروس C التهاب الكبد الوبائي. يحمل المستقبل وعودا كبيره لأدوية معينة مضادة لفيروس C من شأنها أن تكون أكثر فعالية ويمكن تحملها. فلا يزال هناك الكثير الذي يتعين القيام به لضمان أن هذه التطورات تؤدي إلى زيادة إمكانية الوصول والعلاج على مستوى العالم.[53]
- **فيروس التهاب الكبد الوبائي E:** فيروس التهاب الكبد الوبائي E هو مرض فيروسي، ولهذا، المضادات الحيوية ليست لها قيمة لعلاج العدوى. لا يوجد غلوبولين E فائق المناعة متاحاً لمرحلة العلاج الوقائي لما قبل أو بعد التعرض للفيروس. عدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي E عادة ما تكون محدودة ذاتيا، وبشكل عام لا تحتاج الى دخول المستشفى. العلاج الغير متاح قادر على تغيير مسار العدوى إلى أن تصبح حادة. كما أيضاً العلاج الغير محدد قادر على تغيير مسار العدوى لتصبح عدوى حادة لفيروس التهاب الكبد الوبائي E، والوقاية هي النهج الأكثر فعالية ضد هذا المرض. الذهاب للمستشفى مطلوب في حالة التهاب الكبد الوبائي المفاجئ، وينبغي إعتبار النساء الحوامل المصابة.[54]

---

[51] منظمة الصحة العالمية" .WHO بيان وقائع فيروس التهاب الكبد الفيروسي May "A. 2008.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/en/index.html

[52] منظمة الصحة العالمية" .WHO بيان وقائع فيروس التهاب الكبد الفيروسي "B. أغسطس 2008.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html

[53] منظمة الصحة العالمية" .WHO بيان وقائع فيروس التهاب الكبد الوبائي "C. يونيو 2011 م . http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html

[54] منظمة الصحة العالمية" .WHO بيان وقائع فيروس التهاب الكبد الوبائي "E. يناير 2005.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs280/en/index.html

## 3.2 داء البروسيلات

## ICD-10 A23

### 3.2.1 التعريف

مرض بكتيري مجموعي حيواني المنشأ يتسبب فيه أنواع البروسيلا.

**المظاهر السريرية**

مرض يتميز ببدايته الحادة أو الخادعة، مع الحمى المستمرة أو المتقطعة أو الغير منتظمة ولمدة متغير، التعرق الغزير وخاصة في الليل، والتعب، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن، والصداع، والألم المفصلي والألم العام. قد تحدث عدوى موضعية لمختلف الأجهزة.
الحمى هي العرض الأكثر شيوعا ويمكن أن يرافقها مجموعة متنوعة من الشكاوى الأخرى.
,مضاعفات العظام والمفاصل شائعة بين(20 - 60٪ من الحالات).

**تصنيف الحالة**

*مشتبه بها*: هي الحالة التي تكون متوافقة مع الوصف السريري وترتبط وبائياً بمنتجات حيوانية ملوثة أو مشتبه بها.

*المحتملة*: الحالة التي يشتبه بها هي التي تكون إيجابية لاختبار وردية البنغال.

*المؤكدة*: هي الحالة المحتملة أو المشتبة بها التي تم تأكيدها مختبرياً من خلال عزل أنواع البروسيلا من عينة سريرية أو من عيار تراص البروسيلا (على سبيل المثال، الاختبارات القياسية لتراص بالأنبوب: 0SAT > 16 وحدة) في عينة أو أكثر من عينات المصل التي تم الحصول عليها بعد ظهور الأعراض أو مقايسة الممتز المناعي المرتبط بالإنزيم (الغلوبولين المناعي A، وG و2 (M اختبار المركابتويثانول، اختبار تثبيت المتممة، (FAT)، والمقايسة المناعية الشعاعية للرحلان المناعي بالتيار العكسي(CIEP).

### 3.2.2 عامل معدي

البروسيلة المجهضة، البروسيلة المالطية، البروسيلة الخنزيرية، البروسيلة الكلبية.

### 3.2.3 حدوث المرض

في جميع أنحاء العالم، خصوصا في دول حوض البحر المتوسط من أوروبا وشمال وشرق أفريقيا، وآسيا الوسطى. الكائن الحي ومصدر العدوى يختلف وفقا للمنطقة الجغرافية. اعتاد داء البروسيلات ليكون من المخاطر المهنية لعمال المزارع، والأطباء البيطريين، والعاملين في المسالخ.

**حالات داء البروسيلات**، 2000-2011

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 8026 | 8166 | 417 | 535 | 7261 | 7061 | 5171 | 6124 | 6857 | 6947 | 7399 | 7064 |

### 3.2.4 المستودع

العدوى يمكن أن تنتقل للبشر من الماشية والماعز والأغنام والكلاب، والخنازير.

**3.2.5 طريقة الانتقال**

- الاتصال بالأنسجة المصابة للحيوانات، الدم، البول، الإفرازات المهبلية، والأجنة المجهضة للحيوانات وخاصة المشيمة؛ أيضا بسبب تناول الحليب الخام ومنتجات الألبان من الحيوانات المصابة دون غلي أو بسترة للحليب المستخدم.
- استنشاق العاملين في المختبرات.

**3.2.6 فترة الحضانة**

متغيرة ويصعب تأكيد المدة. عادة 5-60 يوم، ويمكن أن تكون عدة أشهر.

**3.2.7 فترة السريان**

ليس هناك أي دليل عن سرايانه من شخص لآخر.

**3.2.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

شدة ومدة المرض السريري تتباين بشكل كبير. مدة المناعة المكتسبة غير محددة.

**3.2.9 طرق المكافحة**

a3.2.9 **الإجراءات الوقائية**

- تعليم الجمهور: تجنب شرب والحليب الغير معالجة وغير المبستر أو تناول منتجات الألبان مثل من نفس الحليب الملوث. غلي الحليب هو أمر فعال عندما تكون البسترة غير متوفرة
- توعية المزارعين والمتعاملين مع الحيوانات المحتمل إصابتها للحد من التعرض للإصابة وممارسة الرعاية في التعامل مع إفرازات المشيمة، ومع الأجنة.
- البحث والتحقيق في الماشية المعرضة لخطر الإصابة بالعدوى.

b3.2.9 **إجراءات المكافحة**

- إبلاغ السلطة الصحية المحلية.
- العلاج المحدد: الدوكسيسيكلين 100 ملغ مرتين يوميا لمدة 6 أسابيع.
- إبلاغ وزارة الزراعة والبلدية.
- الاستفسار عن مصدر العدوى وتعقب مصدر العدوى الشائع.
- أذكر المنتجات المشتبة في أنها ملوثة. وقف توزيع الحليب ومنتجاته إلا إذا كان مبستراً.

**3.2.10 إدارة المرض**[55]

- عادة، يتم استخدام الدوكسيسيكلين والريفامبين في تركيبة لمدة 6 أسابيع لمنع تكرار العدوى. اعتمادا على توقيت العلاج وشدة المرض، قد يستغرق الشفاء بضعة أسابيع إلى عدة أشهر. الوفيات منخفضة (<2٪)، وعادة ما يصاحبه التهاب الشغاف.

[55] مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها" داء البروسيلات ."ديسمبر 2007.http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/brucellosis_g.htm#istreatment

## 3.3 الجديرى

**ICD-10 B01: الجديرى**
**ICD-10 B02: الهربس النطاقي**

3.3.1 **التعريف**

**المظاهر السريرية**

*جديري الماء (الجديرى)*:جدري الماء يأتي عادة مع حمى خفيفةذات درجة منخفضة، والشعور بالضيق مع الطفح الجلدي. يكونالطفح في البداية بقعي حطاطي ثميصبح حويصلي (متقرح) ويتقدم ليصبح آفات متقشرة على مدى حواليخمسة أيام. تظهر الآفات في ثلاثة أو أربعة محاصيل. أكثر عددا بالجذعوأقل من ذلك على الوجه وفروة الرأسوالأطراف والأغشية المخاطيةللفم. بعض الحالات (حوالي 5٪) هيتحت سريرية أو خفيفة جدا في طبيعتها.تميل حالة البالغين إلى المعاناه من المرضبصورة أكبر من الأطفال. نادرا ما يكون هذا المرضقاتلا.وتشمل المضاعفات العدوى الثانويةالبكتيرية لآفات الجلد،والالتهاب الرئوي الحماقي الابتدائي، والتهاب السحاياالعقيم والتهاب الدماغ ومتلازمةراي (اعتلال الدماغ الحاد معارتشاح دهني واختلال وظيفيبالكبد).حديثي الولادة ومرضى كبت المناعة في زيادة كبيرة لمخاطر الإصابة بجدري الماء الحاد.

الهربس النطاقي (القوباء المنطقية): تتميز الهربس النطاقي أو القوباء المنطقية بشكل كبير بطفح حويصلي أحادي في الغالب داخل قطاع جلدي. وكثيرا ما تصاحبها ألم شديد الذي قد يسبق الآفات بفترة 48-72 ساعة. ويدوم الطفح فترة تصل إلى عدة أسابيع اعتمادا على شدته. الطفح غالبا ما يكون على نطاق واسع ويستمر في المرضى الذين يعانون من كبت المناعة. يجب أن يتم تقييم المرضى بعناية لضمان عدم وجود تأثر بالعين عندما يكون الطفح الجلدي في منطقة العيون في الوجه. العلاج المتخصص أمر إلزامي في هذه الحالة حيث يمكن للمرض ان يسبب العمى.
تزداد الإصابة مع التقدم في السن والأطفال دون سن 12 نادراً ما يتأثروا إلا إذا كان لديهم كبت بالمناعة أو كانوا مصابين وهم رضع.
ومن المضاعفات المنهكة للهربس النطاقي في العديد من المرضى (خصوصا كبار السن) هو الألم لفترة طويلة (بعد الألم العصبي الهربسي) زالذي قد يستمر لمدة شهور بعد حل الآفات الجلدية.

**طرق التشخيص**
تأكيد التشخيص بشكل عام هو مطلوب فقط عندما تكون الصورة السريرية شاذة. يتم ذلك بواسطة:

- عزل الفيروس في مسحات للخلايا
- الإظهار بواسطة المجهر الإلكتروني
- الاختبارات المصلية للأجسام المضادة
- التألق المناعي لمسحة الآفة أو السوائل
- اختبار الحمض النووي أو اختبار تفاعل سلسلة البوليميرات PCR.

**3.3.2 عامل معدي**

فيروس الهربس3 (ألفا) الذي يصيب الإنسان أو فيروس النطاقي الحماقي (الجدري المائي).

**3.3.3 حدوث المرض**

الجدري المائي هو مرض معدٍ للغاية ولكن معتدل عموما ومستوطن في السكان. ويصبح وبائي بين الأفراد سهلة التأثر بشكل رئيسي خلال فصل الشتاء وأوائل الربيع. أكثر من 90٪ من الحالات هم من الأطفال دون سن 15 سنة من العمر. الهربس النطاقي (القوباء المنطقية) تحدث في 20٪ من الأشخاص، معظمهم من كبار السن عندما تكون نتيجة لتنشيط الفيروس الكامن من العُقد العصبية الجذرية الظهرية

**3.3.4 المستودع**

البشر هم المستودع الوحيد للفيروس، ويحدث المرض في البشر فقط.

**3.3.5 طريقة الانتقال**

ينتقل الجدري المائي أساسا من شخص إلى شخص أخر عن طريق الرذاذ التنفسي المحمول جوا ولكن أيضا عن طريق الاتصال المباشر بسوائل الحويصلة لحالات الجدري المائي، أو الاتصال بسائل الحويصلة من المرضى الذين يعانون من الهربس النطاقي. يحدث اتصال غير مباشر من خلال المواد المتسخة حديثا بواسطة إفرازات الحويصلات من الأشخاص المصابين. التبقعات ليست معدية.

**3.3.6 فترة الحضانة**

فترة الحضانة من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع، وعادة من 14-16 يوما. وقد يمتد هذا في الأشخاص الذين لديهم الكبت المناعي أو يتبع علاج الغلوبولين المناعي كتحصين سلبي ضد الحماق.

**3.3.7 فترة السريان**

عادة ما يكون معدي لمدة يوم - يومين (تصل إلى خمسة أيام) قبل ظهور الطفح الجلدي، وتستمر حتى تتقشر جميع الآفات . قد يكون السريان لفترات طويلة في المرضى الذين يعانون من تغير بالمناعة. والذين يعانون من تلك من الهربس النطاقي يعتبروا معديين لمدة أسبوع بعد ظهور الآفات.

**3.3.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

التعرض لجدري الماء أمر عالمي بين أولئك الغير مصابين سابقا. وأكثر من 80٪ من المخالطين بالمنزل من غير المحصنين من حالة جدري المائي ستحدث لهم العدوى. والمرضى الذين هم عرضة لخطر زيادة شدة /مضاعفات المرض إذا لم يكن لديهم مناعة ويشمل هؤلاء: الأطفال الرضع أقل من شهر واحد من العمر، والنساء الحوامل والأفراد الذين يعانون من كبت المناعة بما في ذلك من لديهم سرطانات الدم، ومن يتعاطى العلاج الكيميائي، ومن يتعاطى جرعات عالية من المنشطات أو ممن لديه عدوى فيروس نقص المناعة البشرية.

**3.3.9 طرق المكافحة[56]**

[56] http://ideas.health.vic.gov.au/bluebook/chicken-pox.asp

a3.3.9 **إجراءات المكافحة**

- إدارة أعراض الحالات: الاستحمام بالماء الفاتر أو الكمادات الباردة قد تساعد على تخفيف الحكة.
- ينبغي استبعاد الأطفال الذين يعانون من جدري الماء لمدة خمسة أيام على الأقل بعد ظهور الطفح الجلدي. العدد القليل من التبقعات المتبقية ليست سببا لاستمرار الاستبعاد. يمكن للأطفال الذين يعانون من القوباء المنطقية حضور المدرسة إذا كانت الآفات يمكن تغطيتها بشكل كاف لكن ينبغي النصح بالابتعاد عن السباحة وعن المخالطين بالرياضات لمدة سبعة أيام بعد ظهور الطفح الجلدي.
- نصح البالغين بالبقاء بعيدا عن العمل لنفس الفترة
- تجنب الاختلاط بالأشخاص سهلى التأثر العرضة لمخاطر الإصابة.
- لا ينبغي أبدا إعطاء الأسبرين للأطفال الذين لديهم الحماق بسبب وجود ارتباط قوي بتطور متلازمة راي.
- إذا تطور الجدري المائ في الحمل، تتم الإحالة في غضون 24 ساعة من ظهور الطفح الجلدي.

**3.3.10 إدارة المرض**[57]

- عدوى الحماق الأولية في الطفل السليم تعتبر مرض حميد ويتطلب علاج الأعراض فقط. الأسيكلوفير الفموي ينبغي اعتباره للأشخاص الأصحاء الذي في خطر متزايد لعدوى الحماق الشديدة.
- البالغين والأشخاص من ذوي المناعة المنقوصة الذين يعانون من جدري الماء لديهم مضاعفات أكثر تعقيدا من التي تحدث في الأطفال، وبالتالي، فإن الحالة تستلزم نهجا أكثرعدوانية للعلاج الدوائي. فمن المستحسن العلاج بالأسيكلوفير عن طريق الوريد للمرضى الذين يعانون من نقص المناعة أو ضعف المناعة.
- الجلوبيولين المناعي للحماق النطاقي (VZIG) يتم الإشارة إلى استخدامه في للسكان سهلة التأثر، والمعرضين لفيروس النطاقي الحماقيVZV ممن لديهم نقص المناعة أو كبت المناعة.

المرجع: asp.pox-http://ideas.health.vic.gov.au/bluebook/chicken

**طفل يعاني من مرض الحماق**

[57] بابادوبولوس، أنتوني ج" .إدارة وعلاج جدري الماء *Medscape*. "تم التحديث 20 :يونيو 2011.http://emedicine.medscape.com/article/1131785-treatment

## 3.4 داء المشوكات (الداء العداري)

B67 10-ICD

### 3.4.1 التعريف

هو مرض يحتل المكان، يحدث في البشر بسبب مرحلة اليرقات لشريطية الكلب، *المشوكة الحبيبية*. يتم تحديد علامات وأعراض ومدى انتشار المرض حسب حجم وموقع الكيسات وحدة المسكن (الكيسة العدارية) التي هي سمة لهذا المرض.تتطور الأعراض نتيجة لضغط وتسرب وتمزق الكيسات. المكان الأكثر شيوعاً للكيسات هو الكبد، الأقل شيوعا هو الدماغ والرئتين والكلى وغير مألوف في القلب، والغدة الدرقية والعظام. قد تبقى كيسة حية أو تموت وتتكلس. قد يتم كشفهم بالأشعة السينية الروتينية.

**تصنيف الحالة**

*حالة مشتبة بها*: الحالة المشتبة بها سريرياً مع تاريخ للاتصال بالحيوانات أوو أحشاء الحيوانات، *الحالة المحتملة*: التشخيص بالأشعة السينية البسيطة، والموجات فوق الصوتية أو المقطعية، واختبار كازوني

*المؤكدة*: مختبرياً من خلال (PCR، IFAT، ELISA)

### 3.4.2 عامل معدي

*المشوكة الحبيبية*

### 3.4.3 حدوث المرض

حالات الداء العداري، 2000-2011

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 521 | 27 | 638 | 1 | 579 | 498 | 609 | 793 | 858 | 983 | 1286 | 1451 |

### 3.4.4 المستودع

الكلاب والثعالب ويشمل المضيف المتوسط الرئيسي الماعز والأغنام والماشية.

### 3.4.5 طريقة الانتقال

تحدث العدوى عن طريق نقل بيض الشريطية من اليد الى الفم من وجوه الكلاب.
تخترق اليرقات مخاطية الأمعاء، وتدخل الجهاز البابي وتنتقل إلى أجهزة مختلفة حيث تنتج الكيسات. أهم دورة حياة هي من الكلب - للخروف - إلى الكلب.

### 3.4.6 فترة الحضانة

متغيرة، من أشهر إلى سنوات.

### 3.4.7 فترة السريان

لا تسري من خلال الانتقال من شخص إلى شخص. الكلاب تنقل البيض بعد حوالي سبعة أسابيع من العدوى. في حالة عدم تكرر الإصابة، ينتهي هذا في حوالي سنة واحدة.

### 3.4.8 الاستعداد المناعي والمقاومة

وغالبا ما يصاب البالغين (من عمر 15-49) أكثر من الأطفال.

### 3.4.9 طرق المكافحة

a3.4.9 **الإجراءات الوقائية**

- تثقيف الجمهور من خطر الارتباط الوثيق بالكلاب وعلى ضرورة غسل اليدين بعد ملامسة الكلاب.
- علاج الكلاب المصابة وتدمير الكلاب غير المرغوب فيها.
- السيطرة على ذبح الحيوانات، وخاصة الخراف. يجب أن تطويق المنطقة لمنع وصول الكلاب وتكون خدمة الصرف مناسبة، مع وجود محرقة و/أو حفرة للتخلص منها.

b3.4.9 **إجراءات المكافحة**

- الإبلاغ الشهري عن الحالات للسلطات الصحية.
- لا حاجة للعزلة، أو التطهير المتزامن.
- الجراحة هي العلاج الأمثل. يستخدم الميبيندازول عندما تكون الجراحة ممنوع استخدامها.
- ينبغي فحص المخالطين في المنزل للحصول على أدلة لوجود العدوى.
- وينبغي التحقيق لحالات الكلاب التي على اتصال بالمريض.

### 3.4.10 إدارة المرض[58]

- اثنين من أدوية البنزيميدازول، الميبيندازول وألبيندازول، وهي مضادات الديدان الوحيدة الفعالة ضد ديدان فقط فعالة ضد داء المشوكات الكيسي. أدوية ألبيندازول والميبيندازول جيدة التحمل ولكن تختلف من حيث الفعالية.
  - ألبيندازول أكثر فعالية بشكل ملحوظ من الميبيندازول في علاج كيسات الكبد. يتطلب العلاج بالبنزيميدازول وحده إعطاؤه على فترات طويلة على مدى عدة أسابيع، مع نتائج لا يمكن التنبؤ بها من حيث معدلات الاستجابة في الأفراد.
  - العلاج بالألبيندازول لعدوى *المشوكة الحبيبية* يمكن أن يؤدي إلى شفاء واضح في ما يصل الى 30٪ من المرضى، مع مزيد من الشفاء بسنسبة 40-50٪ من المرضى الذين تظهر لديهم أدلة موضوعية للاستجابة عندما ملاحظتهم لفترة قصيرة. والمرضى الذين لا يظهروا أدلة مبدئية للاستجابة يمكن عند ملاحظتهم لعدة سنوات نجد أنهم تم شفائهم.

[58] برونيتي، إنريكو" .إدارة وعلاج داء الكيسات العدارية المشوكية *Medscape*. "تم التحديث 19 :أكتوبر 2011.http://emedicine.medscape.com/article/216432-treatment

- تزيد فعالية الألبيندازول مع عمل دورات تصل لمدة 3 أشهر في مواقع الكيسة الأكثر شيوعا. وعموما، فقد أثبت الألبيندازول تقدماً في إدارة داء المشوكات الكيسي عند استخدامه كعلاج وحيد أو كعامل مساعد لعملية جراحية أو للعلاجات الأخرى.

[59]

**ظهور كيسة مماثلة عند الإزالة**

[59] http://en.wikipedia.org/wiki/File:Hydatid_cyst_membrane.jpg

## 3.5 الجذام

### ICD-10 A30

#### 3.5.1 التعريف

مرض بكتيري مزمن في الجلد والأعصاب المحيطية (في المرضى الذين يعانون من الجذام) وبالمجرى الهوائي العلوي. تختلف المظاهر السريرية للمرض في المفعول المستمر بين 2
من الأشكال القطبية: 1) الجذام الورمي (متعدد العصيات): العقيدات المتناظرة والثنائية، الحطاطات، البقع والارتشاح المنتشر، وعادة ما تكون عديدة وواسعة النطاق؛ وتورط الغشاء المخاطي للأنف قد يؤدي إلى التقشر، والتنفس بصعوبة والرعاف؛ تورط العين يؤدي إلى التهاب القزحية والتهاب القرنية؛ 2) الجذام الدرني (قليل العصيات): آفات جلدية أحادية أو قليلة، جرى تحديدها بشدة، مخدرة أو بها نقص للحس؛ اكتناف ثنائي غير متماثل للأعصاب المحيطية تميل إلى أن تكون شديدة. الجذام البيني لديه سمات كلا من الشكلين القطبيين، وعطوب بشكل أكبر. يتميز الجذام الغير محدد بقصور اصطباغ البقع ذات الحدود الغير واضحة، وإذا لم تعالج، قد تتطور إلى المرض الدرني أو البيني أو الورمي.

**تعريف الحالة**

حالة الجذام هي حالة الشخص الذي لديه عرض أو أكثر من الأعراض التالية، والذي يمكنه إكمال دورة كاملة من العلاج:

- آفات ناقصة التصبغ أو حمراء مع فقدان أكيد بالإحساس
- تورط الأعصاب المحيطية (سماكة محددة مع فقدان الإحساس)
- مسحة الجلد إيجابية للعصيات المقاومة للحمض.
- يشمل تعريف الحالة العملية استعادة المنقطعون عن تلقي التطعيم مع وجود علامات المرض النشط وحالات الانتكاس التي أتمت دورة كاملة من العلاج سابقا . ولكنها لا تشمل الأشخاص المعالجين ممن لديهم تفاعلات متأخرة أو إعاقة متبقية.

ويستند التشخيص السريري على فحص الجلد بالكامل. البحث عن علامات على تورط الأعصاب المحيطية (فرط الإحساس، والتخدير، والشلل، وتلف العضلات أو القرح الغذائية) مع الجس الثنائي للأعصاب المحيطية (العصب الزندي عند الكوع، العصب الشظوي عند رأس الشظية والعصب الأذني الكبير) للتورم والإيلام. اختبار درجة الإحساس بآفات الجلد (لمسة خفيفة، الوخز بالابر، وتمييز درجة الحرارة). ويمكن أن تشمل المظاهر السريرية "تفاعلات" الجذام، أي النوائب الضائرة الحادة، التي توصف بحمامى العقدة الجذامية في مرضى الجذام والتفاعلات الانعكاسية في الجذام البيني. ويشمل التشخيص التفريقي العديد من الأمراض الجلد الارتشاحية، بما في ذلك الأورام اللمفاوية، الذئبة الحمامية، والصدفية، تصلب الجلد والورم الليفي العصبي. قد يشبه داء الليشمانيات الجلدي المنتشر، وبعض العدوى الفطرية، والوذمة المخاطية وثخن الجلد وتعظم السمحاق، مرض الجذام الورمي، ولكن العصيات المقاومة للحمض غير موجودة. العديد من الأمراض الجلدية، مثل البهاق، والنخالية المبرقشة، والنخالية البيضاء، وخلل التصبغ الغذائي، والوحمة والندوب قد تشبه الجذام الدرني.

تشمل معايير المختبر وجود العصيات المقاومة للحمض والكحول في مسحات الجلد (طريقة الكشط - الشق). في الشكل قليل العصيات قد تكون العصيات عدد قليل جدا لدرجة تصعب فيها إثباتهم. وبالنظر إلى تزايد انتشار عدوى فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الفيروسي B في العديد من البلدان التي يظل الجذام مستوطن بها، وعدد أماكن مسحة الجلد وتواتر جمع المسحة ينبغي أن يقتصر على الحد الأدنى الضروري. في الممارسة العملية، مختبرات ليست ضرورية لتشخيص الجذام.

يمكن تصنيف حالات الجذام كما يلي:

- الجذام متعدد العصيات : أكثر من 5 بقع أو تقرحات على الجلد
- الجذام قليل العصيات: من 1 إلى 5 بقع أو تقرحات على الجلد.

**3.5.2 عامل معدي**

*المتفطرة الجذامية*. لا يمكن أن تنمو هذا في وسيط بكتريولوجي أو في مزارع الخلايا.

**3.5.3 حدوث المرض**

خلال عام 2002، تم تشخيص 620,000 شخص مصاب بالجذام، 90٪ منهم في البرازيل والهند ومدغشقر وموزمبيق، ونيبال، وجمهورية تنزانيا المتحدة. وقد تحسنت مكافحة المرض مع إدخال المعالجة المتعددة الأدوية (MDT). وقد استهدفت منظمة الصحة العالمية المرض للقضاء عليه (أقل من حالة واحدة/10,000 من السكان) وهذا تم تحقيقه في 110 بلد من أصل 122 بلدا كان مستوطن به المرض في عام 1985. الحالات المعترف بها حديثا في الولايات المتحدة الأمريكية قليلة ويتم تشخيصها بشكل أساسي في كاليفورنيا، فلوريدا، هاواي، لويزيانا وتكساس وفي مدينة نيويورك، وبورتوريكو. معظم هذه الحالات في المهاجرين واللاجئين الذين حصولوا على المرض في بلدانهم الأصلية، ومع ذلك، لا يزال هذا المرض متوطن في كاليفورنيا، هاواي، لويزيانا وتكساس وبورتوريكو.

**3.5.4 المستودع**

البشر هو المستودع الهام المعروف للمرض. كانت هناك تقارير تفيد بأن المرض في المدرع قد أنتقل بشكل طبيع إلى البشر. وقد لوحظ الجذام المكتسب طبيعيا في قرد المانغابي وفي الشمبانزي المأسور في نيجيريا وسيراليون، على التوالي.

**3.5.5 طريقة الانتقال**

لم يتم تأسيس طريقة واضحة لانتقال المرض. هذا المرض في جميع الاحتمالات ينتقل من الغشاء المخاطي للأنف للمريض إلى الجلد وللجهاز التنفسي لشخص آخر. انتقال الفيروس يقتضي اتصال وثيق. على الرغم من أن العصية يمكنها البقاء على قيد الحياة حتى 7 أيام في إفرازات الأنف المجففة، الانتقال الغير مباشر أمر غير مرجح.

**3.5.6 فترة الحضانة**

تتراوح من 9 أشهر إلى 20 سنة، والمتوسط ربما يكون 4 سنوات للجذام الدرني وضعف هذه المدة للجذام الورمي.

**3.5.7 فترة السريان**

والجذام عادةً مرض لا يكون معدياً بعد ثلاثة أشهر من العلاج المستمر بالدابسون أو الكلوفازيمين، أو بعد 2-3 أسابيع من العلاج بالريفامبيسين.

**3.5.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

الجميع عرضة للإصابة. الاختلاط بالمنزل وذو الاتصال الوثيق بالمريض لفترة طويلة وخاصة مع حالة المريض متعدد العصيات يعد امراً مهما يجب الانتباه إليه. الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين خمس وتسع سنوات هي الأكثر عرضة للخطر. نادرا ما يشاهد هذا المرض في الأطفال تحت سن ثلاثة سنوات. يعتبر خطر تطور مرض الجذام الذي يلي الإصابة بالعدوى هو أن يكون تقريبا نفس المرض الدرني وهو ما يقرب من 10 % للخطر مدى الحياة.

### 3.5.9 طرق المكافحة[60]

توافر العلاج المتنقل الفعال محدود المدة، مع التخلص السريع من العدوى، قام بتغير إدارة المرض. وينبغي الآن أن يقتصر العلاج في المستشفيات فقط للحالات مثل التصحيح الجراحي للتشوهات، علاج القرحة الناتجة عن التخدير، والإنعاكاسات الحادة للجذام.

#### a3.5.9 الإجراءات الوقائية

- الاكتشاف المبكر وعلاج الحالات.
- لا ينصح بالدابسون الوقائي الكيميائي (فعالية محدودة وخطر في مقاومتة).
- التثقيف الصحي جنبا إلى جنب مع تقديم المشورة للمرضى ولأقاربهم يجب التأكيد فيه على توافر المعالجة المتعددة الأدوية الفعالة، وغياب العدوى من المرضى تحت العلاج المستمر والوقاية من الإعاقات الجسدية والاجتماعية.
- لقاح السل (BCG) فقط لمنع مرض الجذام: لا ينصح به

#### b3.5.9 إجراءات المكافحة

1) إبلاغ السلطة الصحية المحلية.
2) العزل: لا ينصح به لا يشار إلى أية قيود في مجال العمل أو الحضور في المدرسة.
3) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
4) تحصين المخالطين: لا ينصح به
5) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: الفحص الأولي للمخالطين المقربين قد تكون مفيدة.

### 3.5.10 إدارة المرض[61]

- في عام 1981، أوصت مجموعة دراسة لمنظمة الصحة العالمية (WHO) بالمعالجة المتعددة الأدوية (MDT). يتألف هذا العلاج من 3 أدوية هي: الدابسون، الريفامبيسين والكلوفازيمين وهذا الدواء المركب يقتل العناصر الممرضة ويشفي المريض.
- منذ عام 1995، توفر منظمة الصحة العالمية المعالجة المتعددة الأدوية MDT مجانا لجميع المرضى في العالم، في البداية من خلال صندوق الأدوية التي تقدمها مؤسسة نيبون ومنذ عام 2000، من خلال التبرع بالمعالجة المتعددة الأدوية من قبل شركة نوفارتيس ومؤسسة نوفارتيس للتنمية المستدامة.

[60] http://ideas.health.vic.gov.au/bluebook/leprosy.asp

[61] منظمة الصحة العالمية" WHO. بيان وقائع داء الجذام ."فبراير 2010.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html

**رجل يبلغ من العمر 24 عام مصاب بالجذام**

## 3.6 النكاف

### ICD-10 B26

#### 3.6.1 التعريف

مرض فيروسي حاد يتميز بالحمى، والتورم والإيلام من غدة أو أكثر من الغدد اللعابية، وعادة الغدة النكفية وأحياناً الغدة تحت اللسان أو الغدة الفكية. ليس كل حالات التهاب الغدة النكفية يتسبب فيها العدوى النكاف، ولكن العوامل الأخرى المسببة لالتهاب الغدة النكفيةلا تنتج الغدة النكفية على نطاق وبائي. وقد ارتبطت ما يصل الى 40٪ - 50٪ من حالات عدوى النكاف بأعراض تنفسية، وخاصة في الأطفال أقل من 5 سنوات. حوالي ثلث الأشخاص سهلة التأثر المتعرضين للمرض لديهم عدوى مستترة، ومعظم الإصابات في الأطفال دون سن عامين تكون عديمة الأعراض.

النكاف يمكن أن يسبب فقدان السمع الحسي العصبي في كل من الأطفال والبالغين. التهاب البنكرياس، عادة ما يكون خفيف، ويحدث في 4٪ من الحالات؛ مصاحبتة بمرض السكري لا يزال غير مؤكد.

التهاب الخصية، والأكثر شيوعا هي الأحادية، وتحدث في 20٪ -30٪ من الذكور المتضررة بعد البلوغ. يحدث ضمور بالخصية في حوالي ثلث المرضى، ولكن العقم نادر للغاية. تم الإبلاغ عن التهاب الخصية االنكافي أنه أحد عوامل الخطر لسرطان الخصية.

يحدث التهاب السحايا العقيم المصحوب بالأعراض في ما يصل إلى 10٪ من حالات النكاف؛ المصابين يشفون عادة دون حدوث مضاعفات، على الرغم من أن العديد يحتاج إلى دخول المستشفى. التهاب الدماغ النكافي أمر نادر الحدوث (1-2/ 10,000 حالة)، ولكن يمكن أن يؤدي إلى عقابيل دائمة، مثل الشلل، والنوبة المرضية، واستسقاء الرأس، معدل الوفاة في حالات التهاب الدماغ النكافي هي حوالي 1٪.

يصاحب عدوى النكاف خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل بالحدوث الكثير (25٪) لحالات الإجهاض الطبيعي، ولكن لا يوجد دليل قاطع أن النكاف أثناء الحمل يسبب تشوهات خلقية.

**تشخيص المختبر**:
يمكن تأكيد عدوى النكاف الحادة من خلال: اختبار مصلي إيجابي للأجسام المضادة للغلوبولين المناعي M الخاصة بالنكاف، من خلال انقلاب تفاعلية المصل او من خلال ارتفاع كبير في معيار الغلوبولين المناعي G لمصل النكاف (ما لا يقل عن 4 أضعاف) على النحو الذي تحدده المقايسة المصلية المعيارية، أو من خلال عزل فيروس النكاف من عينة سريرية مناسبة (مسحة الحلق، البول، السائل النخاعي). في إطار الدراسات البحثية، يمكن لطرق التنميط التمييز بين نوع فيروس النكاف البري من نوع فيروس اللقاح.

#### 3.6.2 عامل معدي

فيروس النكاف، وهو عضو في عائلة الفيروسات المخاطانية، جنس فيروس روبولا.

**3.6.3 حدوث المرض**

في المناخات المعتدلة، والشتاء والربيع هي مواسم الذروة.

النكاف في العراق[62].

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 18720 | 2780 | - | - | 15256 | 3243 | 1865 | 1612 | 1876 | 2265 | 1862 | 1944 |

**3.6.4 المستودع**

البشر.

**3.6.5 طريقة الانتقال**

الانتشار محمول جوا أو بالقطيرات؛ أيضا الاتصال المباشر مع لعاب شخص لديه العدوى.

**3.6.6 فترة الحضانة**

16-18 يوم (المدى: 14-25 يوم

**3.6.7 فترة السريان**

وقد تم عزل الفيروس من اللعاب (7 أيام قبل إلى 9 أيام بعد بداية ظهور التهاب الغدة النكفية) ومن البول (6 أيام قبل إلى 15 يوما بعد بداية ظهور التهاب الغدة النكفية). تحدث اقصى عدوى بين يومين من قبل ظهور المرض إلى 4 أيام بعد ظهور المرض. العدوى المستترة قد تصبح سارية.

**3.6.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

الحصانة بشكل عام مدى الحياة وتتطور إما بعد العدوى المستترة أو بعد العدوى السريرية.

في غياب التطعيم يصبح النكاف مستوطن، مع حدوث سنوي عادة يكون أكبر من 100 لكل 100,000 نسمة والقمم الوبائية تكون كل 2 إلى 5 سنوات. أجريت استقصاءات مصلية قبل تقديم لقاح النكاف وجدت أن في بعض البلدان 90٪ من الأشخاص كانت لديهم المناعة في سن 15 سنة، في حين ظلت نسبة كبيرة من السكان البالغين في بلدان أخرى عرضة للإصابة. في البلدان التي لم يتم تقديم لقاح النكاف بها، تظل حالات النكاف بها مرتفعة، معظمهم الحالات تؤثر في الأطفال من سن 5-9 سنوات. وبحلول نهاية عام 2002، أدرجت 121 بلد/أقليم لقاح النكاف في برنامج التحصين الوطني. في البلدان التي فيها تغطية لقاح النكاف مستديمة وعند مستويات مرتفعة انخفض معدل حدوث هذا المرض بشكل هائل.

**3.6.9 طرق المكافحة**

a3.6.9 **الإجراءات الوقائية**

*التحصين*: تثقيف الجمهور يجب أن يشجع على التطعيم ضد النكاف للأفراد المعرضين للإصابة. ويوصى التطعيم ضد النكاف في سن 12-18 شهرا، وذلك كجزء من لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الالمانية.

[62]http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencebycountry.cfm?C=IRQ

b3.6.9 **إجراءات المكافحة**

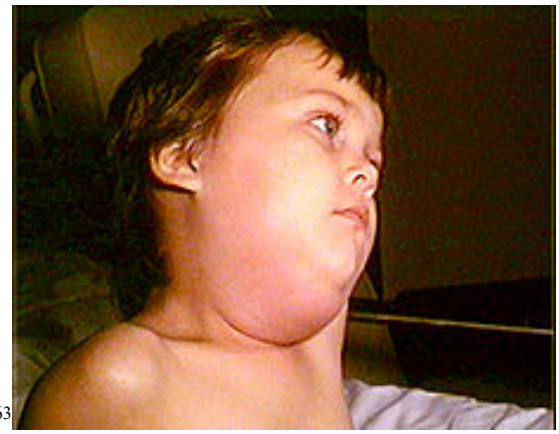
- إبلاغ السلطة الصحية المحلية.
- العزل: العزل التنفسي لمدة 9 أيام من بداية ظهور التهاب الغدة النكفية. الاستبعاد من المدرسة أو من مكان العمل حتى 9 أيام بعد ظهور التهاب الغدة النكفية إذا كان هناك مخالطين موجودين عرضة للإصابة (لم يتم تحصينهم).
- التطهير المتزامن: من المواد المتسخة بإفرازات الأنف والحلق.
- الحجر الصحي: استبعاد الأشخاص الذين تعرضوا للإصابة من المدرسة أو من مكان العمل من اليوم الثاني عشر وحتى اليوم الخامس والعشرين بعد التعرض إذا كان هناك أشخاص آخرين عرضة للإصابة.
- تحصين المخالطين: التطعيم بعد التعرض قد لا يمنع دائما من العدوى. الغلوبولين المناعي ليس فعال ولا يوصى به.
- التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: تحصين المخالطين العرضة للإصابة.

c3.6.9 **تدابير ضد الوباء**

تحصين الأشخاص العرضة للإصابة، وخاصة أولئك المعرضين لخطر التعرض. الفحص المصلي لتحديد الأشخاص العرضة للإصابة أمر غير عملي وغير ضروري، حيث أنه ليس هناك مخاطر من تحصين أولئك الذين هم بالفعل محصنين.

**3.6.10 إدارة المرض**

- لا يوجد علاج محدد لالتهاب الغدة النكفية. الفيروس عادة ما يتسبب بمرض خفيف في الأطفال، ولكن في البالغين يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات، مثل التهاب السحايا والتهاب الخصية. يمكن الوقاية من النكاف عن طريق التطعيم.


[63]

**الطفل لديه النكاف**

[63] مكتبة صور الصحة العامةلمراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها

## 3.7 داء البلهارسيا

### ICD-10 B65

#### 3.7.1 التعريف

في المناطق المتوطنة، البيلة الدموية المرئية **أو** شريط كاشف إيجابي للبيلة الدموية، **أو** بيض البلهارسيا الطفيلي الدموي في البول.

**تصنيف الحالة**

- *الحالة المحتملة*: أي بيلة دموية مرئية مرتبطة بآلام في البطن.
- *حالة يشتبه بها*: أي بيلة دموية انتهائية مع شريط كاشف للبيلة الدموية مصحوبة بآلام في البطن.
- *حالة مؤكدة*: الفحص المجهري يبين البيض *للبلهارسيا الطفيلية الدموية* في البول.

#### 3.7.2 عامل معدي

*البلهارسيا الطفيلية الدموية*

#### 3.7.3 حدوث المرض

وجدت *البلهارسيا الطفيلية الدموية* في أفريقيا والشرق الأوسط. في العراق تم العثور عليها في المناطق الوسطى والجنوبية. المجموعات المعرضة للخطر هم المزارعين والأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 5-19 سنة.

#### 3.7.4 المستودع

البشر هم المستودع الرئيسي.

#### 3.7.5 طريقة الانتقال

يتم اكتساب العدوى من المياه التي تحتوي على أشكال اليرقات السباحة الحرة (السركاريا) التي تطورت في القواقع. البيض يترك الجسم بشكل رئيسي من البول ويفقس في المياه واليرقات المحررة (الطفيلات) تخترق المضيف وهو حلزون المياه العذبة المناسب. وبعد عدة أسابيع، تخرج السركاريا من القواقع وتخترق جلد الإنسان، وعادة عندما يعمل الشخص في المياة أو يسبح أو يخوض فيها، فتدخل في مجرى الدم، وتنفذ إلى الأوعية الدموية بالرئتين، وتهاجر إلى الكبد، وتتطور إلى مرحلة النضج ثم تهاجر إلى أوردة تجويف البطن.
الأشكال البالغة تهاجر خلال التفاغرات إلى الضفيرة المثانية للمثانة البولية وتودع البيض في الوريدات وتهرب إلى تجويف المثانة البولية.

**3.7.6 فترة الحضانة**

المظاهر المجموعية الحادة (حمى الكاتاياما) قد تحدث في العدوى الأولية بعد 2-6 أسابيع من التعرض، التي تسبق مباشرة وخلال وضع البيض الأولي.

**3.7.7. فترة سريان المرض**

غير ساري من شخص إلى شخص، ولكن الأشخاص الذين لديهم داء البلهارسيا المزمن قد تنتشر العدوى عن طريق تفريغ البيض من خلال البول في المسطحات المائية لفترة طويلة كلما أفرزت البيض، والشائع عن العدوى أنها تستمر ما يزيد عن 10 أعوام. القواقع المصابة تخرج السركاريا طالما كانت على قيد الحياة، وهي الفترة التي قد تستمر من عدة أسابيع إلى حوالي 3 أشهر.

**3.7.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

قابلية المرض عالمية وأي تطور للمقاومة نتيجة العدوى تكون متغيرة وضعيفة التحديد.

**3.7.9 طرق المكافحة**

a3.7.9 **الإجراءات الوقائية**

a) تعليم السكان في المناطق المتوطنة بشأن طريقة انتقال المرض وطرق الحماية.
b) التخلص الآمن من البول بحيث أن البيض القابل للحياة لا يصل إلى المسطحات المائية الطازجة التي تحتوي على المضيف من الحلزون الوسيط.
c) تحسين الممارسات الزراعية وممارسات الري، والحد من مواطن الحلزون عن طريق إزالة الغطاء النباتي أو من خلال التجفيف والملأ.
d) علاج مواقع تكاثر الحلزون بمبيدات القواقع.
e) الوقاية من التعرض للماء الملوث (على سبيل المثال، استخدام الأحذية المطاطية). للحد من خرق السركاريا بعد التعرض السريع الغير مقصود للمياه، قم بتنشيف سطح البشرة التي تعرضت للمياة المشتبه بها ووضع 70٪ كحول فورا على الجلد لقتل السركاريا التي على السطح.
f) توفير مياه الشرب والاستحمام وغسل الملابس من مصادر خالية من السركاريا أو المياة المعالجة لقتلهم. وتشمل التدابير الفعالة لتعطيل السركاريا، معالجة المياه باليود أو الكلور، أو استخدام الفلاتر الورقية. والسماح للمياة أن تظل 48-72 ساعة قبل الاستخدام أمر فعال أيضا.

b3.7.9 **إجراءات المكافحة**

a) علاج المرضى في المناطق المستوطنة بالبرازيكوانتيل لمنع تطور المرض والحد من انتقال المرض من خلال تقليص مرور البيض.
b) وينبغي نصح المسافرين الذين يزورون المناطق المستطوطنة من المخاطر وإبلاغهم بالتدابير الوقائية.
c) إبلاغ السلطات الصحية المحلية ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها CDC بواسطة النماذج الإحصائية.

c3.7.9 **تدابير ضد الوباء**

a) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: الفحص جميع المصابين لمرض البلهارسيا وعلاجهم، وإعطاء اهتمام خاص للأطفال.
b) توفير المياه النظيفة، محذرا الأشخاص من الاتصال بالمياه التي من المحتمل احتوائها على السركاريا ومنع تلوث المياه.
c) علاج المناطق التي لديها كثافة عالية من الحلزون بمبيدات القواقع.

### 3.7.10 إدارة المرض[64]

- البرازيكوانتيل هو العلاج الوحيد المتاح ضد جميع أشكال البلهارسيا. فهو فعال وآمن ومنخفض التكلفة. على الرغم من إحتمالية حدوث إعادة للعدوى بعد العلاج، إلا أن خطر الإصابة بمرض شديد انخفض بل وينتهي عند بدء العلاج في مرحلة الطفولة.
- وتركز استراتيجية منظمة الصحة العالمية لمكافحة البلهارسيا على الحد من المرض من خلال العلاج المستهدف والدوري بالبرازيكوانتيل. وهذا ينطوي على العلاج العادي لجميع الأشخاص في المجموعات المعرضة للخطر. وينبغي استكمال العلاج مع التثقيف الصحي، فضلا عن الحصول على المياه المأمونة والمرافق الصحية الجيدة.
- الفئات المستهدفة للعلاج هي:
  - الأطفال في سن المدرسة في المناطق المستوطنة؛
  - يعتبر البالغين في المناطق المستوطنة عرضة للخطر، والأشخاص ذو المهن التي تنطوي على الاتصال بالمياه الملوثة - مثل الصيادين والمزارعين وعمال الري - والنساء اللاتي مهامهن المنزلية تجعلهن على اتصال بالمياه الملوثة؛
  - مجتمعات بأكملها تعيش في مناطق مستوطنة للغاية.
- يتم تحديد تكرار العلاج وفقاً لانتشار العدوى أو البيلة الدموية المرئية (في حالة البلهارسيا البولية التناسلية) في الأطفال في سن المدرسة. في المناطق التي ينتقل فيها المرض بشكل عالي، قد يتم تكرار العلاج كل عام لعدة سنوات.
- والهدف هو الحد من المرض: العلاج الدوري للسكان المعرضين للخطر سيشفي الأعراض الخفيفة ويمنع المصابين من التطور الحاد المزمن ذو المراحل المتقدمة للمرض.

[65]

**حويصلات الجلد التي على الساعد، التي سببها الإختراق**

[64] منظمة الصحة العالمية" .WHO بيان وقائع داء البلهارسيا ."يناير 2012.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs115/en/index.html

[65] **المصدر :مركز مكافحة الأمراض والوقاية منهاCDC**

## 3.8 داء الصفر

### ICD-10 B77

#### 3.8.1 التعريف

عدوى الديدان الإسطوانية

**تصنيف الحالة**

- *حالة يشتبه بها*: عدوى الديدان في الأمعاء الدقيقة يصحبها بشكل عام أعراض قليلة أو أعراض سريرية غير علنية.
- *الحالة المحتملة*: بعض المرضى الذين لديهم مظاهر رئوية بسبب هجرة اليرقات (خلال عودة العدوى بشكل أساسي) وتتميز بالأزيز عند التنفس والسعال، والحمى، وكثرة اليوزينيات والارتشاح الرئوي. كثرة الطفيليات قد تؤدي إلى تفاقم نقص التغذية، وإذا كانت مزمنة، قد تؤثر على العمل والأداء المدرسي. هناك مضاعفات خطيرة، وأحيانا تكون قاتلة، وتشمل انسداد الأمعاء من خلال بلعة الديدان، وخاصة في الأطفال، أو انسداد القناة الصفراوية، أو القناة البنكرياسية أو التذييل من دودة أو أكثر من الديدان البالغة. يزداد الإبلاغ عن التهاب بالبنكرياس.
- *حالة مؤكدة*: يتم التشخيص عن طريق العثور على البيض في البراز، أو الديدان البالغة تنتقل من فتحة الشرج أو الفم أو الأنف. قد يتم رؤية الديدان المعوية من خلال التقنيات الإشعاعية وتقنيات التخطيط التصواتي، وقد يتم تأكيد التورط الرئوي عن طريق تحديد يرقات الإسكارس في البلغم أو في غسيل المعدة .

#### 3.8.2 عامل معدي

*الصفر الخراطيني*

#### 3.8.3 حدوث المرض

شائع وبجميع أنحاء العالم، وبشكل أكبر في البلدان الاستوائية الرطبة حيث غالبا ما يتجاوز معدل الانتشار 50٪. انتشار وشدة الإصابة عادة ما تكون أعلى في الأطفال بين 3 و 8 سنوات.

#### 3.8.4 المستودع

البشر؛ بيض دودة الأمعاء الخيطية في التربة.

#### 3.8.5 طريقة الانتقال

تناول بيضاً معديا من التربة الملوثة ببراز الإنسان أو من المنتجات غير المطبوخة الملوثة من التربة التي تحتوي على البيض المعدي، ولكن ليس مباشرة من شخص إلى شخص أو من البراز الطازج.
وينتقل الفيروس أساسا في محيط البيت، حيث الأطفال، وفي غياب المرافق الصحية، وتلوث المنطقة بالبراز؛ الإصابات الكثيفة في الأطفال كثيرا ما تكون نتيجة تناول التربة (شهوة أكل المواد الغريبة). ويمكن نقل التربة الملوثة لمسافات طويلة على الأقدام أو بالأحذية في المنازل ووسائل النقل؛ وانتقال العدوى عن طريق الغبار ممكن أيضا.

البيض يصل إلى التربة من خلال البراز، ثم يخضع للتطور (التمضغ)؛ في درجات حرارة الصيف فإنها تصبح معدية بعد 2-3 أسابيع، وربما تبقى معدية لعدة أشهر أو سنوات في التربة الملائمة. يفقس البيض المضغي المهضوم في لمعة الأمعاء، وتخترق اليرقات جدار الأمعاء وتصل إلى الرئتين عن طريق الدورة الدموية. تنمو اليرقات وتتطور في الرئتين، وتمر بالحويصلات الهوائية بعد الإصابة بتسعة - عشرة أيام، وتصعد القصبة الهوائية ثم يتم ابتلاعها لتصل إلى الأمعاء الدقيقة بعد 14-20 يوما من الإصابة بالعدوى، حيث تنمو لمرحلة النضج، وتتزاوج وتبدأ وضع البيض بعد 45 - 60 يوما من الابتلاع الأولي للبيض المضغي. يتم تفريغ البيض الذي أفرزته الإناث الحامل في البراز.

**3.8.6 فترة الحضانة**

تتطلب دورة الحياة 4-8 أسابيع حتى تكتمل.

**3.8.7 فترة السريان**

طالما تعيش الديدان الإناث الناضجة الملقحة بالأمعاء. العمر الافتراضي المعتاد للديدان البالغة 12 شهرا؛ والحد الأقصى قد يصل إلى 24 شهرا. أنثى الدودة يمكن أن تنتج أكثر من 200,000 بيضة يوميا. في ظل الظروف المواتية، يمكن للبيض المضغي أن يظل قابل للحياة في التربة لسنوات.

**3.8.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

القابلية عامة.

**3.8.9 طرق المكافحة**

a3.8.9 **الإجراءات الوقائية**

1) تثقيف الجمهور في استخدام المراحيض.
2) توفير مرافق كافية للتخلص السليم من البراز ومنع تلوث التربة في المناطق المجاورة للمنازل، وخاصةً في مناطق لعب الأطفال.
3) في المناطق الريفية، بناء المراحيض التي تمنع نشر بيض دودة الأمعاء الخيطية من خلال طفح الصرف الصحي أو غير ذلك. التعامل مع براز الإنسان بالتدمين لاستخدامه لاحقا كسماد قد لا يقتل كل البيض.
4) تشجيع العادات الصحية المُرضية من جانب الأطفال، وبصفة خاصة، وتدريبهم على غسل اليدين قبل الأكل والتعامل مع الطعام.
5) في المناطق المستوطنة، يجب حماية المواد الغذائية من الأوساخ. لا ينبغي أن تؤكل المواد الغذائية التي تم إسقاطها على الأرض ما لم تغسل أو يعاد تسخينها.
6) توصي منظمة الصحة العالمية باستراتيجية تركز على الفئات المعرضة للخطر من أجل السيطرة على الاعتلال الناجم عن الديدان المنقولة بالتربة.

b3.8.9 **إجراءات المكافحة**

1) إبلاغ السلطة الصحية المحلية: إبلاغ رسمي وليس إبلاغ عادي مبرر.
2) العزل: غير قابل للتطبيق.
3) التطهير المتزامن: التخلص الصحي من البراز.
4) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
5) تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق.
6) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى:
7) علاج معين: جرعة أحادية من الميبيندازول عن طريق الفم (500 ملغ)، والألبيندازول (400 ملغ، ونصف الجرعة للأطفال 12-24 شهرا)، على الأسس النظرية، كلاً منهم ممنوع استخدامه أثناء الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل إلا إذا كانت هناك دواعي استعمال طبية معينة أو دواعي استعمال للصحة العامة. تم الإبلاغ عن الهجرة الغير المنتظمة لديدان الأمعاء الخيطية بعد العلاج بالميبيندازول، وهذا قد يحدث أيضا مع الأدوية الأخرى، أو بشكل عفوي في الإصابات الكثيفة. جرعة أحادية من البيرانتيل باموات (10 ملغ/كلغ) أو الليفاميزول (2.5 ملغ/كلغ) فعالة أيضا.

c3.8.9 **تدابير ضد الوباء**

الدراسة الاستقصائية عن الانتشار في المناطق المستوطنة للغاية، وتثقيف المجتمع عن صحة البيئة والنظافة الشخصية وتوفير مرافق للمعالجة. العلاج المجتمعي للفئات المعرضة للخطر، وخاصة الأطفال أو لجميع السكان.

**3.8.10 إدارة المرض[66]**

- الأشخاص المصابين (والحيوانات الأليفة) ينبغي أن يتم التعامل معهم بالدواء للحد من انتقال المرض. داء الصفر يمكن علاجه على نحو فعال بالميبيندازول أو بالبيرانتيل باموات.

[67]

***الصفر الخراطيني***

[66]منظمة الصحة العالمية" WHO. الأمراض المتعلقة بالمياه :داء الصفر ".
2001.http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/ascariasis/en/
[67]http://www.dpd.cdc.gov/dpdx/images/ParasiteImages/A-F/Ascariasis/Ascaris_female.jpg

## 3.9 داء الأنكلستومات (داء الديدان الشصية)

### ICD-10 B76

#### 3.9.1 التعريف

داء الديدان الشصية (داء الأنكلستومات، داء الشصيات، داء الدودة الفتاكة)

**تصنيف الحالة**

- *حالة يشتبه بها:* عدوى شائعة مزمنة طفيلية مع مجموعة متنوعة من الأعراض، وعادة بما يتناسب مع درجة فقر الدم.
- *الحالة المحتملة:* الإصابات الشديدة، تؤدي إلى فقر الدم الناقص الصباغ الصغير الكريات، فإن وهو السبب الرئيسي للإعاقة. الأطفال الذين يعانون من عدوى ثقيلة على المدى الطويل قد يصبح لديهم نقص بروتين الدم، وربما يحدث لهم تأخر في النمو العقلي والبدني. أحيانا، يتبع التعرض لليرقات المعدية لردود انعكاسية رئوية حادة شديدة و ردود انعكاسية معدية معوية .
- *الحالة المؤكدة:* العثور على بيض الدودة الشصية في البراز، وقد تكون اختبارات البراز المبكرة سلبية حتى تنضج الديدان. التمييز بين الأنواع يتطلب الفحص المجهري لليرقات المستزرعة من البراز، أو فحص الديدان البالغة المطرودة خلال الإسهال الذي يتبع الدواء الطارد للديدان. تقنيات اختبار تفاعل سلسلة البوليميرات PCR - وتعدد أشكال أطوال الشدف المقتطعة RFLP تسمح بالتمييز بين الأنواع.

#### 3.9.2 عامل معدي

الأنكلستوما الاثنا عشرية، الأنكلستوما السيلانية، الأنكلستوما البرازيلية، الأنكلستوما الكلبية والفتاكة الأمريكية.

#### 3.9.3 حدوث المرض

مستوطنة في البلدان الاستوائية وشبه الاستوائية حيث لا يمارس فيها التخلص الصحي من البراز البشري وظروف التربة والرطوبة ودرجة الحرارة هي البيئة الصالحة لتطور اليرقات المعدية. يحدث أيضا في المناخات المعتدلة في ظل ظروف بيئية مماثلة (مثل التي نحن بها). كلا من الفتاكة والأنكلستوما تحدث في أجزاء كثيرة من آسيا (وخاصة جنوب شرق آسيا) وجنوب المحيط الهادئ وشرق أفريقيا. الفتاكة الأمريكية هي النوع السائد في جميع أنحاء جنوب شرق آسيا، ومعظم أفريقيا الاستوائية وأمريكا؛ الأنكلستوما الاثنا عشرية سائدة في شمال أفريقيا، بما في ذلك وادي النيل، شمال الهند، الأجزاء الشمالية من شرق آسيا ومناطق الأنديز في أمريكا الجنوبية. الأنكلستوما السيلانية تحدث في جنوب شرق آسيا لكنها أقل شيوعا سواء من الفتاكة الأمريكية أو الأنكلستوما الاثنا عشرية. وقد وصفت الأنكلستوما الكلبية في أستراليا كسبب لمتلازمة التهاب الأمعاء اليوزيني.

#### 3.9.4 المستودع

البشر *للأنكلستوما الاثنا عشرية و الفتاكة الأمريكية*؛ القطط والكلاب *للأنكلستوما السيلانية والبرازيلية والكلبية*.

#### 3.9.5 طريقة الانتقال

يتم إيداع البيض الذي في البراز على الأرض ثم يفقس؛ في ظل الظروف المواتية من الرطوبة ودرجة الحرارة ونوع التربة، تنمو اليرقات إلى المرحلة الثالثة، ليصبح معديا في 7-10 أيام. تحدث العدوى البشرية عندما تقوم اليرقات المعدية باختراق الجلد، وعادة من القدم؛ و أثناء بذلك، تقوم بانتاج التهاب الجلد المميز (حكة أصابع القدم). يرقات الأنكلستوما الكلبية والأنكلستوما البرازيلية تموت داخل الجلد، بعد أن تنتج داء هجرة اليرقات الجلدي. عادة، يرقات الفتاكة، والأنكلستوما الاثنا عشرية، والأنكلستوما السيلانية والأنكلستوما الأخرى تدخل الجلد وتمر عبر الأوعية اللمفاوية ومجرى الدم إلى الرئتين، تدخل الحويصلات الهوائية، ثم تهاجر أعلى القصبة الهوائية إلى البلعوم، ويتم ابتلاعها والوصول إلى الأمعاء الدقيقة حيث تتعلق بجدار الأمعاء، وتتطوير لمرحلة النضج في 6-7 أسابيع (3-4 أسابيع في حالة الأنكلستوما السيلانية) وعادة ما تنتج آلاف البيض في اليوم. عدوى بالأنكلستوما يمكن أيضا الحصول عليها عن طريق تناول اليرقات المعدية، وقد تم الإبلاغ عن انتقال عمودي قد يكون عن طريق حليب الثدي.

**3.9.6 فترة الحضانة**

قد تتطور الأعراض بعد بضعة أسابيع إلى عدة أشهر، اعتمادا على شدة الإصابة وكمية الحديد التي تصل للمضيف. الارتشاح الرئوي، والسعال والتهاب الرغامى قد تحدث هذه الأعراض خلال مرحلة الهجرة للرئة من العدوى، وخاصةً في حالات العدوى الفتاكة. بعد دخول الجسم، قد تصبح الأنكلستوما الاثنا عشرية نائمة لمدة 8 أشهر، وبعد ذلك تستأنف التطور، مع عدوى البراز الذي يحتوي على البيض بعد شهر.

**3.9.7 فترة السريان**

لا تنتقل من شخص لآخر، ولكن الأشخاص المصابة يمكن أن تلوث التربة لعدة سنوات في غياب العلاج. في ظل الظروف المواتية، تظل اليرقات المعدية في التربة لعدة أسابيع.

**3.9.8 القابلية**

عالمية؛ لا يوجد دليل على أن الحصانة تتطور مع العدوى.

**3.9.9 طرق المكافحة**

a3.9.9 **الطرق الوقائية**

a) تثقيف الجمهور لأخطار تلوث التربة ببراز الإنسان أو القط أو الكلب، وبالتدابير الوقائية، بما في ذلك ارتداء أحذية في المناطق المستوطنة.
b) منع تلوث التربة عن طريق تركيب أنظمة التخلص الصحي من نفايات براز الإنسان، وخاصة المراحيض الصحية في المناطق الريفية. الأوساخ والنفايات السائلة ومياه الصرف الصحي تشكل خطرا، خاصة عندما تستخدم كسماد.
c) فحص وعلاج الأشخاص المهاجرين من المناطق المستوطنة إلى المناطق المستقبلة الغير مستوطنة.
d) توصي منظمة الصحة العالمية باستراتيجية تركز على الفئات المعرضة للخطر من أجل السيطرة على الاعتلال الناجم عن الديدان المنقولة بالتربة.

b3.9.9 **طرق المكافحة**

a) إبلاغ السلطة الصحية المحلية.
b) العزل: غير قابل للتطبيق.
c) التطهير المتزامن: التخلص الآمن من البراز لمنع تلوث التربة.
d) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
e) تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق.
f) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى.
g) العلاج المحدد: يوصى بجرعة واحدة من العلاج عن طريق الفم من الميبيندازول، ألبيندازول (نصف الجرعة للأطفال 12-24 شهرا)، الليفاميزول أو بيرانتيل باموات؛ الردود الانعكاسية السلبية نادرة. يشار إلى متابعة فحص البراز بعد أسبوعين، ويجب تكرار العلاج إذا استمر ظهور الدودة ثقيلة العبء. مكملات الحديد سوف تقوم بتصحيح فقر الدم، وينبغي أن تستخدم جنبا إلى جنب مع علاج طرد الديدان. قد يكون من الضروري نقل الدم لفقر الدم الشديد. كقاعدة عامة، لا ينبغي علاج النساء الحوامل في الثلث الأول من الحمل إلا إذا كانت هناك أسباب صحية أو طبية عامة محددة.

c3.9.9 **تدابير ضد الوباء**

الدراسة الاستقصائية لمدى الانتشار في المناطق المستوطنة للغاية: توفير العلاج الشامل الدوري. التثقيف الصحي عن صحة البيئة والنظافة الشخصية، وعمل مرافق للتخلص من الفضلات.

**3.9.10 إدارة المرض[68]**

- تشمل الجهود المبذولة لمكافحة الإصابة بديدان الشصية التخلص الصحي من البراز والحملات التثقيفية حول الاستخدام السليم للمراحيض. في هذا الوقت، الطريقة الأكثر فعالية من حيث التكلفة لمكافحة الإصابة بديدان الشصية من خلال المعالجة الشاملة للسكان إما بالألبيندازول أو بالميبيندازول.

[69]

***الفتاكة الأمريكية*والأنكلستوما الاثنا عشرية**

[68]منظمة الصحة العالمية" .WHO الأمراض الطفيلية :داء الديدان الشصية ".
http://www.who.int/vaccine_research/diseases/soa_parasitic/en/index2.html

[69]**مكتبة صورالصحة العامةلمركز مكافحة الأمراض والوقاية منهاCDC**

## 3.10 داء المسلكات

### ICD-10 B79

#### 3.10.1 التعريف

مرض الديدان السوطية

**تصنيف الحالة:**

- *حالة يشتبه بها*: عدوى الديدان الخيطية بالأمعاء الغليظة، عادة ما تكون عديمة الأعراض.
- *الحالة المحتملة*: قد تسبب الإصابات الشديدة بالبراز الدموي المخاطي والإسهال. تدلي المستقيم، وتعجز الأصابع، ونقص بروتين الدم، وفقر الدم وتأخر النمو قد يحدث لدى الأطفال المصابة بشدة.
- *حالة مؤكدة*:ظهور البيض بالبراز أو الملاحظة بمنظار القولون الديدان التي تعلق على جدار القولون السفلي في حالات العدوى الشديدة.

#### 3.10.2 عامل معدي

*المسلكة الشعرية الرأس*

#### 3.10.3 حدوث المرض

في جميع أنحاء العالم، وخاصة في المناطق الدافئة والرطبة.

#### 3.10.4 المستودع

البشر

#### 3.10.5 طريقة الانتقال

الانتقال غير مباشر، خاصةً من خلال شهوة أكل المواد الغريبة أو الابتلاع للخضروات الملوثة، ولا ينتقل انتقال فوري من شخص إلى شخص. البيض الذي يمر بالبراز يتطلب حدا أدنى من 10-14 يوما في التربة الرطبة الحارة ليصبح معديا. فقس اليرقات يلي ابتلاع البيض المعدي من التربة الملوثة، ويتعلق بالغشاء المخاطي للمصران الأعور والقولون الداني، ويتطور ليصبح ديدان ناضجة. يظهر البيض في البراز بعد 70-90 يوما من ابتلاع البيض المضغي؛ وقد تظهر الأعراض في وقت سابق من ذلك بكثير.

#### 3.10.6 فترة الحضانة

غير محددة

#### 3.10.7 فترة السريان

عدة سنوات للناقلات غير المعالجة.

**3.10.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

عالمي.

**3.10.9 طرق المكافحة**

a3.10.9 **الإجراءات الوقائية**

1) توعية جميع أفراد الأسرة، خاصة الأطفال، في استخدام المراحيض.
2) توفير مرافق كافية للتخلص من البراز.
3) تشجيع العادات الصحية المُرضية، وخصوصا غسل اليدين قبل تناول الطعام، وتجنب ابتلاع التربة عن طريق الغسل الكامل للخضروات وغيرها من الأطعمة الملوثة بالتربة.
4) توصي منظمة الصحة العالمية باستراتيجية تركز على الفئات المعرضة للخطر من أجل السيطرة على الاعتلال الناجم عن الديدان المنقولة بالتربة، بما في ذلك العلاج المجتمعي.

b3.10.9 **إجراءات المكافحة**

1) إبلاغ السلطة الصحية المحلية.
2) العزل: غير قابل للتطبيق.
3) التطهير المتزامن: التخلص الصحي من البراز.
4) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
5) تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق.
6) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: فحص البراز لجميع أعضاء الأسرة الذين لديهم أعراض، وخاصة الأطفال ورفقاء اللعب.
7) علاج معين: الميبيندازول هو الدواء المفضل. الأدوية البديلة هي الألبيندازول (نصف الجرعة للأطفال 12-24 شهرا)، والبيرانتال.

**3.10.10 إدارة المرض[70]**

- يؤخذ الميبيندازول عن طريق الفم لمدة 3 أيام وهو الشائع وصفه للمرضى عندما تسبب العدوى بحدوث أعراض. العلاجات البديلة هي الألبيندازول (نصف الجرعة للأطفال 12-24 شهرا)، والبيرانتال.

**بيض المسلكة الشعرية الرأس**

[70] " عدوى الديدان السوطية *A.D.A.M.* "*الموسوعة الطبية*. تم التحديث 15 :سبتمبر 2010.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0002340/

## 3.11 داء الأسطوانيات

**ICD-10 B78**

**3.11.1 التعريف**

**تصنيف الحالة:**

- *حالة يشتبه بها*: عدوى دودية عديمة الأعراض للاثني عشر وللمعى الصائم العلوي. تشمل المظاهر السريرية التهاب الجل العابر عندما تقوم يرقات الطفيل باختراق الجلد عند الإصابة الأولية؛
- *الحالة المحتملة*: السعال، وأحيانا التهاب رئوي وآلام واضحة في البطن (عادة ما يكون شرسوفي وشري واسهال؛ الغثيان، وفقدان الوزن والتقيؤ والضعف والإمساك.
- الحالة المؤكدة: التعرف على اليرقات في عينات البراز المركزة (متحركة في البراز الحديث)، في شفط الاثني عشر أو، أحيانا، في البلغم. قد يظهر البراز مراحل متطورة للطفيلي، الاختبارات المصلية التي على أساس مستضدات مرحلة اليرقات تكون إيجابية في 80٪ -85٪ من المرضى المصابين.

**3.11.2 عامل معدي**

*الأسطوانيات البرازية*

**3.11.3 حدوث المرض**

في جميع أنحاء المناطق المدارية والمعتدلة، وأكثر شيوعا في المناطق الحارة، والرطبة.

**3.11.4 المستودع**

البشر هم المستودع الرئيسي، مع انتقال عرضي من سلالات الكلاب والقطط إلى البشر.

**3.11.5 طريقة الانتقال**

اليرقات المعدية (خيطية الشكل) تنمو في البراز أو التربة الرطبة الملوثة بالبراز، وتخترق الجلد، وتدخل الدوران الوريدي ويتم نقلها إلى الرئتين. فهي تخترق جدران الشعيرات الدموية، وتدخل للحويصلات الهوائية، ثم تصعد القصبة الهوائية إلى لسان المزمار وتنحدر إلى الجهاز الهضمي لتصل إلى الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة، حيث يتم الانتهاء من تطوير الإناث البالغات. الدودة البالغة من الإناث، تعيش منطمرة بظهارة الغشاء المخاطي للأمعاء، وبخاصة الاثني عشر، حيث يتم إيداع البيض. تفقس هذه اليرقات وتتحرر اليرقات عصوية الشكل (غير معدية) والتي تهاجر إلى تجويف الأمعاء، وتخرج بالبراز وتتطور بعد وصولها الى التربة إما إلى عدوى اليرقات خيطية الشكل (والتي قد تصيب نفس المضيف أو تصيب مضيف جديد) أو تصيب البالغين من الذكور والإناث التي تعيش بحرية بالمكان. الإناث المخصبة التي تعيش بحرية تنتج البيض الذي يفقس ويتحرر منه اليرقات عصوية الشكل، والتي قد تصبح يرقات خيطية الشكل في غضون 24-36 ساعة. في بعض الأفراد، قد تتطور اليرقات عصوية الشكل إلى المرحلة المعدية قبل أن تغادر الجسم وتخترق الغشاء المخاطي في الأمعاء أو الجلد حول الشرج، حيث أن العدوى الذاتية الناتجة يمكن أن تسبب عدوى مستمرة لسنوات عديدة.

**3.11.6 فترة الحضانة**

من وقت اختراق الجلد بواسطة اليرقات الخيطية وحتى تظهر اليرقات عصوية الشكل في البراز يستغرق هذا من 2-4 أسابيع، والمدة التي يستغرقها المرض حتى تظهر الأعراض غير محددة ومتغيرة.

**3.11.7 فترة السريان**

طالما الديدان لا تزال تعيش في الأمعاء، فترة السريان تصل إلى 35 سنة في حالات العدوى الذاتية.

**3.11.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

عالمي.

**3.11.9 طرق المكافحة**

a3.11.9 **الإجراءات الوقائية**

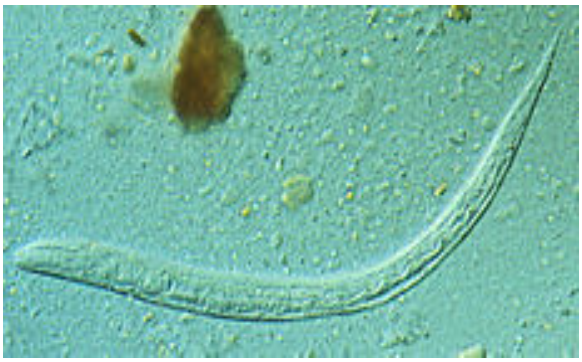
1) التخلص من البراز البشري بطريقة آمنة.
2) الانتباه إلى العادات الصحية.
3) فحص وعلاج الكلاب المصابة، والقطط والقرود التي على اتصال بالأشخاص.

b3.119 **إجراءات المكافحة**

1) إبلاغ السلطة الصحية المحلية.
2) العزل: غير قابل للتطبيق.
3) التطهير المتزامن: التخلص الآمن من البراز.
4) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
5) تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق.
6) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى:
7) علاج معين: بسبب احتمال حدوث العدوى الذاتية ونشرها، ويجب علاج جميع الإصابات، بغض النظر عن عبء الدودة.

### 3.11.10 إدارة المرض[71]

الآيفرمكتين وألبيندازول والثيابندازول هي أكثر الأدوية فعالية لعلاج العدوى. يعتبر الألبيندازول الأقل فعالية. الآيفرمكتين، هو الدواء المفضل، غير متوفر في جميع البلدان الموبوءة. وعلاوة على ذلك، والجدول الزمني الأمثل لم يتحدد بعد.



**يرقة من*الأسطوانيات البرازية*، والدودة التي تسبب داء الأسطوانيات**

[71]منظمة الصحة العالمية" WHO. أمراض المناطق المدارية المهملة :داء الأسطوانيات ".
http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/strongyloidiasis/en/

## 3.12 داء السرميات

### ICD-10 B80

#### 3.12.1 التعريف

مرض الدودة الدبوسية

**تصنيف الحالة:**

- *حالة يشتبه بها:* عدوى الديدان الطفيلية المعوية الشائعة التي غالبا ما تكون عديمة الأعراض. قد يكون هناك حكة حول الشرج، اضطراب في النوم، والتهيج وأحيانا العدوى الثانوية لخدش اللجلد .
- *الحالة المحتملة:* تشمل المظاهر السريرية الأخرى التهاب الفرج والمهبل، التهاب البوق، والورم الحبيبي بالحوض والكبد. ونادرا ما تم الإبلاغ عن التهاب الزائدة الدودية وسلس البول كظروف محتملة مصاحبة لها.
- *الحالة المؤكدة:* تنفيذ الشريط اللاصق الشفاف (مسحة الشريط أو اختبار مجداف الدودة الدبوسية) على المنطقة حول الشرج وفحص الشريط أو المجداف مجهريا للبحث عن البيض، ويتم الحصول على أفضل المواد في الصباح قبل الاستحمام أو قبل مرور البراز. وينبغي تكرار الفحص 3 مرات أو أكثر قبل قبول أي نتيجة سلبية. يتم العثور على البيض في بعض الأحيان من خلال اختبارات البراز والبول المجهرية. ويمكن العثور على الديدان الإناث في البراز أو في المنطقة حول الشرج أثناء اختبار المستقيم أو المهبل.

#### 3.12.2 عامل معدي

السرمية الدودية، ديدان خيطية المعوية.

#### 3.12.3 حدوث المرض

في جميع أنحاء العالم، مما يؤثر على جميع الطبقات الاجتماعية والاقتصادية، مع المعدلات العالية في بعض المناطق. وهو العدوى الدودية الأكثر شيوعا في البلدان الأخرى ذو المناخ المعتدل؛ ويرتفع الانتشار في الأطفال في سن المدرسة (في بعض المجموعات تصل إلى 50٪)، العدوى غالبا ما تحدث في أكثر من فرد من أفراد الأسرة.

#### 3.12.4 المستودع

البشر. الدودة الدبوسية في الحيوانات الأخرى لا تنتقل إلى البشر.

#### 3.12.5 طريقة الانتقال

نقل مباشر من البيض المعدي باليد من فتحة الشرج إلى الفم من الشخص نفسه أو لآخر، أو بشكل غير مباشر من خلال الملابس، والفراش، والأغذية أو غيرها من المواد الملوثة بالبيض الطفيلي. العدوى المنقولة بالغبار ممكنة في الأسر والمؤسسات الملوثة بشدة. يصبح البيض معدي في غضون ساعات قليلة بعد أن تودع في فتحة الشرج عن طريق هجرة الإناث الحوامل.

#### 3.12.6 فترة الحضانة

تتطلب دورات الحياة من 2-6 أسابيع. المرض المصحوب بالأعراض مع ارتفاع أعباء الدودة ينتج عن إعادة الإصابة المتتابعة التي تحدث في غضون أشهر بعد التعرض الأولي.

**3.12.7 فترة السريان**

طالما الإناث حامل تقوم بإفراغ البيض على الجلد حول الشرج. يظل البيض معديا في البيئة المغلقة لحوالي أسبوعين.

**3.12.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

عالمي. الاختلافات في التكرار وشدة العدوى ترجع أساسا إلى الاختلافات في التعرض.

**3.12.9 طرق المكافحة**

a3.12.9 **الإجراءات الوقائية**

1) تثقيف الجمهور في مجال النظافة الشخصية، وخاصةً الحاجة إلى غسل اليدين قبل تناول الطعام أو إعداد الطعام. إبقاء الأظافر قصيرة؛ يثبط من عض الاظافر وخدش منطقة الشرج.
2) إزالة مصادر العدوى من خلال علاج الحالات.
3) الاستحمام الصباحي اليومي، بالدش (أو الحمامات القائمة) مفضلة حمامات حوض الاستحمام.
4) تغيير الملابس الداخلية للتنظيف أو ملابس النوم وأغطية الفراش بشكل متكرر، ويفضل بعد الاستحمام.
5) تنظيف المنزل بالمكنسة يوميا لعدة أيام بعد علاج الحالات.
6) الحد من الاحتشاد في أماكن المعيشة.
7) توفير مراحيض كافية؛ الحفاظ على النظافة في هذه المرافق.

b3.12.9 **إجراءات المكافحة**

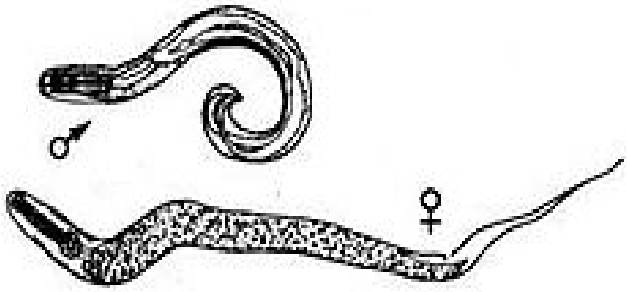
1) إبلاغ السلطة الصحية المحلية. إبلاغ رسمي وليس إبلاغ عادي مبرر.
2) العزل: غير قابل للتطبيق.
3) التطهير المتزامن: تغيير أغطية السرير والملابس الداخلية للشخص المصاب يوميا لعدة أيام بعد العلاج، لتجنب التبعثر الهوائي للبيض. استخدام ملابس النوم المغلقة. يتم قتل البيض على أغطية السرير المستبعدة من خلال تعريضه لدرجات حرارة تصل إلى 55 درجة مئوية (131 درجة فهرنهايت) لمدة بضع ثوان، إما غلي اغطية السرير أو استخدام الغسالة على الدورة "الساخنة". تنظيف واستخدام المكنسة الكهربائية في مناطق النوم والمعيشة يوميا ولعدة أيام بعد العلاج.
4) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
5) تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق
6) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: فحص جميع أعضاء الأسرة أو المؤسسة المتضررين.
7) علاج معين: البيرانتيل باموات، أو الميبيندازول أوالألبيندازول. يتم تكرار العلاج بعد أسبوعين؛ قد يكون من الأفضل العلاج المتزامن لجميع أفراد الأسرة إذا كان العديد من الاعضاء مصاب.

c3.12.9 **تدابير ضد الوباء**

يمكن السيطرة بشكل افضل للحالات المتعددة في المدارس والمؤسسات من خلال العلاج المنهجي لجميع الأفراد المصابين والمخالطين في المنزل.

### 3.12.10 إدارة المرض[72]

- العلاج الرئيسي هو جرعة واحدة إما من الميبيندازول أو من الألبيندازول، والذي يقتل الديدان الدبوسية (وليس البيض).
- أكثر من واحد من أفراد الأسرة عرضة للإصابة، لذلك يتم علاج الأسرة بأكملها في كثير من الأحيان. وغالبا ما يتم تتكرار جرعة واحدة من العلاج بعد أسبوعين. وهذا يعالج الديدان التي فقست منذ المعالجة الأولى.
- لمكافحة البيض:
  - تنظيف مقاعد المراحيض يوميا
  - إبقاء الأظافر قصيرة ونظيفة
  - غسل كل أغطية الفراش مرتين في الأسبوع
  - غسل اليدين قبل تناول الطعام وبعد استخدام المرحاض
- تجنب خدش المنطقة المصابة حول فتحة الشرج. يمكن أن يسبب هذا بالتلوث ونقل الوقود.
- الحفاظ على اليدين والأصابع بعيدا عن الأنف والفم إلا إذا كانت مغسولة حديثا. تنفيذ هذه التدابير أثناء علاج أفراد الأسرة من الديدان الدبوسية.




**الديدان الدبوسية** (*السرمية الدودية*)

[72] " الديدان الدبوسية *الموسوعة الطبية* ."*A.D.A.M.* تم التحديث 26 :يوليو 2010.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0002137/

## 3.13 داء الشراطيات (المحرشفة)

### ICD-10 B71.0

#### 3.13.1 التعريف

عدوى الديدان الشريطية القزمية.

**تصنيف الحالة**:

- *حالة يشتبه بها*: آلام في البطن وأعراض مبهمة أخرى مثل الشحوب، وفقدان الوزن والضعف.
- *الحالة المحتملة*: عدوى معوية بديدان شريطية صغيرة جدا؛ الإصابات الخفيفة عادة ما تكون بدون أعراض. الأعداد الهائلة من الديدان قد تسبب التهاب بالأمعاء مع أو بدون الإسهال
- *حالة مؤكدة*: التعرف المجهري للبيض في البراز يؤكد التشخيص.

#### 3.13.2 عامل معدي

*المحرشفة القزمة* (الشريطية القزمة)، والدودة الشريطية الخاصة فقط بالإنسان دون وجود عائل وسيط ضروري.

#### 3.13.3 حدوث المرض

عالمية، وأكثر شيوعا في الجو الحار من البارد، والجاف أكثر من الرطب. الشريطية القزمة هي الدودة الشريطية الأكثر شيوعا بالإنسان في الولايات المتحدة الأمريكية وأمريكا اللاتينية، وشائعة في أستراليا وبلدان البحر الأبيض المتوسط والشرق الأدنى والهند.

#### 3.13.4 المستودع

البشر، وربما الفئران.

#### 3.13.5 طريقة الانتقال

بيض *المحرشفة القزمة* معدي عندما يمر بالبراز. يتم اكتساب العدوى عن طريق ابتلاع البيض في الأغذية أو بالمياه الملوثة؛ مباشرة من الأصابع الملوثة بالبراز (تنتقل بالعدوى الذاتية أو من شخص إلى شخص)، أو ابتلاع الحشرات التي تحمل اليرقات التي تطورت من البيض وتناولتها الحشرة. بيض *المحرشفة القزمة*، بمجرد بلعها، تفقس في الأمعاء، وتحرير اليرقة الشريطية التي تدخل الزغابات المخاطية وتتطور إلى كيسانية مذنبة، وتقوم هذه بالتمزيق في التجويف وتنمو لتصبح ديدان شريطية بالغة. بعض بيض المحرشفة القزمة معدي على الفور عندما يتم إطلاقها من الأسلة في أمعاء الإنسان، لذلك العدوى التي تنتقل ذاتيا أو من شخص إلى شخص يمكن أن تحدث.

**3.13.6 فترة الحضانة**

ظهور الأعراض أمر متغير، ووضع الديدان الناضجة يتطلب حوالي أسبوعين.

**3.13.7 فترة السريان**

طالما يتم تمرير البيض في البراز. العدوى قد تستمر لسنوات.

**3.13.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

عالمية؛ العدوى تنتج مقاومة ضد إعادة الإصابة مرة أخرى. الأطفال أكثر عرضة من البالغين؛ تحدث عدوى مكثفة في الأطفال التي لديها نقص مناعي وسوء التغذية.

**3.13.9 طرق المكافحة**

a3.13.9 **الإجراءات الوقائية**

1) تثقيف الجمهور في مجال النظافة الشخصية والتخلص الآمن من البراز.
2) توفير والحفاظ على المراحيض نظيفة.
3) حماية الغذاء والماء من التلوث ببراز الإنسان والقوارض.
4) العلاج لإزالة مصادر العدوى.
5) القضاء على القوارض من بيئة المنزل.

b3.13.9 **إجراءات المكافحة**

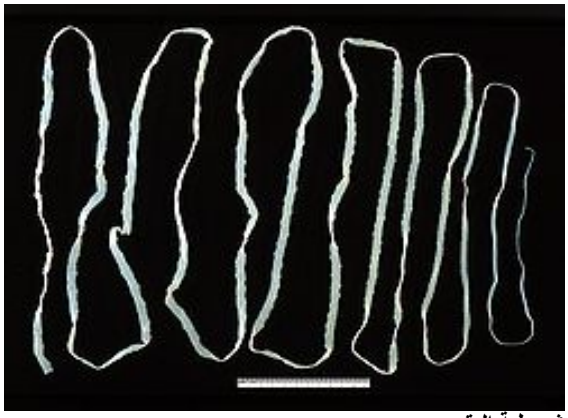
1) إبلاغ السلطة الصحية المحلية: إبلاغ رسمي وليس إبلاغ عادي مبرر، الفئة 5 (انظر الإبلاغات).
2) العزل: غير قابل للتطبيق.
3) التطهير المتزامن: التخلص الآمن من البراز.
4) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
5) تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق.
6) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: فحص البراز لأفراد الأسرة أو المؤسسة.

c3.13.9 **تدابير ضد الوباء**

يمكن السيطرة بشكل افضل على تفشي المرض في المدارس والمؤسسات من خلال معالجة الأفراد المصابين وإيلاء اهتمام خاص للنظافة الشخصية والجماعية.

**3.13.10 إدارة المرض**

العلاج المحدد: كلاً من البرازيكوانتيل أو النيكلوزاميد فعال. ويمكن اعتبار استخدام ألبيندازول عند تعايش الدواد المعوي.



**شريطية البقر**

## 3.14 داء الشريطيات (الشريطية العزلاء)

**ICD-10 B68.0: داء الشريطيات الخنزيري**
**ICD-10 B68.1: داء الشريطيات العزلاء**
**ICD-10 B69: داء الكيسات المذنبة**

### 3.14.1 التعريف

شريطية البقر ودودة الخنزير.

**تصنيف الحالة:**

- *حالة يشتبه بها*: المظاهر السريرية للعدوى للدودة البالغة، إذا كانت موجودة، هي متغيرة ويمكن أن تشمل العصبية، والأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن، وألم في البطن واضطرابات في الجهاز الهضمي.
- *الحالة المحتملة*: في حضور داء الكيسات المذنبة الجسدي، ونوبات صرعية الشكل، والصداع، وعلامات ارتفاع ضغط الدم داخل الجمجمة أو الاضطرابات النفسية تشير بقوة إلى تورط دماغي لداء الكيسات المذنبة العصبي.
- *حالة مؤكدة*: يتم تشخيص الإصابة بالديدان الشريطية البالغة بالتعرف على الأسلة (قطع من الدودة)، بيض مستضدات الدودة في البراز أو في المسحات الشرجية. ويستند التشخيص المحدد على شكل الروائس (الرأس) و/أو الأسلة الحبلي.

### 3.14.2 عامل معدي

*داء الشريطيات الخنزيري*، دودة الشريطية الخنزيرية، تتسبب في كلاً من العدوى المعوية للدودة البالغة والعدوى المعوية الاضافية باليرقات (الكيسة المذنبة). داء الشريطيات العزلاء، شريطية البقر، تسبب فقط العدوى المعوية بالدودة البالغة في البشر.

### 3.14.3 حدوث المرض

في جميع أنحاء العالم؛ تحدث بتكرار طالما لحوم البقر أو لحم الخنزير تؤكل غير مطبوخة أو مطبوخة بشكل غير كاف، والتي تنعدم فيها الشروط الصحية.

### 3.14.4 المستودع

البشر هو المضيف النهائي في كلا النوعين. الماشية هي العائل الوسيط لداء الشريطيات العزلاء والخنازير لداء الشريطيات الخنزيري.

### 3.14.5 طريقة الانتقال

البيض الخاص بداء الشريطيات العزلاء الذي يمر في البراز من شخص مصاب يكون معدي فقط للأبقار، في الجسد الذي تتطور فيه الطفيليات إلى الكيسة المذنبة البقرية، مرحلة اليرقات لداء الشريطيات العزلاء. في البشر، العدوى تتبع تناول لحوم البقر النيئة أو الغير مطبوخة جيدا والتي تحتوي على الكيسات المذنبة؛ والدودة البالغة تتطور في الأمعاء.

**3.14.6 فترة الحضانة**

قد تظهر أعراض داء الكيسات المذنبة من أسابيع إلى 10 سنوات أو أكثر بعد الإصابة. يظهر البيض في البراز بعد 8-12 أسبوع من العدوى بالدودة الشريطية البالغة لداء الشريطيات الخنزيري، وبعد 10-14 أسبوع من داء الشريطيات العزلاء.

**3.14.7 فترة السريان**

داء الشريطيات العزلاء لا ينتقل مباشرة من شخص لآخر، ولكن قد يفعل ذلك داء الشريطيات الخنزيري ينتشر البيض من كل الأنواع في البيئة طالما الدودة لاتزال في الأمعاء، وأحيانا تظل أكثر من 30 عاما، وقد يظل البيض قابل للحياة في البيئة لعدة أشهر.

**3.14.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

القابلية عامة. لا تظهر مقاومة واضحة تلي العدوى؛ ونادرا ما تم الإبلاغ عن وجود أكثر من دودة شريطية واحدة في الشخص.

**3.14.9 طرق المكافحة**

a3.14.9 **الإجراءات الوقائية**

1) تثقيف الجمهور لمنع التلوث برازي للتربة والماء والمواد الغذائية البشرية والحيوانية؛ ولتجنب استخدام مياه الصرف الصرف الصحي لري المراعي؛ ولطهي لحوم البقر ولحم الخنزير جيداً.
2) اتخاذ التدابير المناسبة لحماية المرضى من أنفسهم والمخالطين بهم أمر ضروري.
3) تجميد لحوم البقر عند درجة حرارة أقل من -5 درجة مئوية (23 درجة فهرنهايت) لأكثر من 4 أيام، يقتل الكيسات المذنبة بشكل فعال.
4) فحص جثث الأبقار والخنازير سيكشف فقط عن نسبة من الذبائح المصابة، وينبغي أن يتم استنكار هذه الذبائح، أو تشعيعها أو معالجتها لتصبح منتجات مطبوخة.
5) منع الخنازير من الوصول إلى المراحيض ومن براز الإنسان.

b3.14.9 **إجراءات المكافحة**

1) إبلاغ السلطة الصحية المحلية: الإبلاغ عنها بشكل انتقائي.
2) العزل: غير قابل للتطبيق. براز المرضى الذين يعانون من داء الشريطيات دون علاج بسبب داء الشريطيات الخنزيري قد تكون حالتهم معدية.
3) التطهير المتزامن: التخلص من البراز بطريقة صحية؛ التأكد من اتخاذ تدابير الصرف الصحي الصارمة، مع غسل اليدين بعد التغوط وقبل تناول الطعام، وخاصة بالنسبة للداء الشريطيات الخنزيري.
4) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
5) تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق.
6) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: تقييم المخالطين الذين يعانون من الأعراض.
7) علاج معين: البرازيكوانتيل فعال في علاج داء الشريطيات العزلاء والعدوى المعوية لداء الشريطيات الخنزيري. النيكلوزاميد، لم يعد متوفر على نطاق واسع، ويعتبر علاج بديل.

**3.14.10 إدارة المرض**

- يتم علاج الدودة الشريطية بالأدوية التي تؤخذ عن طريق الفم، وعادة في جرعة واحدة. البرازيكوانتيل هو الدواء المختار لعلاج الإصابة بالدودة الشريطية. ويمكن أيضا استخدام النيكلوزاميد. المرضى الذين يعانون من داء الكيسات المذنبة النشط بالجهاز العصبي المركزي قد يستفيدوا من العلاج بالبرازيكوانتيل أوالألبيندازول بالمستشفيات، وعادة ما يتم إعطاء دورة قصيرة من الكورتيكوستيرويد للسيطرة على الوذمة الدماغية بسبب موت الكيسات المذنبة. وحيث لم يتم الإشارة لاستخدام علاج السيستيسيدال (cysticidal)، يتم علاج الأعراض، مثل العلاج بالعقاقير المضادة للصرع، قد يجلب هذا الراحة. في بعض الحالات قد تكون هناك حاجة إلى التدخل الجراحي لتخفيف الأعراض.

## داء الأميبات

## ICD-10 A06

### 3.15.1 التعريف

**تصنيف الحالة:**

- *حالة يشتبه بها:* عدوى طفيلية وحيدة الخلية وتوجد في شكلين: الكيسة المعدية الشديدة والأتروفة محتملة الإمراض الأكثر هشاشة. الطفيلي قد يقوم بدور مطاعم أو غزو الأنسجة ويسبب مرض معوي أو معوي إضافية.
- *الحالة المحتملة:* معظم الإصابات لها أعراض والأمراض المعوية تختلف من زحار حاد أو خاطف مع الحمى، وقشعريرة وإسهال دموي أو مخاطي (الزحار الأميبي)، إلى ألم بالبطن معتدل مع إسهال يحتوي على دم أو مخاط.
- *حالة مؤكدة:* ظهور مجهري لأتروفة أو لكيسات في عينات البراز الطازجة أو المحفوظة بشكل مناسب.

### 3.15.2 عامل معدي

*المتحولة الحالة للنسج*

### 3.15.3 ظهور المرض

داء الأَميبات هو في الغالب مرض لصغار البالغين؛ يحدث به خراجات بالكبد في الغالب بالذكور. داء الأَميبات أمر نادر الحدوث دون سن 5 سنوات و خصوصا دون سن عامين، عندما يسبب الزحار عادة بالشيغيلات. معدلات انتشار مرور الكيسة، تستند عادة إلى شكل الكيسة، وتختلف من مكان إلى مكان، حيث المعدلات أعلى عموما في المناطق ذات الصرف الصحي السيء. في المناطق ذات الصرف الصحي الجيد،العدوى الأميبية تميل إلى التجمع في المنازل والمؤسسات.

### 3.15.4 المستودع

البشر

### 3.15.5 طريقة الانتقال

بشكل أساسي من خلال تناول الأغذية الملوثة بالبراز أو المياه التي تحتوي على الكيسات الأميبية، والتي تكون مقاومة للكلور نسبيا.
المرضى الذين يعانون من الزحار الأميبي الحاد ربما تشكل فقط خطر محدود للآخرين بسبب عدم وجود الكيسات في البراز الزحاري وهشاشة الأتروفة.

### 3.15.6 فترة الحضانة

من بضعة أيام إلى عدة أشهر أو سنوات؛ عادة 2-4 أسبوع.

**3.15.7 فترة السريان**

خلال الفترة يتم تمريرالمتحولة الحالة للنسج، والتي قد تستمر لسنوات.

**3.15.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

عام. ظهرت القابلية لعودة الإصابة ولكنها على ما يبدو تكون نادرة.

**3.15.9 طرق المكافحة**

a3.15.9 **الإجراءات الوقائية**

1) تثقيف الجمهور العام في النظافة الشخصية، ولا سيما في التخلص الصحي من البراز وغسل اليدين بعد التغوط وقبل إعداد أو تناول الطعام. نشر المعلومات بشأن المخاطر التي ينطوي عليها تناول الفواكه والخضروات الغير نظيفة أو الغير مطهية وشرب الماء المشكوك في نقائه.
2) التخلص من البراز البشري بطريقة صحية.
3) حماية إمدادات المياه العامة من التلوث البرازي.
4) معالجة الناقلات المعروفة؛ التأكيد على ضرورة غسل اليدين الجيد بعد التغوط لتجنب الإصابة مرة أخرى من المصابين المقيمين بالمنزل.
5) ينبغي على المؤسسات الصحة الإشراف على الممارسات الصحية للأشخاص الذين يعملون على تحضير وتقديم الطعام في أماكن تناول الطعام العامة والنظافة العامة للمباني المعنية. الفحص الروتيني للمتعاملين مع الغذاء كإجراء للسيطرة، أمر غير عملي.
6) غمس الفواكه والخضروات في المطهرات لم يثبت فعاليته في منع انتقال المتحولة الحالة للنسج. قد يساعد الغسل الكامل بالمياه الصالحة للشرب وحفظ الفواكه والخضروات جافة كإجراء وقائي، يتم قتل الكيسات بالتجفيف، من خلال درجات حرارة فوق 50 درجة مئوية (122 درجة فهرنهايت)، والتشعيع.
7) لا ينصح باستخدام العوامل الوقائية الكيماوية.

b3.15.9 **إجراءات المكافحة**

1) إبلاغ السلطة الصحية المحلية: في المناطق الموبوءة التي تم اختيارها.
2) العزل: لمرضى المستشفى، الاحتياطات المعوية في التعامل مع البراز، والملابس الملوثة وأغطية السرير. استبعاد الأفراد المصابين بالمتحولة الحالة للنسج من التعامل مع الأغذية ومن الرعاية المباشرة لمرضى المستشفيات والمؤسسات. الافراج للعودة إلى العمل للأشخاص ذو المهن الحساسة عند اكتمال العلاج الكيميائي.
3) التطهير المتزامن: التخلص الصحي من البراز.
4) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
5) تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق.
6) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: ينبغي لأعضاء الأسرة والمخالطين الآخرين المشتبه بهم الفحص المجهري الكافي للبراز.

c3.15.9 **تدابير ضد الوباء**

أي مجموعة من الحالات المحتملة تتطلب التأكيد المختبري الفوري لاستبعاد التعرف الإيجابي الكاذب للمتحولة الحالة للنسج أو العوامل المسببة الأخرى والتحقيق الوبائي لتحديد مصدر العدوى وطريقة انتقال العدوى. إذا تم الإشارة إلى سواغ شائع، مثل الماء أو الطعام، ينبغي اتخاذ التدابير المناسبة لتصحيح الوضع.

d3.15.9 **آثار الكوارث**

يعتبر تعطيل المرافق الصحية الطبيعية والإدارة السيئة للأغذية بيئة صالحة لتفشي داء الأميبات، خصوصا في المجتمعات التي تشمل أعداد كبيرة من نافلي الكيسات.

**3.15.10 إدارة المرض**

العلاج المحدد: ينبغي علاج الزحار الأميبي الحاد بالميترونيدازول. في حالات داء الأميبات المعوي الإضافي أو داء الأميبات المعوي المقاوم للحرارة، ينبغي أن يتبع الميترونيدازول دواء اليودوكينول، والباروموميسين أو الديلوكسانايد فيوريت. التينيادازول والأورنيدازول مفيد أيضا كعلاج ذو جرعة واحدة ضد المرض اللمعي والنسجي. وإذا استمر خراج الكب بالمريض ليصبح حموي بعد 72 ساعة من العلاج بالميترونيدازول، قد يتم الإشارة إلى الشفط الغير جراحي. يضاف الكلوروكين في بعض الأحيان إلى الميترونيدازول أو الديهايدروميتين لعلاج خراج الكبد المقاوم للحرارة. قد تتطلب الخراجات إلى شفط جراحي إذا كان هناك خطر من التمزق أو إذا استمر الخراج في زيادة الحجم على الرغم من العلاج. قد يتم معالجة الناقلات عديمة الأعراض باليودوكينول، أو بالباروموميسينمع أو بالديلوكسانايد فيوريت. لا ينصح باستخدام الميترونيدازول خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

## 3.16 داء الجيارديات

### ICD-10 A07.1

#### 3.16.1 التعريف

**تصنيف الحالة:**

- *حالة يشتبه بها*:عدوى الأوالي أساسا تكون بالأمعاء الدقيقة العليا، قد تكون عديمة الأعراض، أو أن تسبب إسهال حاد محدود ذاتياً، أو تؤدي إلى أعراض معوية مثل الإسهال المزمن.
- *الحالة المحتملة*:إسهال دهني، وتشنجات بالبطن، والانتفاخ، وكثرة البراز الدهني المرتخي الشاحب، والتعب، وسوء امتصاص (الدهون والفيتامينات التي تذوب في الدهون) وفقدان الوزن. عادة لا يكون هناك أي غزو بالأمعاء الاضافية، ولكن التهاب مفاصل تفاعلي ، جيارديا شديدة، قد يحدث تلف بالاثني عشر وبالخلايا المخاطية الصائمية.
- الحالة المؤكدة: تحديد الكيسات أو الأتروفات بالبراز (لاستبعاد التشخيص تحتاج إلى ما لا يقل عن 3 نتائج سلبية). لأن عدوى الجيارديات عادة تكون عديمة الأعراض، وجود الجيارديا اللمبلية (بالبراز أو بالاثني عشر) لا يشير بالضرورة أن الجيارديات هي سبب المرض. استخدام اختبارات مقايسة الممتز المناعي المرتبط بالإنزيم ELISA أو أساليب الأجسام المضادة المتألقة المباشرةً للكشف عن المستضدات بالبراز، بشكل عام تكون أكثر حساسية من الفحص المجهري المباشر، وتكون متاحة تجاريا. عندما تكون نتائج فحص البراز وفحوصات المستضد موضع تساؤل، قد يكون من المفيد فحص الأتروفات في سوائل الاثني عشر (اختبار الشفط أو الخيط) أو الغشاء المخاطي الذي يتم الحصول عليه من خلال خزعة صغيرة بالأمعاء.

#### 3.16.2 عامل معدي

الجيارديات اللمبلية (الجيارديات المعوية، الجيارديات الإثنا عشرية)، الأوالي السوطي.

#### 3.16.3 ظهور المرض

في جميع أنحاء العالم. يصيب الأطفال بشكل متكرر أكثر من البالغين. الانتشار أعلى في المناطق التي تفتقر إلى المرافق الصحية والمؤسسات مع عدم تدريب الأطفال على استخدام المرحاض، بما في ذلك مراكز الرعاية النهارية. انتشار إيجابية البراز في المناطق المختلفة قد يتراوح بين 1٪ و 30٪.

#### 3.16.4 المستودع

البشر؛ ربما القندس والحيوانات البرية والداجنة الأخرى.

#### 3.16.5 طريقة الانتقال

ينتقل الفيروس من شخص إلى شخص عن طريق الانتقال الكيسات من اليد الى الفم من براز شخص مصاب، خاصة في المؤسسات ومراكز الرعاية النهارية، وهذا هو على الارجح الوضع الرئيسي للانتشار. الاتصال الجنسي من فتحة الشرج أيضاً يسهل الانتقال.

**3.16.6 فترة الحضانة**

عادة من 3-25 يوم أو أطول، والمتوسط من 7-10 أيام.

**3.16.7 فترة السريان**

طوال فترة الاصابة، وغالبا تكون أشهر.

**3.16.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

معدل الناقل عديم الأعراض مرتفع؛ والعدوى كثيرا ما نكون محدودة ذاتياً. إمراضية الجياردية اللمبلية للبشر تم إنشاؤها من قبل الدراسات السريرية. الأشخاص المصابين بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية قد يكون لديه الجيارديات بصورة أكثر خطورة ولفترة طويل الأمد.

**3.16.9 طرق المكافحة**

a3.16.9 **الإجراءات الوقائية**

1) توعية الأسر والعاملين ونزلاء المؤسسات، وخاصة الموظفين البالغين لمراكز الرعاية النهارية، في النظافة الشخصية والحاجة إلى غسل اليدين قبل التعامل مع الطعام، وقبل تناول الطعام وبعد استخدام المرحاض.
2) تصفية إمدادات المياه العامة التي تتعرض لتلوث برازي من الإنسان أو من الحيوان.
3) حماية إمدادات المياه العامة من التلوث ببراز الإنسان والحيوان.
4) التخلص من البراز بطريقة صحية.
5) غلي إمدادات المياه في حالات الطوارئ. العلاج الكيميائي بالهيبوكلوريت أو اليود لا يمكن الإعتماد عليه، واستخدام 0.1 إلى 0.2 مل (2 إلى 4 قطرات) من المبيض المنزلي أو 0.5 مل من صبغة اليود 2٪ للتر الواحد لمدة 20 دقيقة (فترة أطول إذا كان الماء باردا أو معكراً).

b3.16.9 **إجراءات المكافحة**

1) إبلاغ السلطة الصحية المحلية: الإبلاغ عن الحالة في المناطق المختارة.
2) العزل: الاحتياطات المعوية.
3) التطهير المتزامن من البراز ومن المواد المتسخة هناك، معاً. في المجتمعات التي بها نظام التخلص من مياه الصرف الصحي الحديث والملائم، يمكن التخلص من البراز مباشرة في المجاري دون التطهير الأولي. التنظيف النهائي.
4) الحجر الصحي: غير قابل للتطبيق.
5) تحصين المخالطين: غير قابل للتطبيق.
6) التحقيق مع المخالطين ومصدر العدوى: الفحص المجهري لبراز أفراد الأسرة والمخالطون المشتبة بهم، خاصةً إذا كان لديهم أعراض.

c3.16.9 **تدابير ضد الوباء**

إنشاء تحقيق وبائي للحالات المتجمعة في منطقة أو في مؤسسة لتحديد مصدر العدوى وطريقة انتقال العدوى. يجب البحث عن سواغ شائع، مثل الماء والغذاء أو الاشتراك في مركز الرعاية النهارية أو منطقة ترفيهية؛ وإنشاء وتطبيق التدابير الوقائية أو تدابير المكافحة. مكافحة الانتقال من شخص إلى شخص يتطلب التركيز بشكل خاص على النظافة الشخصية والتخلص الصحي من البراز.

**3.16.10 إدارة المرض**

العلاج المحدد: 5-النيتروإيميدازول: جرعة واحدة يومية 2 غرام ميترونيدازول (الأطفال 15 ملغ/كلغ) لمدة 3 أيام، أو تينيدازول 2 غرام في جرعة واحدة (الأطفال 50-75 ملغ/كلغ) هذه هي العقاقير المفضلة. الفيورازولدون متاح في مستعلق الأطفال، للأطفال الصغار والرضع (2 ملغ / كغ ثلاث مرات يوميا لمدة 7-10 يوما). الباروموميسين يمكن استخدامه أثناء الحمل، ولكن عندما يكون المرض معتدل، وينصح بتأخير العلاج لبعد الولادة. قد تحدث مقاومة للأدوية وانتكاسات مع أي نوع من العقاقير.

## 3.17 التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة (ALRI)

### ICD-10 A49

#### 3.17.1 التعريف

**الالتهاب الرئوي**

*الأعراض*: السعال أو صعوبة في التنفس؛

*العلامات*: 50 نفس أو أكثر في الدقيقة الواحدة للرضع من عمر شهرين إلى سنة، أو 40 نفس أو أكثر في الدقيقة الواحدة للأطفال في سن عام وحتى 5 سنوات، ولا يحدث عند التنفس دخول للصدر، وعلامات الخطر العامة، وجود صوت عال عند الاستنشاق كأنه يلهث في وقت هدوء الطفل أو سوء التغذية الحاد.

**الالتهاب الرئوي الحاد**

*الأعراض*: السعال أو صعوبة في التنفس و

*العلامات*: دخول الصدر بشكل غير طبيعي أثناء التنفس ووجود صوت عال عند الاستنشاق كأنه يلهث في وقت هدوء الطفل أو سوء التغذية الحاد.

**مرض شديد جدا**

*الأعراض*: السعال أو صعوبة في التنفس؛

*العلامات*: العلامات الخطرة العامة: غير قادر على الشرب أو الرضاعة الطبيعية؛ التشنجات؛ النعاس بشكل غير طبيعي أو صعوبة الاستيقاظ، وجود صوت عال عند الاستنشاق كأنه يلهث عندما يكون الطفل هادىء أو سوء التغذية الحاد.

***الرضع أقل من شهرين من العمر***:يتم تصنيف الحالات إما "التهاب رئوي حاد" أو "مرض شديد جدا"، حيث أن المرض قد يتطور بشكل سريع في هذه الفئة العمرية، وقد يكون من الصعب التفريق بين "الالتهاب الرئوي" وبين الحالات الشديدة الأخرى والذي تطلب إدارة المريض بالمستشفى.

#### 3.17.2 عامل معدي

البكتيريا: من المرجح أن يكون الأكثر شيوعا هو الالتهاب الرئوي العقدي والجرثومة المستدمية النزلية (والعنقودية الذهبية ولكن إلى حد أقل شيوعاً).

#### 3.17.3 ظهور المرض

انخفاض درجات الحرارة، وخاصة في الشمال، قد يزيد من الخطر النسبي للاكتساب الأطفال الالتهاب الرئوي.

#### 3.17.4 المستودع

البشر هم فقط المستودع المعروف.

**3.17.5 طريقة الانتقال**

محمول جوا: الرذاذ التنفسي.

**3.17.6 فترة الحضانة**

تعتمد على العامل المعدي. عادة من 2-5 أيام.

**3.17.7 فترة السريان**

تعتمد على العامل المعدي. عادة خلال مرحلة الأعراض.

**3.17.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

يمكن أن يحدث الالتهاب الرئوي في أي شخص. ويحدث ذلك مع ازدياد التواتر في الأفراد الذين يعانون من نقص في الجهاز المناعي مثل سوء التغذية، والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، ومع مرض السكري، وأمراض الرئة التي تقوم عليها، وأمراض السرطان، والعلاج بالأدوية المثبطة للمناعة. الرضع والأطفال الصغار عرضة بشكل كبير جدا، وكذلك كبار السن.

**3.17.9 طرق المكافحة**

a3.17.9 **الإجراءات الوقائية**

1) التحصين ضد الحصبة والدفتيريا، والسعال الديكي فعال في الحد من تأثير التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة.
2) التثقيف الصحي بعلامات الخطر المبكرة للبحث عن الرعاية.
3) التغذية الكافية، بما في ذلك الرضاعة الحصرية الطبيعية لتجنب سوء التغذية.

b3.17.9 **إجراءات المكافحة**

- الأولوية للاعتراف المبكر والعلاج المناسب للحالات
- المضاد الحيوي من الخط الأول لحالات الأطفال دون سن الخامسة المصنفة على أنها التهاب رئوي هو الأموكسيسيلين؛ المضادات الحيوية من الخط الثاني هي الكوتريموكسازول، والأمبيسلين والدواء الذي يستخدم بشكل أقل، هو البروكائين البنسلين. المبادئ التوجيهية للتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة التي هي قيد التطوير تقترح استخدام السيفالكسين والاريثروميسين كمضادات حيوية من الخط الأول والثاني، على التوالي، للأطفال الرضع الصغار، والسيفوتاكسيم العضلي كمضاد حيوي قبل الإحالة للحالات الشديدة دون سن الخامسة التي لا تستطيع أن تأخذ مضاد حيوي فموي (البنزيل بنسلين العضلي والجنتاميسين هي خيارات للرضع الأقل من عمر شهرين).
- الإجراءات الداعمة مثل مواصلة التغذية لتجنب سوء التغذية، وخافضات الحرارة للحد من ارتفاع درجة الحرارة والحماية من البرد (وخاصة الحفاظ على الرضع الصغار في جو دافيء) هي جزء من الإدارة.
- يتم إعطاء المشورة المناسبة لمقدمي الرعاية للحالات الغير شديدة عن الرعاية المنزلية، بما في ذلك الامتثال لتعليمات العلاج بالمضادات الحيوية.
- يتم تقييم علامات سوء التغذية لأن هذا يزيد من خطر الموت بسبب الالتهاب الرئوي. ويتم إحالة الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد إلى المستشفى.

**3.17.10 إدارة المرض[73]**

الالتهاب الرئوي يمكن معالجته بالمضادات الحيوية. عادة ما يتم الوصف العلاجي لهؤلاء في المركز الصحي أو بالمستشفى، ولكن يمكن أن تدار الغالبية العظمى من حالات الالتهاب الرئوي في مرحلة الطفولة بشكل فعال بالمنزل. ينصح بالذهاب إلى المستشفى حالات الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين شهرين وأقل، وأيضا في الحالات الشديدة جدا.

[73]منظمة الصحة العالمية" .WHO بيان وقائع الالتهاب الرئوي ."أكتوبر .2011
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/index.html

## 3.18 داء المقوسات

### ICD-10 B58

#### 3.18.1 التعريف

مرض طفيلي ناجم عن المقوسة الغوندية الأوالية.الطفيلي يصيب بشكل شائع أكثر الحيوانات من ذوات الدم الحار، بما في ذلك البشر، ولكن المضيف الأساسي هي الأسرة الهرية (القط). تصاب الحيوانات عن طريق تناول اللحوم المصابة، أو عن طريق انتقال الفيروس من الأم إلى الجنين. على الرغم من أن كثيرا ما يلقى اللوم على القطط لنشر داء المقوسات، إلا أن الاتصال باللحوم النيئة هي المصدرالأكثر أهمية للإصابات البشرية في كثير من البلدان.

**المظاهر السريرية**:

- 80٪ من الحالات عديمة الأعراض.
- المريض الذي لدية أعراض يكون لديه تضخم بالعقد الليمفاوية، وخصوصا حول الرقبة، وآلام في العضلات وحمى متقطعة والشعور بالضيق.
- تكرار الإجهاض في النساء الحوامل.
- في أوائل فترة الحمل قد يحدث تلف في الدماغ، والكبد والطحال والعيون.
- في أواخر فترة الحمل قد يؤدي إلى الإصابة الثابتة بالعين مدى الحياة.
- داء المقوسات المكتسب بعد الولادة يؤدي عادة إلى عدم ظهور أعراض أو إلى مرض خفيف.

**التشخيص**: خزعة، الاختبار المصلي (IFAT، ELASA)

#### 3.18.2 عامل معدي

المقوسة الغوندية الأوالية

#### 3.18.3 ظهور المرض

تحليل الوضع في العراق لداء المقوسات من عام 2000 - 2009
تم الإبلاغ عن المرض في جميع محافظات العراق، ويؤثر بشكل أساسي بالإناث. الإبلاغ عن عدد حالات مرتفع كان في أربيل (373)، والبصرة (102)، وبغداد الرصافة (55)، وديالى (35) في عام 009.

| العام | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حالات | 1337 | 1695 | 1066 | 718 | 610 | 643 | 551 | 660 | 421 | 692 |

#### 3.18.4 المستودع

المضيف الرئيسي هو القطط؛ ويشمل العائل الوسيط الأغنام والماعز.

**3.18.5 طريقة الانتقال**

- معظم البالغين يصابوا بداء المقوسات عن طريق تناول اللحوم النيئة أو الغير مطبوخة جيدا المصابة بكيسة الأنسجة.
- قد تصاب الأطفال جراء ابتلاع البويضات التي في حفر التراب أو الرمل بعد تلوثها بالبراز من القطط، وخاصة الهريرة أو الحيوانات الأخرى.
- نقل الدم وزرع الأعضاء.
- قد يحدث انتقال مشيمي عندما تكون المرأة مصابة بالعدوى الأولية خلال فترة الحمل.

**3.18.6 فترة الحضانة**

5-23 يوم

**3.18.7 فترة السريان**

لا ينتقل داء المقوسات من شخص إلى شخص، إلا في حالات الانتقال من الأم إلى الطفل (خلقي) أونقل الدم أو زرع الأعضاء. يمكن للهريرة والقطط تكييس الملايين من البويضات في فضلاتها لفترة تصل إلى 3 أسابيع من العدوى. البويضات المتكيسة تصبح معدية من 1-5 أيام لاحقاً ويمكن أن تبقى معدية في التربة الرطبة أو المياه لأكثر من سنة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للبيض أن يظل معدي في لحوم الحيوان المصاب حتى ينضج جيدا.

**3.18.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

عام. يمكن للمرأة الحامل عديمة الأعراض نقل العدوى إلى طفلها الذي لم يولد بعد.
العدوى غالبا ما تكون أعلى في مناطق العالم التي لديها مناخات حارة ورطبة وذات الارتفاعات الأقل.

**3.18.9 طرق المكافحة**
زيادة التثقيف الصحي للنساء الحوامل وتقديم المشورة لهن:

- طهي اللحوم جيدا وتجنب اللحوم الغير مطبوخة.
- ارتداء القفازات أثناء العمل بالحديقة وغسل اليدين جيدا بعد العمل وقبل تناول الطعام.
- السيطرة على القطط الضالة.

**3.18.10 إدارة المرض[74]**

- هؤلاء الذين ليس لديهم أعراض عادة لا يحتاجون إلى علاج.
- أدوية علاج هذا المرض تشمل الأدوية المضادة للملاريا والمضادات الحيوية. مرضى الإيدز يجب أن يستمروا بالعلاج طالما نظام المناعة لديهم ضعيف لمنع إعادة تنشيط المرض.

[74] " داء المقوسات ".الموسوعة الطبية .A.D.A.M تم التحديث 6 :ديسمبر 2011.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001661/

## 3.19 التيفود والحمى الباراتيفودية

**ICD-10 A01.0: الحمى التيفية**
**ICD-10 A01.1-A01.4: الحمى الباراتيفودية**

### 3.19.1 التعريف

مرض بكتيري مجموعي مع بداية تظهر حمى مستمرة، صداع شديد، والشعور بالضيق، وفقدان الشهية، بطء القلب النسبي، والسعال الغير منتج في مرحلة مبكرة من المرض، ظهور البقع على الجذع والإمساك بشكل متكرر أكثر من الإسهال في البالغين. يمكن أن يحدث نزف أو انثقاب بالأمعاء في 1٪ من الحالات. معدل وفاة الحالات 10٪ -20٪ دون العلاج بالمضادات الحيوية و 1٪ مع استخدام المضادات الحيوية. قد يحدث انتكاس في 15٪ -20٪ من المرضى، ولكن بشكل أكثر اعتدالا.

تظهر الحمى الباراتيفودية بصورة سريرية مماثلة، ولكن تميل إلى أن تكون أكثر اعتدالا، ومعدل وفاة للحالات أقل من ذلك بكثير.

**تصنيف الحالة**:

- *حالة يشتبه بها*: أي حالة لديها الميزات التالية: الحمى المستدامة، دون التعرق تصل إلى 38 درجة مئوية أو أكثر، لمدة 3 أيام أو أكثر، وعدم الراحة في البطن (ألم في البطن، وإسهال أو إمساك). مع 2 أو أكثر من الأعراض التالية: سعال جاف غير منتج، بطء القلب النسبي، وفقدان الشهية، صداع شديد.
- *حالة مؤكدة*: الحالة المشتبه بها أو المحتملة مع اكتشاف السالمونيلا التيفية أو السالمونيلا الباراتيفودية من خلال مستنبت إيجابي للدم، أو البراز، أوالبول أو نخاع العظم (التحقيق المختبري: مستنبت للدم في مرحلة مبكرة من المرض؛ البراز والبول بعد الأسبوع الأول، أومستنبت لنخاع العظم والذي يوفر تأكيد باكتريولوجي أفضل (الشفاء 90٪ -95٪) حتى في المرضى الذين تلقوا مضادات الميكروبات بالفعل. بسبب الحساسيه والنوعية المحدودة، الاختبارات المصلية (اختبار فيدال) بشكل عام يكون ذات قيمة تشخيصية قليلة.)
- الناقل: أي شخص يفرغ عصيات في البراز أو البول لأكثر من سنة بعد العدوى.

### 3.19.2 عامل معدي

- للحمى التيفية: *السالمونيلا التيفية*
- للحمى الباراتيفودية: *السالمونيلا الباراتيفودية* A

### 3.19.3 ظهور المرض

في جميع أنحاء العالم، معظمهم مستوطن في العديد من البلدان النامية، ولا سيما في الشرق الأوسط.
يحدث على مدار السنة مع زيادة موسمية في أشهر الصيف.

### 3.19.4 المستودع

البشر ونادراً الحيوانات المحلية للحمى الباراتيفودية.

**3.19.5 طريقة الانتقال**

ابتلاع الطعام والمياه الملوثة بالبراز والبول من المرضى والناقلات.

**3.19.6 فترة الحضانة**

تعتمد على حجم اللقيحة والعوامل المضيفة؛ من 3 أيام إلى أكثر من 60 يوم (تتراوح بين 8-14 يوما). للحمى الباراتيفودية من 1-10 أيام.

**3.19.7 فترة السريان**

طالما العصيات تظهر بالبراز، من الأسبوع الأول وطوال فترة النقاهة (1-2 أسبوع للحمى الباراتيفودية).

**3.19.8 الاستعداد المناعي والمقاومة**

عام وتزداد في الأفراد التي لديها فقد حمض المعدة اللاهيدروكلورية وربما في أولئك الذين يحملون فيروس نقص المناعة البشرية. حصانة محددة نسبية تتبع الشفاء من المرض السريري، ومن العدوى المستترة وبعد التحصين النشط. في المناطق الموبوءة، الحمى التيفية أكثر شيوعاً في الأطفال قبل سن المدرسة والأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 5-19 سنة.

**3.19.9 طرق المكافحة**

a3.19.9 **الإجراءات الوقائية**

1) تثقيف المجتمع حول أهمية غسل اليدين.
2) التخلص من البراز البشري بطريقة صحية.
3) حماية وتنقية ومعالجة إمدادات المياه العامة بالكلور.
4) مكافحة الذباب عن طريق الحجب، والرش بالمبيدات الحشرية، ومكافحة تكاثر الذباب عن طريق الجمع والتخلص من القمامة بشكل متكرر.
5) تنظيف تجهيزات الطعام وتداول الأغذية.
6) بسترة أو غلي كل منتجات الحليب والألبان.
7) النظافة الشخصية الجيدة للمريض، وللناقه وللناقلين.
8) تشجيع الرضاعة الطبيعية طوال مرحلة الرضاعة؛ غلي الحليب وكل المياه المستخدمة لتغذية الرضع.
9) الفحص الدوري لمتداولي الأغذية واستبعاد الناقل المزمن عن العمل حتى يتم الحصول على ثلاث مرات متتالية لنتيجة سلبية لمستنبتات البراز (والبول في المناطق الموبوءة بمرض البلهارسيا) تفصل كل نتيجة على الأقل شهر واحد (في الحالات الحادة يفصل كل نتيجة 24 ساعة ).
10) التحصين للمجموعات عالية المخاطر.

b3.19.9 **إجراءات المكافحة**

1) ينبغي الإبلاغ عن الحالات المشتبه فيها لجميع مرافق الرعاية الصحية وإلى المستويات الأعلى.
2) ينبغي التحقيق مع الحالات المؤكدة باستخدام نموذج التحقيق للحالة، الاحتياطات المعوية للحالات الحادة ويجب أن تكون تحت إشراف حتى نحصل على 3 مستنبتات سلبية متتالية للبراز (والبول في المرضى الذين يعانون من مرض البلهارسيا) تفصلها 24 ساعة على الأقل، ولا يقل عن 48 ساعة بعد أي مضادات للميكروبات، وليس قبل شهر 1 بعد بداية ظهور المرض. إذا كان أي من هذه الاختبارت إيجابي، كرر المستنبتات في فترات شهرية خلال 12 شهرا بعد الظهور حتى يتم الحصول على 3 مستنبتات متتالية سلبية على الأقل.
3) البحث عن الحالات التي لم يتم الإبلاغ عنها، الناقلات أو عن الأغذية الملوثة أو المياه أو الحليب أو المحار.
4) المخالطين بالمنزل أو المقربون لا يجب تكليفهم بمهام حساسة (مثل التعامل مع الطعام) حتى يتم الحصول على نتيجتين سلبيتين متتاليتين لإختبارات البراز والبول، تفصل هذه الاختبارات 24 ساعة على الأقل.

c3.19.9 **تدابير ضد الوباء**

البحث عن مصدر العدوى (حالة أو ناقل) وعن السواغ (الماء أو الغذاء) الذي تم من خلاله انتقال العدوى.القضاء على الأغذية الملوثة المشتبه بها. وينبغي معالجة إمدادات المياه بالكلور. التطعيم قبل أو أثناء تفشي المرض يعطي فعالية وقائية تصل إلى 72٪.

d3.19.9 **آثار الكوارث**

إصلاح إمدادات مياه الشرب المأمونة ومرافق التخلص من الفضلات. التحصين الانتقائي للجماعات الدائمة مثل أطفال المدارس، والسجناء، والعاملين في البلدية أو في المستشفى قد يكون مفيداً.

e3.19.9 **تدابير دولية**

لا يشترط التحصين للدخول إلى أي بلد. ينصح التطعيم للمسافرين الدوليين إلى المناطق الموبوءة، وبخاصة إذا ما تعرضوا للأغذية والمياة الغير مأمونة، أو المخالطة المقربة للسكان الأصليين بالمناطق الريفية.

**3.19.10 إدارة المرض**[75]

ينبغي أن يتم معالجة الحالات المشتبه بها من التيفود بالمضادات الحيوية التجريبية واسعة الطيف على الفور. العلاج لا ينبغي أن يتأخر لحين انتظار نتائج الاختبارات التأكيدية حيث أن العلاج السريع يقلل بشكل كبير من خطر حدوث مضاعفات ومن خطر الوفاة الناجمة عنها. ينبغي تضييق العلاج بالمضادات الحيوية بمجرد توفر المزيد من المعلومات.

المرضى التي تخضع للمرض الغير مصحوب بمضاعفات يمكن علاجها في العيادات الخارجية. ويجب أن ينصح باستخدام التقنيات الصارمة في غسل اليدين وتجنب إعداد الطعام للآخرين أثناء المرض. مرضى المستشفى يجب أن يتم وضعهم في عزلة من الاتصال بالآخرين أثناء المرحلة الحادة للعدوى. يجب التخلص من البراز والبول بأمان.

[75] برش، جون" .علاج وإدارة الحمى التيفية .*Medscape* ".تم التحديث 21 :سبتمبر 2011.http://emedicine.medscape.com/article/231135-treatment

## ملحق 1: الأمراض السارية المبلغ عنها في عام 2011 مقارنة بعام 2010

### الامراض الانتقالية المسجلة عام 2011 بالمقارنة مع 2010

| | المرض | 2011 | 2010 |
|---|---|---|---|
| 1 | الخناق | 4 | 2 |
| 2 | السعال الديكي | 2012 | 2195 |
| 3 | اشتباه حصبة | 1017 | 1121 |
| 4 | اشتباه الحصبة الالمانية | 20 | 37 |
| 5 | النكاف | 1930 | 1864 |
| 6 | حدري الماء | 73800 | 42647 |
| 7 | الكوليرا | 0 | 2 |
| 8 | التيفوئيد | 33865 | 49139 |
| 9 | حبة بغداد | 2046 | 3113 |
| 10 | الحمى السوداء | 1207 | 1843 |
| 11 | داء المقوسات | 1096 | 873 |
| 12 | الاكياس المائية | 1451 | 1286 |
| 13 | حمى مالطا | 6951 | 7399 |
| 14 | داء الكلب | 8 | 25 |
| 15 | التهاب االسحايا السحائي | 15 | 46 |
| 16 | التهاب السحيا الفيروسي | 411 | 336 |
| 17 | التهاب السحايا الجرثومي | 769 | 858 |
| 18 | الملاريا | 11 مستوردة | 6 |
| 19 | البلهارزيا | 0 | 5 |
| 20 | الزحار الباسيلي | 1468 | 1568 |
| 21 | الحمى النزفية | 6 | 11 |
| 22 | الكزاز | 30 | 14 |
| 23 | الكزاز الولادي | 10 | 13 |
| 24 | الشلل الرخو الحاد | 523 | 481 |
| 25 | ذات الرئة | 122743 | 94631 |
| 26 | التهاب الكبد الفيروسي أي | 4609 | 5077 |
| 27 | التهاب الكبد الفيروسي بي | 3299 | 3076 |
| 28 | التهاب الكبد الفيروسي سي | 1171 | 1172 |
| 29 | التهاب الكبد الفيروسي أي | 403 | 228 |
| 30 | التهاب الكبد الفيروسي السريري | 15229 | 19018 |

## ملحق 2: مجموعة أدوات الناقلات الهامة والأمراض التي تحملها النواقل في العراق

جمهورية العراق
وزارة الصحة
دائرة الصحة العامة
مركز السيطرة على الامراض الانتقالية
شعبة الحشرات الطبية والقوارض

### دليل استرشادي لاهم النواقل المرضية والامراض التي تنقلها

| ت | اسم الناقل | اهم الامراض التي يقوم بنقلها |
|---|---|---|
| ١ | بعوض الانوفلس | الملاريا بانواعها الثلاث ( الحميدة , الخبيثة والخفيفة ) |
| ٢ | بعوض الكيولكس | حمى غرب النيل<br>حمى الوادي المتصدع<br>السحايا الدماغية<br>الفلاريا الليمفاوية ( داء الفيل ) |
| ٣ | بعوض الايدس | حمى الضنك<br>الحمى الصفراء |
| ٤ | ذباب الرمل | حمى الثلاثة ايام<br>( حمى البيتاسي )<br>امراض الليشمانيات<br>( حبة بغداد والكلا-ازار ) |
| ٥ | الذباب المنزلي | التايفوئيد والباراتايفوئيد<br>الدايزنتري<br>مسببات الكوليرا<br>مسببات التسمم الغذائي<br>امراض العين ( الرمد الصديدي )<br>الحمى الفحمية او الجمرة الخبيثة<br>بيوض بعض الديدان مثل الاسكارس والدودة الوحيدة<br>بعض الرشحيات مثل رشح شلل الاطفال ورشح الجدري |
| ٦ | الذبابة الحلزونية | التدويد / يرقاتها تهاجم الجروح والقروح والدمامل |
| ٧ | الذبابة السوداء | ديدان الفيلاريا / عمى الانهار |

| ت | اسم الناقل | اهم الامراض التي يقوم بنقلها |
|---|---|---|
| 8 | الصراصر | تنقل الصراصر مسببات بعض الامراض نقلا ميكانيكيا مثل مرض الكوليرا والتايفوئيد وغيرهما .<br>تعتبر الصراصر العائل المتوسط لبعض الديدان الشريطية التي تصيب الانسان |
| ٩ | القمل | حمى التايفوس الوبائي<br>الحمى الراجعة<br>فقر الدم |
| ١٠ | البراغيث | الطاعون وحمى التايفوس الموريني وبعض الديدان الشريطية |
| ١١ | بق الفراش | يسبب دمامل وخراج في مواقع اللدغ |
| ١٢ | القراد | الحمى النزفية |
| ١٣ | الحلم | الجرب الجاف والجرب الرطب |
| ١٤ | القواقع | البلهارزيا |
| ١٥ | الطيور | ينقل العديد من مسببات الامراض الفيروسية والبكتيرية والطفيليات وبعض انواع الحلم<br>ينقل بعض الامراض مثل / انفلونزا الطيور / ذات الرئة / التقرح الجلدي الرئوي /الحمى الببغائية /مرض هواة تربية الحمام |
| ١٦ | القوارض | التهاب الدماغ المسبب عن الحمات المنقولة بالمفصليات<br>الحمى النزفية المنقولة من القوارض<br>التهاب السحايا المشيمية الليمفاوي<br>التهاب الفم الحويصلي<br>التسمم الغذائي البكتيري<br>ليبتوسبايروزز<br>الحمى الراجعة المتوطنة<br>الطاعون<br>حمى عضة الجرذ<br>داء القربيات<br>داء الليشمانيات<br>داء المقوسات |

جمهورية العراق
وزارة الصحة
دائرة الصحة العامة
مركز السيطرة على الامراض الانتقالية
شعبة الحشرات الطبية والقوارض

## دليل استرشادي للمبيدات المستخدمة في مجال الصحة العامة

| ت | اسم المبيد بالعربي | اسم المبيد بالانكليزي | المجموعةالتي يعود اليها المبيد | التخصص الدقيق في قتل الافة | اسلوب المكافحة |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | كي اوثرين | K-Othrin WP | Pyrethroid | البعوض وذباب الرمل | الرش ذات الاثر المتبقي |
| 2 | كي اوثرين | K-Othrin WG | Pyrethroid | البعوض وذباب الرمل | الرش ذات الاثر المتبقي |
| 3 | كي اوثرين | K-Othrin EC | Pyrethroid | البعوض وذباب الرمل | الرش الفضائي الحار |
| 4 | اكوارزلين | Equa-Rezeline | Pyrethroid | البعوض وذباب الرمل | الرش الفضائي البارد |
| 5 | سولفاك | Solfac EC | Pyrethroid | البعوض وذباب الرمل | الرش الفضائي الحار |
| 6 | التوسيد | Altosid | IGR | الاطوار الاولية للبعوض | رش التجمعات المائية الصالحة لتوالد البعوض |
| 7 | اكتلك | Actellic | OP | نواقل الامراض الطائرة والزاحفة | الرش على الاسطح الداخلية والخارجية |
| 8 | ايكون | Icon | SP | البعوض وذباب الرمل | الرش ذات الاثر المتبقي |
| 9 | الفاكرون | Alfacron | OP | حشرات الذبابيات | رش اماكن راحة وقوف الذبابيات |
| 10 | تيميفوس / ابت | Temephos /Abate | OP | الاطوار الاولية للبعوض | رش التجمعات المائية الصالحة لتوالد البعوض |
| 11 | بايلوسايد | Baylucide | Niclosamide | القواقع | رش التجمعات المائية الصالحة لوجود القواقع |

| ت | اسم المبيد بالعربي | اسم المبيد بالانكليزي | المجموعةالتي يعود اليها المبيد | التخصص الدقيق في قتل الافة | اسلوب المكافحة |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | جم ريز | Chem – Rez | SP | نواقل الامراض الطائرة والزاحفة | الرش والتضبيب وحسب نوع الناقل المستهدف |
| 13 | راكيومين | Racumin | Coumatetralyl | القوارض | تعفير جحور القوارض او وضع نقاط على مسارات سيرها |
| 14 | الفاسايبرمثرين | Alfa-Cypermethrin | Pyrethroid | نواقل الامراض الطائرة والزاحفة | الرش ذات الاثر المتبقي |
| 15 | سولفاك | Solfac | SP | نواقل الامراض الطائرة والزاحفة | الرش ذات الاثر المتبقي |
| 16 | سافروتين | Safrotin | OP | نواقل الامراض الطائرة والزاحفة | الرش ذات الاثر المتبقي |
| 17 | فيكام | Ficam | Bendiocarb | البعوض وذباب الرمل | الرش ذات الاثر المتبقي |
| 18 | فوسفيد الزنك | Zinc phosphide | Zn | القوارض | لايفضل استخدامه في برامج وزارة الصحة لعدم توفر الجرعة المضادة في حالة حدوث حالات تسمم به |
| 19 | فريدرم | Freederm | SP | القمل | غسل شعر الراس المصاب بالتقمل |
| 20 | كليرات | Klerat | Brodifacoum | القوارض | نقاط سمية في مسارات واعشاش واماكن اختباء القوارض |
| 21 | لوريكسان | Lorexane | CH | القمل | غسل شعر الراس المصاب بالتقمل |
| 22 | ماكس فورس | Maxforce | Hydramethylnon | الصراصر | نقاط سمية في اماكن اختباء الصراصر |
| 23 | نيبوريكس | Neporex | IGR | الاطوار الاولية للذباب المنزلي | رش اماكن توالد الذبابيات |
| 24 | اجتا | AGITA | Thiamethoxam | الاطوار البالغة للذباب | رش اماكن راحة وقوف الذبابيات |
| 25 | ستورم | Storm | Flocoumafen | القوارض | نقاط سمية في مسارات واعشاش واماكن اختباء القوارض |

**ملحق 4: تعليمات تصنيف الأمراض السارية**

تعليمات رقم 1 لسنة 2007

استنادا إلى أحكام المادة 45 من قانون الصحة العامة رقم 89 لسنة 1981درنا التعليمات الاتية

المرقمة 1 لسنة 2007

تعليمات تحديد الأمراض الانتقالية

**المادة الأولى:**

تحدد الأمراض الانتقالية في المجموعات التالية

**اولا-المجموعة الأولى**

الكوليرا

الشلل الرخو الحاد وشلل الأطفال

متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)

الحمى النزفية

الملاريا الخبيثة

الخناق

الحصبة

التسمم الوشيقي

الكزاز الولادي

التهاب السحايا السحائي

الطاعون

الحمى الصفراء

الحمى الراجعة

الجمرة الخبيثة الرئوية

التيفوس

الحصبة الألمانية

**ب- المجموعة الثانية**

داء الكلب

السعال الديكي

اللشمانيا الجلدية (حبة بغداد)

اللشمانيا الحشوية (الحمى السوداء)

التهاب الكبد الفيروسي نمط ب

الزحار الباسيلي

**ج- المجموعة الثالثة**

التهاب الكبد الفيروسي (بقية الانواع)

حمى مالطا

جدري الماء

البلهارزيا

داء المقوسات

الأكياس المائية

التهاب السحايا الفيروسي
التهاب السحايا الجرثومي
النكاف
التدرن الرئوي
التدرن خارج الرئة
الامراض المنقولة جنسيا
الجرب
الجذام
الملاريا الحميدة
ذات الرئة
عضة الحيوانات
التيفوئيد
الجمرة الخبيثة الجلدية
الانفلونزا

**المادة الثانية**

أولا- على ذوي المهن الطبية والصحية العاملين في الموسسات الرسمية الإخبار فورا وبأي وسيلة اتصال متاحة وخلال(24) أربع وعشرين ساعة بالجهة الصحية الاعلى من اكتشافه أي مرض من أمراض المجموعة الأولى المنصوص عليها في البند (أولا) من المادة (1) من هذه التعليمات.

ثانيا- على ذوي المهن الطبية والصحية العاملين في القطاع الخاص الاخبار فورا وبأي وسيلة اتصال متاحة وخلال (24) أربع وعشرين ساعة باقرب موسسة صحية رسمية من اكتشافه اي من الأمراض الانتقالية المنصوص عليها في المادة (1) من هذه التعليمات.

ثالثا- على كل شخص علم بوجود أي مرض من أمراض المجموعة (الثانية) الاخبار عنها خلال (7) سبعة ايام وخلال (30) ثلاثون يوما عن أمراض المجموعة الثالثة المنصوص عليها في البندين (ثانيا و (ثالثا) من المادة (1) من هذه التعليمات.

رابعا- عند تفشي في أحد الأمراض المنصوص عليها في البندين (ثانيا و (ثالثا) من المادة (1) من هذه التعليمات أو ظهور حالات مرضية غير معروفة أو غير مسجلة فيلزم أخبار الجهة الصحية المنصوص عليها في البند( أولا) من هذه المادة.

**المادة الثالثة**

يعاقب المخالف لأحكام المادة (2) من هذه التعليمات وفقا للمادة (96) من قانون الصحة العامة رقم 89 لسنة 1981

**المادة الرابعة**

تلغى تعليمات تحديد الامراض الانتقالية رقم 3 لسنة 1997

**المادة الخامسة**

تنفذ هذه التعليمات من تاريخ نشرها في الجريدة الرسمية

**د.رافع حياد العيساوي**
**وزير الصحة وكالة**

**الوقائع العراقية- العدد** 4041 2007/6/17

## المراجع


1. Ministry of Health, Victoria, Australia. Available from:http://ideas.health.vic.gov.au/.
2. Washington - Reporting and surveillance guidelines. Available from: http://www.doh.wa.gov/ andhttp://www.cdc.gov/osels/ph_surveillance/.
3. Control of communicable diseases. Atlanta, GA. Available from:http://www.unboundmedicine.com/.
4. CDC Baghdad, Iraq. Guideline of communicable disease control. 1999 May.
5. منظمة الصحة العالمية WHO. Annual report 2010. 2010.
6. http://malaria.wellcome.ac.uk/doc_WTX062608.html
7. CDC, Bghdad, Iraq. Annual plan of national malarial control program. 2010.
8. Heymann, DL. Control of communicable diseases manual. 18th ed. an official report of the American Public Health Association.2004.
9. Antaki NK, Kebbewar. Hepatitis A seroprevalnce in Syria. SCLA. 2006, July; 4 (2).
10. Karim M, Lahham H. Prevalence of viral hepatitis B and C in Syria. Syrian Epidemiological Bull.2008; 2:3.
11. Durusun M, Ertem M, Yilmaz S. et al. Prevalence of Hepatitis B infection in the southeastern region of Turkey: Comparison of risk factors for HBV infection in rural and urban areas. JPN. J. Infect.Dis. 2005; 58:15-19.
12. Poustchi H, Sepanlou SG, Esmaili S, Mehrabi N. Ansaymoghdam A. Hepatocellular carcinoma in the world and the Middle East. Middle East J of Digestive Diseases. 2010 Jan. Vol 2.1.
13. Alfaleh F, Alshehri S, Alansari S. et al. Changing patterns of Hepatitis A prevalence within the Saudi population over the last 18 years. World J Gasteroenterol. 2008; 14(48):3771-7375.
14. Sultanate of Oman, Ministry of Health. Viral Hepatitis A: Epidemiology and control in Oman. [ed.] Ali Jaffar Mohammed. Community health and disease surveillance newsletter. Directorate General of Health Affairs, Ministry of Health. Oman, 2009 Feb: 18, 2.
15. Alvain SM. Iraq: A hot zone for HIV infection? Hepatitis monthly. 2005; 5(3): 53-65.
16. Madani, TA. Hepatitis C virus infection reported over 11 years of surveillance in Saudi Arabia. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2008.
17. Kamal SM, Mahmoud S, Hafez T, El-fouly R. Viral hepatitis A to E in South Mediterranean countries. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2010; 2 (1).
18. Abu Sharar Z, Rajah J, Parsons H. Childhood seroprevalnce of Hepatitis A in the United Arab Emirates. Trop Doct. 2008; 38:65.

19. Turky AM, Akram W, Al-naaimi AS, Omer AJ, Rasheed Al-Rawi J. Analysis of Acute Viral Hepatitis (A and E) in Iraq. Global Journal of Health Science. 3.

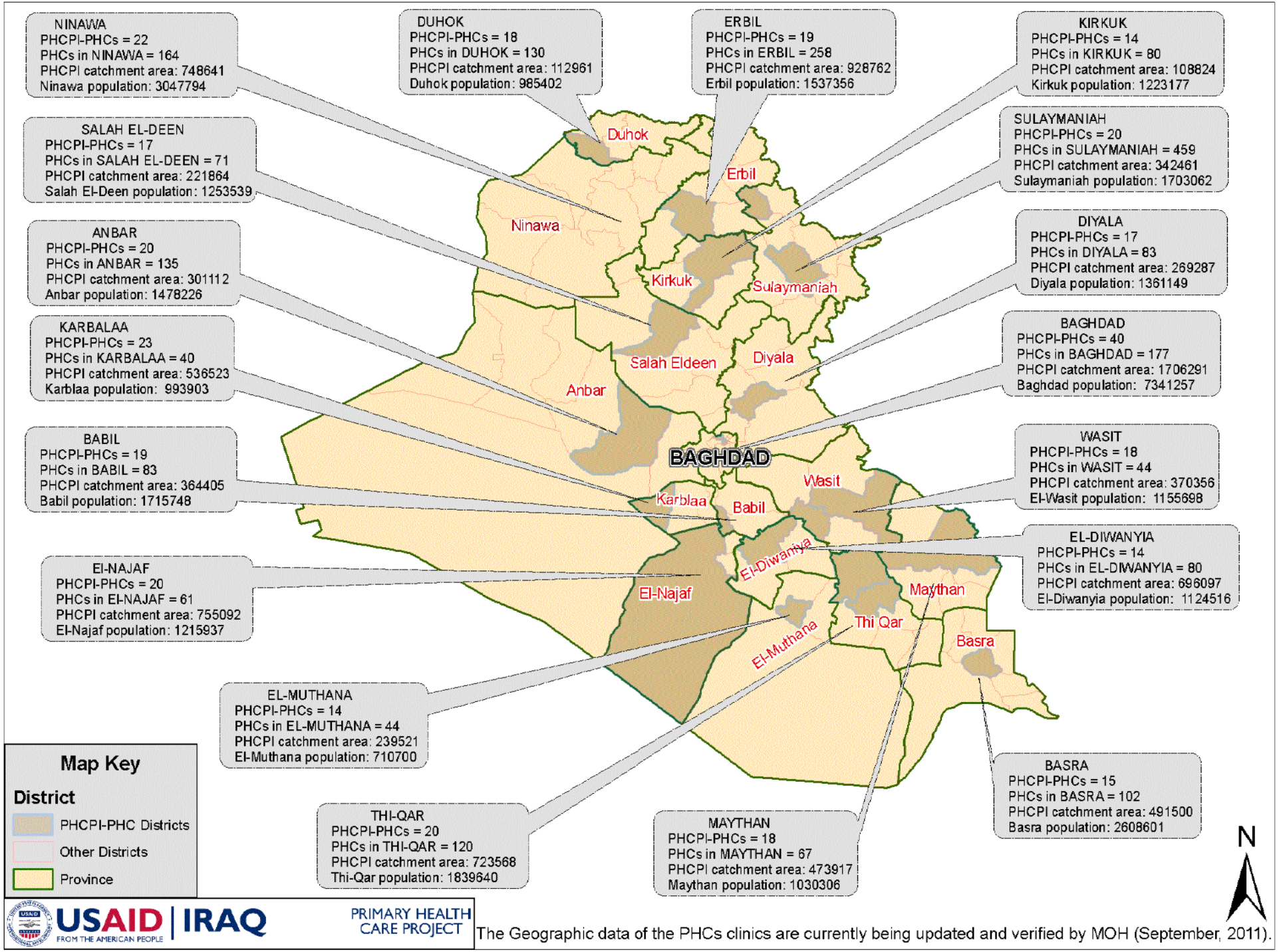
20. منظمة الصحة العالمية WHO. The global prevalence of Hepatitis E virus infection and susceptibility: A systematic review. 2010 Dec.

21. World hepatitis Alliance. Viral Hepatitis: Global policy. London: 2010.

22. AFHA& WHO. Control of communicable diseases manual. 19th ed. 2008.

23. WHO. International Health Regulations, 2nd ed. 2005.

24. American Academy of Pediatrics. RED BOOK. 27th ed. 2006.




The Geographic data of the PHCs clinics are currently being updated and verified by MOH (September, 2011).

**U.S. Agency for International Development**
Primary Health Care Project In Iraq
**http://phciraq.org/**
**www.usaid.gov**