

پاتولوژی جغرافیایی عراق

علی مهربانی توانا Ph.D، مهدی خوبدل M.Sc، رضا میرنژاد M.Sc، علی اکبر کریمی زارچی Ph.D و مهدی مهربانی توانا B.Sc

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ع» - پژوهشکده طب رزمی - مرکز تحقیقات بهداشت نظامی - تهران - ایران

خلاصه

عراق یکی از کشورهای مهم و استراتژیک در منطقه خاورمیانه است که جمعیت آن بالغ بر ۲۳ میلیون نفر می‌باشد. با توجه به مرز مشترک طولانی بین ایران و این کشور و نیز تردد گسترده افراد، ضرورت شناخت جغرافیای پاتولوژیک آن سرزمین نقش به‌سزایی در حفظ سلامت و پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌های عفونی دارد. مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که به جمع‌آوری اطلاعات موجود در زمینه بیماری‌های عفونی و شاخص‌های بهداشتی درمانی کشور عراق پرداخته است. در این بررسی برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز از منابع متعدد شامل: کتب، مجلات و سایت‌های مختلف اینترنت به‌ویژه سایت‌های WHO، PubMed، Rose-net و CDC استفاده گردید.

براساس نتایج حاصل از این مطالعه بیماری‌های مختلفی از قبیل: مالاریا، لیشمانیوز، سل، وبا، سرخک، دیفتی، حبسه، سیاه‌سرفه و هیپاتیت E در کشور عراق شیوع بیشتری دارد و سالانه شاهد گزارش موارد متعددی از اپیدمی (Outbreak) و شیوع گاه و بیگاه بیماری‌های مذکور در این کشور هستیم. لازم به ذکر است که جنگ‌های متعدد سال‌های گذشته، وضعیت بهداشتی مردم این کشور را بیش از پیش آشفته نموده است، به طوری که حتی گزارش دهی وضعیت بهداشتی درمانی عراق نیز همانند سایر امور این کشور دچار اختلال گشته است. این وضعیت زندگی مردم به‌ویژه اوضاع بهداشتی درمانی آن را تحت تأثیر قرار داده است. به‌علاوه مردم عراق در مقایسه با سایر کشورهای منطقه از وضعیت بهداشتی و معیشتی بسیار نامطلوبی برخوردار هستند. این شرایط به‌طور جدی سلامت مردم عراق و افرادی که به این کشور سفر می‌کنند و نیز ساکنین شهرهای مرزی همسایه این کشور را به خطر انداخته است. لذا، شناخت بیماری‌های شایع در این کشور می‌تواند دست‌اندرکاران امور بهداشت و درمان شهرهای مرزی و نیز نیروهای نظامی مستقر در آن مناطق را نسبت به انجام اقدامات پیشگیرانه تجهیز نموده و از خسارات ناشی از ورود این بیماری‌ها به‌داخل کشور پیشگیری نماید.

واژه‌های کلیدی: عراق، بیماری‌های عفونی، پاتولوژی جغرافیایی

مقدمه

جمعیت آن ۲۲/۹۹۰/۵۷۰ نفر گزارش شده است که ۹۵٪ از آن را

مسلمانان تشکیل می‌دهند [۱]. از نظر آب و هوایی عراق دارای آب و هوای خشک در مناطق جنوب و معتدل در شمال

کشور عراق با وسعت ۷۳۸/۴۴۶ کیلومتر مربع یکی از همسایگان غربی جمهوری اسلامی ایران می‌باشد که تا پایان سال ۲۰۰۲

جدول ۱: آخرین گزارش از شاخص‌های بهداشتی عراق

شاخص‌های بهداشتی	وضعیت شاخص‌ها در طول سال‌های ۷۸ - ۱۳۶۸ هجری شمسی
امید به زندگی	امید به زندگی در زنان ۶۲/۶ سال و در مردان ۵۸/۷ سال است
مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	در سال ۲۰۰۱ میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال متفاوت بوده است. مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۱۲۲ در هزار برای پسران و ۱۱۱ در هزار برای دختران گزارش شده است.
ترکیب سنی جمعیت	جمعیت عراق مجموعاً ۲۳/۵۸۳/۰۰۰ نفر می‌باشد. ششمین کشور مدیترانه شرقی را تشکیل می‌دهد. میزان رشد جمعیت سالانه در طی سال‌های ۲۰۰۱-۱۹۹۹، ۲/۹ درصد بوده است و از نظر رشد جمعیت در رده پنجم در منطقه مدیترانه شرقی قرار دارد ۴/۶ درصد از جمعیت کشور عراق را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که نسبت به سال ۱۹۹۱، ۰/۱ درصد افزایش یافته است. در سال ۲۰۰۱ میزان باروری ۴/۹ درصد بوده است
میزان نسبی مرگ و میر ناشی از بیماری‌ها	میزان مرگ و میر عمومی ناشی از بیماری‌ها ۲۵۸ در هزار برای مردان و ۱۸۰ در هزار برای زنان می‌باشد
سایر شاخص‌ها	بیماری تیفوئید، بیماری‌های اسهالی و تنفسی علل عمده مرگ و میر در کودکان کشور عراق محسوب می‌شوند

در جدول ۱ ارایه شده است. با توجه به شرایط بهداشتی - درمانی

موجود در عراق ضرورت آگاهی از وضعیت بیماری‌های عفونی در این کشور بسیار حائز اهمیت است. لذا، هدف از این تحقیق بررسی وضعیت پاتولوژی جغرافیایی کشور عراق در طی سال‌های گذشته و کنترل اثرات مستقیم و غیرمستقیم آن بر مسایل بهداشتی کشور به‌ویژه مناطق مرزی بوده است [۲، ۳، ۴].

روش کار

مطالعه حاضر یک تحقیق توصیفی - مقطعی - تحلیلی است. در انجام آن منابع متعددی برای جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. در تهیه و تنظیم موضوعات جغرافیایی، فرهنگی، اجتماعی، سیاسی بعضاً از کتب منتشره وزارت امور خارجه استفاده شد. همچنین، برخی مطالب سیاسی، اجتماعی فرهنگی و اقتصادی نیز از سایت‌های مختلف اینترنت استخراج و مورد استفاده قرار گرفت. در زمینه جمع‌آوری اطلاعات در مورد شاخص‌های بهداشتی و بیماری‌ها از مقالات علمی چاپ شده در مجلات خارجی به‌ویژه مجلات Science, Lancet, JAMA، مجلات عفونی و پزشکی و بهداشتی استفاده گردید. از آنجایی که در زمینه موضوعات پزشکی کشور عراق، اطلاعات علمی اندکی در مجلات به چاپ رسیده بود و تعدادی از این مجلات نیز در داخل کشور

قسمت غربی آن کشور عمداً صحرائی، کم جمعیت و خشک می‌باشد.

عراق از جمله کشورهای دارای سابقه کهن در تمدن انسانی به‌ویژه در تمدن اسلامی محسوب می‌شود. اماکن مذهبی نجف اشرف، کربلای معلی، کاظمین و سامرا از مهمترین مراکز مذهبی این کشور به شمار می‌روند که برای همه شیعیان از جایگاه بسیار والایی برخوردار می‌باشند [۲].

عراق دارای منابع سرشاری از نفت، گاز و همچنین سرزمین‌های مستعد کشاورزی می‌باشد. رونق کشاورزی به‌لحاظ داشتن رودخانه‌های دجله و فرات و نیز برخی رودخانه‌هایی است که از ایران به آن سرزمین سرازیر می‌شوند.

در حال حاضر وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی عراق مطلوب نبوده و کاملاً زیرساخت‌های آن از بین رفته است. از نظر اقتصادی کشور عراق عمدتاً به فروش نفت در برابر غذا محدود شده بود. چندی نیست که این محدودیت با تصمیم سازمان ملل برطرف شده است و به رغم این رفع محدودیت، سلامت مردم با مشکلات جدید مواجه است.

اطلاعات مستندی از وضعیت شاخص‌های بهداشتی عراق در طی چند دهه گذشته به‌ویژه در خصوص شیوع بیماری‌های واگیر و عفونی در دسترس نمی‌باشد. با این حال، اطلاعات موجود در خصوص شاخص‌های بهداشتی سال‌های اخیر



شکل ۱- وضعیت پراکندگی بیماری مالاریا را به طور شماتیک در عراق نشان می‌دهد (علامت • دایره نشانگر شیوع بیماری در آن مناطق است)

مطالعات نشان می‌دهد که موارد مالاریا از ۱۳۵۹۵ مورد در سال ۱۹۹۷ به ۹۶۸۴، ۴۱۳۴، ۳۸۵۹ و ۱۱۲۰ به ترتیب در سال‌های ۱۹۹۸، ۱۹۹۹، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱ کاهش یافته است [۸، ۹، ۱۰]. این روند کاهش ممکن است ناشی از تغییرات آب و هوایی، عدم وجود سیستم ثبت و گزارش‌دهی و نیز مهاجرت باشد.

لیشمانیوز

از دیرباز عراق یکی از کانون‌های اندمیک بیماری لیشمانیوز (جلدی- احشایی) به شمار آمده است. حتی بیماری لیشمانیوز را دکمه بغدادی خوانده‌اند. لیشمانیوز جلدی در بیشتر نواحی عراق آندمیک می‌باشد و عامل آن لیشمانیا تروپیکا (*L. tropica*) و لیشمانیا ماژور (*L. major*) می‌باشد. به‌جز نواحی جنوبی لیشمانیوز جلدی شهری در بقیه نواحی عراق انتشار دارد. ناقل لیشمانیوز جلدی شهری، فلبوتوموس سرزانتی (*Phlebotomus sergenti*) می‌باشد که در ایران هم انتشار دارد و لیشمانیوز ماژور (عامل لیشمانیوز جلدی نوع روستایی) در تمام نواحی عراق مشاهده می‌شود و ناقل آن فلبوتوموس پاپاتاسی (*Ph. papatasi*) می‌باشد. این ناقل در بیشتر مناطق کشور ما نیز انتشار دارد. موارد بیماری لیشمانیوز جلدی از ۵/۲ در هر ۱۰۰ هزار

موجود نبود، لذا امکان دسترسی به آن‌ها وجود نداشت. از این‌رو، در تکمیل این اطلاعات جستجوهای متعدد در سایت‌های اینترنتی پزشکی از قبیل Pub Med، Proquest، Rosenet، Ovid و غیره صورت گرفت و از مقالات کامل و یا خلاصه مقالات اطلاعات پزشکی و بهداشتی استخراج و مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

در مجموع برای جمع‌آوری اطلاعات علمی حاضر از حدود ۵۰ مقاله، ۴۱ خلاصه مقاله و نیز ۸۵ سایت علمی از جمله سایت‌های WHO و CDC مورد استفاده قرار گرفت که تعدادی از مهمترین آن‌ها در قسمت منابع ارایه شده است.

نتایج

نتایج این بررسی مؤید آن است که در عراق بیماری‌های زیر، کم و بیش شیوع دارند، لذا سعی شده است آمار پراکندگی بیماری‌های مهم و شایع در آن کشور ارایه گردد. تا بتوان در مناطق مرزی با رعایت موازین و اصول بهداشتی لازم از ابتلاء به آن‌ها پیشگیری نمود.

مالاریا

مالاریا یک بیماری انگلی می‌باشد که با شیوع بیش از ۵۰۰ میلیون نفر در جهان مهمترین بیماری انگلی به شمار می‌آید. مطالعات در عراق نشان می‌دهد که پشه‌های ناقل مالاریا در تمام مناطق عراق انتشار دارند. لذا، احتمال برقراری چرخه انتقال بیماری مالاریا در اکثر نقاط این کشور وجود دارد. از جمله؛ ناقل‌هایی که در عراق انتشار دارند، می‌توان به آنوفل سوپر پیکتوس (*Anopheles superpictus*) در تمام نواحی کشور عراق، آنوفل ساکاروی (*An. sacharovi*) به‌جز نواحی محدودی از جنوب عراق در تمام نواحی آن کشور و آنوفل استفنسی (*An. stephensi*) در نواحی جنوبی عراق اشاره کرد [۵، ۶].

بیماری مالاریا عمدتاً در نواحی شمالی و جنوب شرقی عراق (استان‌های بصره و ناصریه) متمرکز بود (شکل ۱). موارد بیماری قبل از جنگ دوم خلیج فارس تقریباً (از سال ۱۹۹۷ به بعد) کاهش یافته است. در حالی‌که موارد بیماری در طی جنگ تحمیلی عراق علیه جمهوری اسلامی ایران در مناطق جنوب شرقی عراق افزایش یافته بود [۷].

عیناً همین امر در مورد لیشمانیوز احشایی در سال اول جنگ خلیج فارس با ۲۰-۱۸/۹ مورد در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بیشتر از سال‌های قبل از آن بوده است و بعد از سال ۱۹۹۲ تا قبل از سال ۲۰۰۱ روند افزایشی آن به چشم می‌خورد.

سل

سل به‌دنبال جنگ و پی‌آمدهای ناشی از آن همانند سوء تغذیه نسبت به سال ۱۹۸۹ تقریباً سه برابر شده است. به طوری که از ۱/۴۶ در ۱۰۰ هزار جمعیت در سال ۱۹۸۹ به ۱۳۱/۶ در سال ۲۰۰۰ افزایش نشان می‌دهد [۱۸]. با توجه به مطالعات انجام گرفته، کشور عراق از نظر شیوع بیماری سل (شکل ۳) در بین کشورهای حوزه شرق مدیترانه بعد از جیبوتی قرار دارد [۱۹، ۲۰].



شکل ۳- وضعیت بیماری سل را به‌طور شماتیک در کشور عراق نشان می‌دهد (علامت ▲ پراکنندگی وقوع بیماری سل را نشان می‌دهد)

وبا

تقریباً بعد از جنگ اول خلیج فارس (۱۹۹۲-۱۹۹۱ میلادی)

موارد بیماری وبا در عراق از نوسانات مختلفی برخوردار بوده است و به‌صورت اندمیک در قسمت‌های جنوب و مرکز آن وجود دارد (شکل ۴). در سال ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۲ میلادی به ترتیب ۱۲۱۷، ۹۷۶،

نفر جمعیت در سال ۱۹۹۹ تا ۲/۳ در هر ۱۰۰ هزار جمعیت در سال ۲۰۰۱ متغیر بوده است [۱۱].

بیشترین موارد لیشمانیوز جلدی همزمان با جنگ اول خلیج فارس (۱۹۹۱-۱۹۹۲ میلادی)، بین ۴/۵ تا ۴۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت متغیر گزارش شده است.

گزارشات علمی حاکی از شیوع بالای بیماری لیشمانیوز جلدی در بین اشغالگران در عراق می‌باشد که این امر همواره به عنوان یک مشکل اصلی در بازگشت سربازان آمریکایی به کشورشان مطرح بوده است [۱۲، ۱۳]. در گزارشی شیوع صدها مورد بیماری لیشمانیوز جلدی در بین سربازان آمریکایی به‌طور رسمی منعکس شده است [۱۴، ۱۵ و ۱۶]. بیماری لیشمانیوز جلدی در عراق به حدی در بین نیروهای نظامی آمریکایی شیوع دارد که نظامیانی که به آمریکا برمی‌گردند تا یکسال از انتقال خون منع شده‌اند [۱۷].

در این تحقیق، مشخص شد که لیشمانیوز احشایی در تمام نقاط عراق با آندمیسته پایین مشاهده می‌شود (شکل ۲) و عامل آن لیشمانیا انفانتوم (*L. infantum*) می‌باشد. لازم به ذکر است که این بیماری در تمام مناطق کشور عراق آندمیک می‌باشد و ناقل آن فلپوتوموس میجر (*Ph. major*) از گروه لارو و سیوس می‌باشد.



شکل ۲- وضعیت بیماری لیشمانیوز شهری را به‌طور شماتیک در کشور عراق نشان می‌دهد (علامت ■ نشانگر پراکنندگی شیوع بیماری لیشمانیوز است).

است و بیشتر موارد در گروه دختران دیده شده است. پوشش واکسیناسیون (۶۷ درصد) در بین سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۲ تقریباً تنزل داشته است [۲۵].

تیفوئید

وضعیت نامناسب بهداشتی به‌ویژه عدم دسترسی به آب سالم در برخی از مناطق روستایی عراق، بیماری تیفوئید را به‌عنوان یکی از بیماری‌های حاد عفونی و بومی در آن کشور مطرح ساخته است (شکل ۵). از سال ۱۹۸۹ تا ۲۰۰۱ به ترتیب ۱۸۱۲، ۲۲۴۰، ۱۷۵۲۴، ۱۹۲۷۶، ۲۲۶۸۸، ۲۴۴۳۶، ۲۶۶۳۴، ۱۵۲۳۸، ۱۴۴۶۴۲، ۱۹۸۲۵، ۲۳۳۹۲، ۲۳۶۱۴ و ۲۱۳۵۶ مورد بیماری تیفوئید در آن کشور گزارش و ثبت شده است. این بیماری به‌صورت بومی در سراسر عراق وجود دارد [۲۶، ۲۷، ۲۸].



شکل ۵ - وضعیت بیماری تیفوئید را به‌صورت شماتیک در کشور عراق نشان می‌دهد. (علامت ♦ بیانگر پراکندگی شیوع بیماری تیفوئید در عراق می‌باشد).

بیماری هیچگاه روند رو به کاهش نداشته بلکه در سال‌های جنگ اول خلیج فارس (۱۹۹۲-۱۹۹۱ میلادی) از رشد فزاینده‌ای نیز برخوردار بوده است. همواره تیفوئید یکی از بیماری‌های بومی در سراسر عراق مطرح بوده است [۲۸].

سیاه زخم

در مورد سیاه زخم دامی و یا انسانی در عراق اطلاعات چندانی منتشر نشده است. لیکن در سال‌های ۱۹۷۶، ۲۰۰۰ و ۱۹۸۰، ۲۶۹ مورد سیاه زخم پوستی در عراق گزارش شده است [۲۹]. طی

۷۱۸، ۱۳۴۵، ۱۲۱۶، ۸۳۱، ۴۸۶، ۲۵۶۰، ۲۳۹۸، ۷۵۷، ۵۶۰ و ۷۱۸ مورد بیماری وبا گزارش شده است. جالب این که عامل بیماری (*Vibrio cholerae*) نیز در اغلب نمونه‌های کشت داده شده، جدا شده است. مهمترین اپیدمی وبا در سپتامبر سال ۱۹۹۸ میلادی رخ داد که مواردی از آن در شهر سلیمانیه در شمال عراق بوده است [۲۱، ۲۲].



(علامت * نشان دهنده پراکندگی بیماری وبا مناطق مختلف عراق است.)

دیفتری

بیماری دیفتری نیز کم و بیش در بین کودکان عراقی دیده می‌شود. میزان آن از ۰/۵۳ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۹۸۹ به ۰/۱۲ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۰۱ کاهش یافته است. لیکن نوسانات بیماری به‌ویژه در سال ۱۹۹۱ با ۲/۶۱ مورد در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت و سال ۱۹۹۲ با ۱/۹۱ مورد در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت قابل ملاحظه بوده است [۲۳، ۲۴].

نقص در انجام واکسیناسیون کامل کودکان در بروز بیماری دیفتری نیز همچنان به چشم می‌خورد. در سال‌های ۱۹۸۹ تا ۲۰۰۱ به ترتیب ۲، ۲/۵، ۷/۸، ۸/۳، ۳/۸، ۲/۶، ۲/۳، ۵/۴، ۲/۳، ۱/۹، ۱/۶ و ۸/۷ مورد بیماری دیفتری در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت گزارش شده است. مهمترین مناطق آلوده استان بصره معرفی شده

سال‌های گذشته عراق به داشتن سلاح‌های بیولوژیک از جمله سیاه زخم متهم بوده است.

بروسلوز

اساساً منطقه خاورمیانه از جمله عراق یکی از مناطق آلوده به بیماری بروسلوز در جهان محسوب می‌شود. در سال ۱۹۸۵، ۳۸۹ مورد و در سال ۱۹۸۸، ۱۱۸۷ مورد بروسلوز انسانی در عراق گزارش شده که بیشتر در نواحی شمالی این کشور بوده است. لازم به ذکر است در این کشور میزان شیوع بروسلوز ناشی از بروسلامیتنسیس بیشتر شایع است [۳۰، ۳۱]. لذا، امکان دارد در اثر مصرف شیر و محصولات لبنی غیرپاستوریزه و یا سایر فرآورده‌های آلوده به این باکتری در انسان بیماری ایجاد شود.

گاستروآنتریت

برحسب گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۶۱۵ مورد دیسانتری در سال ۱۹۸۹ در عراق گزارش گردیده است که این میزان در سال ۱۹۹۳ به ۶۲۸۶۲ مورد رسید. به نظر می‌رسد، کمبود آب سالم بهداشتی به‌ویژه در مناطق روستایی در گسترش بیماری گاستروآنتریت‌ها به‌ویژه دیسانتری نقش عمده‌ای داشته است [۳۲، ۳۳].

فلج اطفال

مواردی از بیماری فلج اطفال به‌ویژه در سال ۱۹۹۹ در عراق گزارش شده است. لیکن از سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲ موردی از این بیماری در کشور عراق گزارش نشده است [۳۴]. این امر ممکن است، ناشی از وخامت شرایط اقتصادی و بهداشتی ناشی از بحران و جنگ باشد که منجر به عدم دسترسی به موارد گزارش شده گردیده و نه ریشه‌کنی کامل بیماری و یا مهار ویروس وحشی فلج‌اطفال، در این خصوص به دقت بیشتری نیاز است.

سرخک

شیوع بیماری سرخک در سال‌های مختلف متغیر بوده است. در سال ۱۹۸۰ میلادی (آغاز جنگ تحمیلی عراق علیه جمهوری اسلامی ایران مجموعاً ۲۶۵۴۲ مورد، سال ۱۹۹۰، ۳۰۴۵ مورد، سال ۱۹۹۸ میلادی ۴۳۷۳۵ مورد و سال ۱۹۹۹ میلادی ۹۹۲۰ مورد بیماری سرخک در عراق گزارش شده است. هر چند در سال ۲۰۰۰ موارد بیماری تا حدودی کاهش (۷۲۶ مورد) یافت ولی مجدداً در سال ۲۰۰۱ به ۴۰۸۸ مورد افزایش یافته است. در هر

حال، یکی از نگرانی‌های بهداشتی کشور ما در مورد سرخک ورود بیماری از مناطق مرزی غرب کشور (از طریق عراق) بوده است که بر روند افزایش بیماری مذکور در استان‌های مرزی غرب کشور نیز بی‌تأثیر نبوده است [۳۵، ۳۶] خوشبختانه با انجام عملیات موفقیت آمیز واکسیناسیون بر علیه سرخک سال ۱۳۸۲ در سطح ملی، این بیماری و نیز بیماری سرخجه را تحت کنترل درآورده است و از تأثیر اپیدمی‌های سرخک کشور عراق بر مناطق مرزی کاسته شده است.

هپاتیت E

عراق به‌عنوان یک کانون مهم بیماری هپاتیت نوع E معرفی شده است. در طی جنگ اول خلیج فارس ۹۱-۱۹۹۰ میلادی که منجر به هجوم یک میلیون مهاجر عراقی به ایران شد. اپیدمی‌های متعددی در خصوص هپاتیت نوع E در استان‌های مرزی کشور به‌ویژه کرمانشاه گزارش شده است [۳۷، ۳۸].

احتمالاً این بیماری به‌علت مصرف آب آلوده در آن کشور می‌باشد. همواره مسئولین بهداشتی جمهوری اسلامی ایران از این موضوع بارها اظهار نگرانی نموده و به سازمان‌های بین‌المللی مسئول هشدارهای لازم را داده‌اند. لذا، به کارگیری اقدامات پیشگیرانه و جلوگیری از ورود این بیماری به کشور ضروری است.

تب هموراژیک کریمه کنگو

تب هموراژیک کریمه کنگو از سال‌ها قبل در عراق گزارش شده است [۳۹]. مواردی از این بیماری به صورت عفونت بیمارستانی در سال ۱۹۹۸ در عراق گزارش شده است. به نظر می‌رسد که موارد بیماری در جمعیت‌های انسانی و دامی با توجه به پایین بودن سطح بهداشت، امری طبیعی بوده و به لحاظ عدم سیستم گزارش‌دهی اپیدمی بیماری مذکور طی پنج سال گذشته ثبت نشده باشد. در هر حال، تب هموراژیک کریمه کنگو یکی از بیماری‌های قابل تأمل و مهم در عراق می‌باشد [۴۰].

بحث و نتیجه‌گیری

کشور ما همواره از وضعیت بهداشتی کشورهای همسایه متأثر بوده است. این موضوع در خصوص کشور عراق که در مرزهای غرب و جنوب غربی کشور ما قرار دارد، بی‌تأثیر نیست. این امر چه در

همسایه و همچنین تردد زائرین عتبات عالیات به این کشور امکان انتقال بسیاری از بیماری‌های عفونی شایع در عراق به کشورهای همسایه از جمله جمهوری اسلامی ایران نیز وجود دارد. لذا، علاوه بر پایش علمی همواره بایستی اطلاعات بهداشتی عراق مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد و تنها نباید به اطلاعات بهداشتی از سوی WHO، سازمان ملل و غیره بسنده کرد.

پیشنهادات

اقدامات بهداشتی و پیشگیری در مرزها می‌بایست به‌خوبی اجرا گردد و افراد وارده به کشور و اعزامی به عراق بایستی ملزم به رعایت نکات زیر گردند:

- ۱- توجیه و آگاهی از وضعیت بهداشتی عراق
- ۲- عدم مصرف مواد لبنی غیر پاستوریزه، از جمله: پنیر، شیر، کره
- ۳- عدم مصرف آب غیربهداشتی (غیرجوشانیده)
- ۴- عدم مصرف غذاهای آلوده و یا مانده
- ۵- رعایت بهداشت فردی از قبیل شستشوی دست‌ها با آب و صابون، استفاده از مسواک شخصی و استحمام مرتب
- ۶- استفاده از ملزومات بهداشتی شخصی همانند: حوله، پتو، ملحفه
- ۷- انجام واکسیناسیون مننژیت قبل از سفر به کشور عراق
- ۸- انجام کامل واکسیناسیون هپاتیت نوع B
- ۹- اطمینان کامل از واکسیناسیون کودکان قبل از عزیمت به عراق
- ۱۰- مراجعه به پزشک قبل و بعد از سفر برای کسب راهنمایی‌های لازم به‌ویژه در خصوص بیماری‌های تب‌دار و واگیردار
- ۱۱- معاینه افراد پیش و بعد از ورود به عراق در مراکز بهداشت درمانی و ارایه راهنمایی‌های لازم به آنان در خصوص چگونگی مراقبت از خود
- ۱۲- ضرورت مراقبت از اعزام افراد مسن و نیز افراد دچار نقص سیستم ایمنی که لازم است اعزام آنان تحت نظارت پزشک صورت گیرد، زیرا، این افراد شرایط لازم برای ابتلا به بیماری و انتقال آن را به‌داخل کشور دارند.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از یک طرح تحقیقاتی است که اجرای آن قطعاً بدون مساعدت و راهنمایی‌های بسیاری از محققین و دست‌اندرکاران امور بهداشتی- درمانی کشوری و لشکری میسر

زمان جنگ و چه در زمان صلح به‌عنوان یک امر مهم نیازمند بررسی است. چنان‌که در بالا ذکر شد، بیماری سرخک همواره در طی سال‌های اخیر شیوع داشته است. افزایش بیماری مذکور در مرزها و استان‌های غربی کشور ما احتمالاً ناشی از اپیدمی‌های گسترده در عراق بوده است.

در کشور عراق در طی دهه‌های گذشته با توجه به جنگ‌ها و بحران‌های داخلی و خارجی بیماری‌های متعددی شیوع یافته است. علاوه بر سرخک بیماری‌هایی چون وبا، حصبه، اسهال خونی و برخی از بیماری‌های دیگر همانند دیفتری همواره مشکل ساز بوده‌اند. بیماری‌های عفونی و تب‌دار همواره مشکل عمده کشور عراق محسوب شده است. بیماری‌هایی چون تب هموراژیک کریمه کنگو به عنوان عفونت بیمارستانی در عراق گزارش شده است. شاید عدم تشخیص آن در طی سالیان گذشته علل عمده عدم گزارش‌دهی آن در لیست بیماری‌های عراق بوده است. به هر حال، اطلاعات آماری اندکی از آن در دسترس می‌باشد که در مقایسه با استان‌های مرزی قابل بررسی و تأمل است.

جنگ‌های متعدد عراق با کشورهای همسایه و همچنین حضور نیروهای بیگانه با ملیت‌های مختلف در این کشور نیز باعث به‌وجود آمدن جنگ‌های داخلی در عراق شده و اوضاع داخلی عراق و وضعیت زندگی مردم را دچار اختلال نموده است و در پی آن در سیستم‌های بهداشتی درمانی آن کشور نیز اختلالات عمده‌ای به‌وجود آورده است. به طوری‌که بسیاری از بیماری‌های عفونی به‌لحاظ فقر بهداشتی، کمبود دارو و عدم درمان به‌موقع شیوع یافته‌اند. ضمناً با توجه به نزدیک‌شدن بیماری تب درهٔ ریفت به منطقهٔ خلیج‌فارس به‌ویژه در کشورهای یمن و عربستان محققین بر این عقیده‌اند که شرایط آبخیزداری در عراق فوق‌العاده مستعد بیماری تب درهٔ ریفت می‌باشد [۴۱] که در این صورت با توجه به تردهای مرزی و مسافرت بین دو کشور احتمال ورود بیماری مذکور به کشور ما نیز دور از انتظار نیست که لازم است در این خصوص دقت لازم صورت گیرد.

شایان ذکر است که با توجه به اپیدمی بیماری تب کریمهٔ کنگو در سال‌های ۱۳۷۹ هجری شمسی به بعد در کشور ما ضرورت بررسی ارتباط بین CCHF عراق و استان‌های مرزی کشور وجود دارد. با توجه به هجوم مردم عراق به سمت کشورهای

که ما را در انجام این طرح تحقیقاتی و تدوین مقاله یاری و راهنمایی نموده‌اند، تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

- ۱- دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی عراق، انتشارات وزارت امور خارجه، ۱۳۷۵. صفحه: ۴۳.
- 2- Meade Melinda S and Earickson, Robert J. *Medical Geography*, 2000. New York: The Guildford Press. *Atlapedia Online* (1993-2001), *Countries A to Z: Iran* <http://www.atlapedia.com/online/countries/iran.htm>.
- 3- WHO/EHA/96.1. The health conditions of population in Iraq since the gulf crisis. MARCH 1996.
- 4- Foster P and Leathers H. *The World Food Problem*, Boulder, Colorado: Lynne Rienner Publishers, Inc Central Intelligence Agency 2001. *The World Factbook 2001*.
- 5- Ossi GT. Malaria Eradication Programme in Iraq 1970-1975. *Bull Endem Dis* (Baghdad). 1977; 18:13 - 33.
- ۶ - مهربانی توانا علی، غلامحسین پورتنی. بررسی مبارزه با مالاریا در جنگ تحمیلی عراق علیه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۶۷-۱۳۵۹)، مجله طب‌نظامی، بهار و تابستان، شماره ۱ و ۲، ۱۳۷۹، صفحات: ۷۷ - ۷۳.
- 7- Shamo FJ, Malaria in Iraq. *Med Parazitol* (Mosk). 2001; 1:46-7.
- 8- Beljaev AE, The malaria situation in the WHO eastern Mediterranean region. *Med Parazitol* (Mosk). 2000; 2: 12- 5.
- 9- Young RC Jr, Rachal RE, Huguley JW. Environmental health concerns of the Persian Gulf War. *J Natl Med Assoc*. 1992; 84(5): 417 - 24.
- 10- Schlagenhauf P. Malaria in Iraq the pitfalls of *Plasmodium vivax* prophylaxis. *Lancet Infect Dis*. 2003; 3(8): 460.
- 11- Herwaldt BL. *Leishmaniasis*. *Lancet* 1999; 354: 1191 - 9.
- 12- Martin S, Gambel J, Jackson J. *Leishmaniasis* in the United States military. *Mil Med* 1998;163:801- 807.
- 13- Hyams KC, Hanson K, Wignall FS, Escamilla J, Oldfield EC. The impact of infectious diseases on the health of U.S. troops deployed to the Persian Gulf during Operations Desert Shield and Desert Storm. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 1497 - 504.
- 14- World Health Organization. WHO communicable disease profile for Iraq, 2003:39—43
- 15- Desjeux P. *Leishmaniasis*: public health aspects and control. *Clin Dermatol*. 1996; 14: 417 - 23.
- 16- CDC. Cutaneous Leishmaniasis in U.S. Military Personnel Southwest/Central Asia, 2002—2003. *MMWR*. 2003; 25: 1009 - 1012.
- 17- American Forces Information Service. Blood Donations Halted From Personnel Deployed To Iraq. *New Articles*. Oct. 21, 2003.
- 18- World Health Organization. Communicable disease profile Iraq. Updated 19 March 2003; P. 70 - 87.
- 19- Hassan DN, Hanna AJ. *Tuberculosis* and sudden death in Baghdad. *Am J Forensic Med Pathol*. 1984; 5: 169 - 74.
- ۲۰- حاتمی حسین. اپیدمیولوژی بالینی و کنترل بیماری‌های مرتبط با بیوتورویسم. سال ۱۳۸۱، چاپ اول، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز نشر صدا. صفحه: ۳۴۹.
- 21- Arif AE, Hassoun AS. Post epidemic search for cholera carries in Iraq. *Bull Endem Dis* (Baghdad). 1968; 10: 99 - 122.
- 22- Valenciano M, Coulombier D, Lopes Cardozo B, Colombo A, Alla MJ, Samson S, Connolly MA. Challenges for communicable disease surveillance and control in southern Iraq, April-June 2003. *JAMA*. 2003; 290: 654 - 8.
- 23- Al-Talib AM, Al-Habib HM, Al-Mukhtar MY. Laboratory diagnosis and incidence of diphtheria in Mosul Province, Iraq. *Public Health*. 1986; 1004: 236 - 41.

نمود. لذا، جا دارد، از زحمات آنان به‌ویژه جناب آقای دکتر حسن ابوالقاسمی فرمانده محترم و سایر مسئولین پژوهشکده طب‌رزمی

- 24- World Health Organization WHO. Expanded Programme on Immunization EPI. From the Expanded Programme on Immunization (EPI) database: diphtheria. *Vaccine Immun News*. 1998; 6: 10.
- 25- Chironna M, Germinario C, Lopalco PL, Carrozzini F, Barbuti S, Quarto M. Immunity to diphtheria among refugees in southern Italy. *Vaccine*. 2003; 21(23): 3157-61.
- 26- Vieu JF, Allos G, Binette H, Diverneau G. Salmonella typhi lysotypes in Iraq (1974-1979). *Bull Soc Pathol Exot Filiales*. 1981; 74: 11 - 7.
- 27- Yuval Y, Hemo-Zisser M, Zemer D, Sohar E, Pras M. Dominant inheritance in two families with familial Mediterranean fever (FMF). *Am J Med Genet*. 1995; 57: 455 - 7.
- 28- Al-Bayatti SM. Etiology of chronic diarrhea. *Saudi Med J*. 2002; 23: 675 - 9.
- 29- Thomas V. Inglesby, Tara O'Toole, Donald A. Henderson, John G. Anthrax as a Biological Weapon, 2002. *JAMA*. 2002;287: 2236-2252.
- 30- Refai M. Incidence and control of *Brucellosis* in the Near East region. *Vet Microbiol*. 2002; 90: 81 - 110.
- 31- Al-Rawi TI, Thewaini AJ, Shawket AR, Ahmed GM. *Brucellosis* in Iraqi patients. *Ann Rheum Dis*. 1989; 48: 77 - 9.
- 32- Babilie M, De Colombani P, Guerra R, Zagaria N, Zanetti C. Post-emergency epidemiological surveillance in Iraqi-Kurdish refugee camps in Iran. *Disasters*. 1994; 18: 58 - 75.
- 33- Toole MJ, Waldman RJ. Refugees and displaced persons. War, hunger, and public health. *JAMA*. 1993; 270: 600 - 5.
- 34- Aylward B. Polio eradication initiative in Iraq. *Lancet*. 1996; 347(9002):695.
- 35- Al-Sheikh OG, al-Samarrai JI, al-Sumaidaie MM, Mohammad SA, al-Dujaily AA. Immunization coverage among children born between 1989 and 1994 in Salahdin Governorate, Iraq. *East Mediterr Health J*. 1999; 5(5): 933-40.
- 36- Brian M Willis and Barry S Levy. Recognizing the Public Health Impact of Genocide. *JAMA*, 2000; 284: 612 - 614.
- 37- Chironna M, Germinario C, Lopalco PL, Carrozzini F, Barbuti S, Quarto M. Prevalence rates of viral hepatitis infections in refugee Kurds from Iraq and Turkey. *Infection*. 2003; 31(2): 70 - 4.
- 38- Worm HC, Wim HM, BrandstKtter G. Hepatitis E: an overview *Microbes and Infection*. 2002; 4: 657 - 666.
- 39- Ellis DS, Southee T, Lioyd G, Platt GC, Jones N, Stanford S. Congo/ Crimean heamorrhagic fever virus from Iraq 1979: I Morphology in BHK21 cells. *Arch Vrol*. 1981; 70: 189 - 198.
- ۴۰- مهربانی توانا علی، عطایی رمضانعلی. آیا احتمال انتقال ویروس cchf از طریق هوا وجود دارد، مجله طب‌نظامی، شماره زمستان، بخش ۴، ۱۳۸۱، صفحات: ۲۶۴ - ۲۶۱.
- 41- DaSilva E and Iaccarino M. Emerging diseases: a global threat. *Biotechnology Advances* 17 (1999) 363-384.