دکتر حسن حاتمی، دکتر مهشید ناصحی، دکتر یحیی دولتی

الف) مقدمه و معرفی بیماری

۱ - تعریف و اهمیت بیماری

جذام (البروسیا یا بیماری هالینس) در طول تاریخ به آن را جذام دو نام داده و به فارسی به عنوان چشمه و جذام نیز می‌شناسند، البته این نام‌ها از هم‌افزار دو قواعد متفاوتی است. این بیماری نوعی بیماری انسانی مزمن است که به وسیله ماکروبیریوم لپرا ایجاد می‌شود و طیف نوبتی آن (نمونه‌های ۱۰-۱۱) وابسته به پاسخ ایمنی میزان است. هر چند جذام به عنوان یک بیماری مزمن باکتریایی پوست و عصب محبوب مطرح است، در نوع لپروسیاوس (Lepromatous) باعث گرفتاری راه‌های تنفس فوتوانی زیر ماه می‌شود. کارش انسان سازمان جهانی بهداشت، «جذام جذام» را از نقطه نظر کاربردی، چنین تعیین گردیده‌اند: یک مورد جذام، عبارت است از شخصی که دچار ضایعات هپریچنیت به قرنم زنگ با فذان قطعی چشم در گریز عصبی محبوب، به صورت پخیمی شدن ویژه‌ای و از دست دادن حس و اسیر بیشتری می‌شود از نظر پاسخ‌های آسیب‌داران، به صورت مزمن یا مجمع‌آوری از این تغییرات، باشد.

این سناریو در کتاب گراندی قانون فرمایند: جذام، یکی از بیماری‌های مسی، است که گاهی از بدن و مادر به کودکان آنها و از بیماران، به همسایگان آن‌ان انتقال می‌یابد و با وضعیت نامطلوب مسکن و تغذیه نیز مرتبی است.

۲ -عامل اتیولوژیک

عامل اتیولوژیک، ماکروکپتیریوم لپرا (Mycobacterium lepra) است. این باسیل در محیط کشت باکتریولوژیک به کشت سولول رشد می‌کند که در هر گرم نسبتاً کافی پاک می‌شود. به مرز یک میلیون عدد تکنر یافته، نیز در دست یکی از خون‌گان به‌نام آمریکایی‌ها بیش از دو نیم‌وکی دو عدد و یک تا ده بیلیون در هر گرم تکنر می‌یابد، ماکروکپتیریوم لپرا باسیل مقاوم (Acid fast) به اسید است که از نظر ویژگی‌های آنی‌نیک، بیوشیمیایی و مورفولوژیک، شبیه‌ترین ماکروکپتیریوم‌های همی‌باشد.

این آگونیسم، به طوریکه در نسل کرم می‌تواند در عرض ۱۲-۱۵ روز تکنر می‌شود.

ب) ایدئمپولوژی توصیفی

۱ -دوره نهفتگی

دوره نهفتگی آن در محدوده ۳ ماه تا ۸ ماه است یا به طور متوسط برای جذام توبرکولوئید ۳ سال و برای جذام لپروسیاوس حدود ۸ سال است. بیماری به تدریج در اطفال کمتر از سه ساله بروز می‌کند ولی با وجود این، بیش از ۵۰ سال از کودکان کچگیر از یک ساله گزارش شده است. به طوریکه کمی سن‌ترین آنها ۲/۵ ماهه بوده است؛ واقعیتی که می‌تواند ناشی از طولانی‌بودن دوره‌ی نهفتگی بیماری باشد. لازم به ذکر است که این دوره، در نوع لپروسیاوس، طولانی‌تر از توبرکولوئید است.
2- سیر طبیعی

بیماری پس از طی دوره نهفته‌گی به یکی از اشکال لیپوماتو (L.I., Tuberculosis (T))، لیپوماتو یا نامشخص (Indeterminate) بیماریانی تولید می‌کند. این بیماریانی به اشکال لیپوماتویی (BL) و نامشخص (Indeterminate) تقسیم می‌شوند. هر یک از این حالت‌ها یا سیر جدایگانی ادامه خواهد یافت. به طوری که قبل از کشف آن‌ها، بیشتر به جامعه بیماریان به جامعه لیپوماتویی به عنوان عفونتی میدانی گروه آن‌ها را از دست داده و در انسان‌ها که مبتلا به چنین سازمانی، با تشخیص بیماریانی جاری از تولیدکننده لیپوماتویی و اکثر مبتلاان به نوع بی‌پایینی و بیماریانی (BL) ترکیبی دارای ضمن این شکل می‌توانند به مدت بیماریانی به شکل سیگار و بیماریانی با سمت نوع لیپوماتویی توصیف می‌کرد ولی بیماران مبتلا به جامعه لیپوماتویی و سه چهارم مبتلاان به نوع نامشخص، سرانجام، خودخود بپوشند.

تأثیر تشخیص و درمان زودرس بیماری در پیش آگهی مناسب در عصر قبل از کشف آن‌ها بی‌پایینی نیز مورد توجه صاحب نظر بوده است به طوری که این سینا موشکی که کمک که به تاریکی متل به جامعه بیماری و لیپوماتویی در این مسئله سیستم می‌شود و بیماریانی آن‌ها به سه گروه (این‌هاها) بر شکل این‌هاها بسته به شکل می‌شود:

صعوبات پیش‌بینی است. اما وقتی بیماریان را دوام‌دار و وضعیت نابینای بیمار کردی، آزمایش‌های شوید بسیار مشکل است.

3- انتشار جغرافیایی

الف- وضعیت مهانی و منطقه‌ای بیماری

پیش‌ترین موارد جدای کردن مربوط به جنوب شرق آسیا، آمریکا، و آفریقا است و طبق گزارش WHO در آغاز سال 2008 212 مورد جدایی از موارد مزمن و مواردی که اخیراً تشخیص داده شده است، در سطح جهان شناسایی گردیده است.
همان گونه که در نمای ۶۰۰-۶۰۰ مشاهده می گردد، روند کشف موارد جدید بیماری همواره رو به کاهش بوده است. به طوری که در سال ۱۹۹۹، تعداد ۱۲۱ میلیون نفر در سطح جهان مبتلا بوده و لی کارد بر و سیع دارها که آن جام نهایی رد شده است و در سال ۱۹۹۹ نا ۱۹۹۹ باعث مالچمه و بیهوشی حدود ۱۰ میلیون نفر (۸۸٪) آنان شده است و در سال ۱۹۹۹ نا ۱۲۱ کشور اندامیک، در ۹۸ کشور، موقعیته که حذف این بیماری (مورد کمتر از ۱۰ نفر در هر ده هزار نفر جمعیت) غریب‌ماند.

جدول ۱-۱

<table>
<thead>
<tr>
<th>منطقه جغرافیایی</th>
<th>موارد جدید تشخیص داده شده در ۲۰۰۸</th>
<th>موارد جدید در آغاز سال ۲۰۰۸</th>
<th>موارد جدید در سال ۲۰۰۷</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنوب شرقی آسیا</td>
<td>۱۲۴۵۳</td>
<td>۳۹۲۸۸</td>
<td>۳۰۵۵</td>
</tr>
<tr>
<td>قاره آمریکا</td>
<td>۳۱۷۲</td>
<td>۳۷۲۵۸</td>
<td>۳۱۵۲</td>
</tr>
<tr>
<td>افراپا</td>
<td>۲۰۰۲</td>
<td>۱۸۰۵</td>
<td>۲۰۵۵</td>
</tr>
<tr>
<td>غرب اقیانوس آرام</td>
<td>۸۱۲۱</td>
<td>۳۱۷۲</td>
<td>۸۵۱۲</td>
</tr>
<tr>
<td>شرق مدیترانه</td>
<td>۲۳۲۱</td>
<td>۲۳۲۱</td>
<td>۲۳۲۱</td>
</tr>
<tr>
<td>کل موارد</td>
<td>۲۱۲۸۸۲</td>
<td>۲۱۲۸۸۲</td>
<td>۲۱۲۸۸۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

روند کشف موارد جدید جذام در سال‌های ۲۰۰۷-۲۰۰۱

جدول ۱-۲

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعداد موارد</th>
<th>۷۶۴۳۲۶</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>۶۲۰۶۳۱</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۵۱۴۷۱۱</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۴۰۷۷۹</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۲۹۹۰۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۲۶۵۶۶</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۲۵۴۵۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

طیبعت بیماری به نحو بارزی تحت تأثیر انتشار جغرافیایی آن قرار دارد به طوری که در کشورهاي آسیایی و آفریقایی در اغلب موارد به شکل توربوکوتید و تنها در ۲۰٪ موارد به شکل امپورومی توجه کننده، در حالی که در برزیل و ونزوئلا به نحو شایعی به شکل امپورومی عارض می‌گردد.

از مجموعه ۱۱۸ کشور و منطقه‌ای که در سال ۲۰۰۷ گزارش اقدام‌های مراقبت خود در خصوص جذام را به سازمان جهانی بهداشت ارائه داده‌اند تعداد ۴۵ نفر، بین صفر تا کمتر از یکصد مورد جدید را گزارش نموده‌اند.

شایان ذکر است که ۹۵٪ موارد جدید سال ۲۰۰۷ مربوط به ۱۲ کشور آنتولا، بنگلادش، برزیل، چین، کنگو، ایوری، هند،...
جدول ۲-۴ موارد جدید جذام در منطقه شرق مدیترانه در سال ۲۰۰۷ میلادی

| کل موارد (شیوع) | موارد جدید گزارش شده در سال ۲۰۰۷ | عود | منطقه
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>انگلستان</td>
<td>۲۲</td>
<td>۳</td>
<td>۵</td>
</tr>
<tr>
<td>بحرین</td>
<td>۲</td>
<td>۳</td>
<td>۵</td>
</tr>
<tr>
<td>مصر</td>
<td>۱۵۹۲</td>
<td>۸۸۲</td>
<td>۸۲۷</td>
</tr>
<tr>
<td>ایران</td>
<td>۱۸۴</td>
<td>۱۳۵</td>
<td>۴۵</td>
</tr>
<tr>
<td>عراق</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>اردن</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کویت</td>
<td>۶۰</td>
<td>۳۱</td>
<td>۲۹</td>
</tr>
<tr>
<td>لیبی</td>
<td>۲</td>
<td>۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>الجزایر</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۵</td>
<td>۲۸</td>
</tr>
<tr>
<td>عمان</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پاکستان</td>
<td>۸۵۶</td>
<td>۴۶۷</td>
<td>۳۸۹</td>
</tr>
<tr>
<td>عربستان</td>
<td>۱۴</td>
<td>۵۰</td>
<td>۲۵</td>
</tr>
<tr>
<td>سومالی</td>
<td>۱۱۲</td>
<td>۳۱۲</td>
<td>۲۴۱</td>
</tr>
<tr>
<td>سوئد</td>
<td>۳۹۰</td>
<td>۱۷۰</td>
<td>۱۲۰</td>
</tr>
<tr>
<td>سوئیس</td>
<td>۲</td>
<td>۱</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سوئیس-تونس</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>امریکا</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فنلاند</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ازبکستان</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>چین</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>۶۴۰</td>
<td>۱۴۴</td>
<td>۴۱۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- وضعیت بیماری در ایران

بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، کشور ایران جزو کشورهایی است که شیوع بیماری جذام را به کمتر از یک مورد در هر دهه هزار نفر جمعیت کاهش داده و در حال حفظ این بیماری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی، قبل از قرا رسمی سال ۲۰۰۰ موفق شده است. اعداد محدودی ایران در سال ۱۳۷۹ بر اساس منابع مختلف، حدود ۴۵-۷۰ هزار نفر، گزارش شده است و متذکر کردنی‌ها که از این تعداد فقط ۱۴-۱۳ هزار نفر شناسایی شده‌اند. ضمناً مشخص شده است که هر سه منطقه جنوب، خیزگاه‌های جذام بوده و از گذشته‌ها از مازندران، گیلان، اذربایجان، به کردستان و کرج، می‌گردد. همچنین شناخت شده است که در این زمان، استان گیلان با شیوع ۵/۸ نفر جذامی در هر هزار نفر جمعیت، آلوده ترین استان و پس از آذربایجان شرقی (۶/۸ در دهه‌هزار)، زنجان (۷/۱۲ در دهه‌هزار)، کردستان (۷/۱۲ در دهه‌هزار)، و ازبکستان غربی (۹/۸ در دهه‌هزار) قرار داشتند. به عبارت دیگر، کشورمان در این زمان پنج منطقه هیرانتدیگ جذام در سطح جهان بوده است (۵-۲ مورد در هر هزار نفر جمعیت) و این همین علتی که از گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت بررسی‌ای بر این امر به ایران در زمیره کشورهایی است که به سازمان حفظ جاذم در سراسر جهان از این ۴ مورد در هر هزار نفر جمعیت).

از نظر عوارض ظاهراً از ویژگی‌های جذام ایران این است که بیماری در بین مردم کشور ما بیشتر از سایر مناطق جهان، عوارض مهی تا در حد به پایداری کشیده می‌شود و در بیماری از مناطق سردسری کشور‌ها، اغلب به شبکه‌های ظاهر می‌گردد. در حالی که در نواحی مرطوب و گرمی‌تر، شبکه‌های بیماری نمی‌باشد و در مجموع، عوارض عمومی و مخصوصاً
عوایض چشمی در ایران، شایع‌تر از سایر مناطق دنیا بوده است.

وضعیت فعلی موارد کشور بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماریها

اکثر موارد جدای بهبود خورده، سال‌ها است که این بیماری در جمهوری اسلامی ایران به مراحلی حذف رسیده است. روش‌که کیان بیماریز نیز امکان‌پذیر است و حصول این هدف تا این‌جا از طریق ادغام کامل مرازه با جاده در شبکه‌های بهداشتی دموکراتیک کشور و آن طریق درگیر نمودن جامعه در کشف موارد و درمان بیماران استفاده از درمان‌های جدید درآوری امکان‌پذیر می‌باشد. شناسایی موارد جدید جامان در کشور از سال ۱۳۶۴ روندی رو به کاهش داشت است. این روند توزولی که به ویژه در مناطق آدنمیک بیماری یعنی آذربایجان شرقی و غربی، اردبیل، گیلان، مازندران، گلستان، خراسان، سیستان و بلوچستان، هرمزگان، بوشهر، خوزستان، لرستان، کرمانشاه، کردستان، قزوین، زنجان، و تهران به خوبی نمایان می‌باشد، در تجربه دو عوامل مهم حاصل شده است: ۱- استفاده وسیع از روش درمان جندارویی؛ ۲- تقویت و بهبود نظام مراقبت بیماری.

دستاوردها:

از سال ۱۳۶۴ یا کنون تعداد موارد سالانه‌ی شناسایی شده بیماری جدای کاهشی تدریجی از خود نشان داده و تاکنون در سال ۱۳۷۱ به دلیل بهبود نظام مراقبت بیماری افزایش محسوسی در تعداد موارد کشف شده خانه‌ای است. جمع تئودی موارد بیماری تا سال ۱۳۷۱ (که کمتر از سال قبل از آن در نظام اطلاعاتی رابطه‌ای بین شده) ۴۶۲۸ مورد بوده است که پس از حذف موارد تکراری به ۴۵۷۵ نفر تقلیل یافته و در سال ۱۳۸۸ به ۱۸۸ مورد رسیده است (جدول ۴-۰۳).

جدول ۴-۰۳: فراوانی موارد کشف شده در سال ۱۳۷۰ در سطح کشور

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعداد موارد کشف شده</th>
<th>غیر ایرانی</th>
<th>ایرانی</th>
<th>کل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سال</td>
<td>۲۷</td>
<td>۱۴۴</td>
<td>۱۷۱</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۲۸</td>
<td>۱۶۰</td>
<td>۱۸۸</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۵</td>
<td>۱۵۶</td>
<td>۱۷۱</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۸</td>
<td>۹۱</td>
<td>۱۰۹</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۲</td>
<td>۱۰۴</td>
<td>۱۱۶</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۵</td>
<td>۹۶</td>
<td>۱۱۲</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۷</td>
<td>۸۵</td>
<td>۱۰۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۰۴</td>
<td>۸۵</td>
<td>۱۸۹</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۵۰</td>
<td>۶۵</td>
<td>۱۱۵</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۲</td>
<td>۴۳</td>
<td>۵۵</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۹۴</td>
<td>۴۲</td>
<td>۱۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۸۴</td>
<td>۸۲</td>
<td>۱۶۶</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۷۵</td>
<td>۳۵</td>
<td>۱۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۶۱</td>
<td>۳۱</td>
<td>۹۲</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۸۲</td>
<td>۳۸</td>
<td>۱۲۰</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۶۸</td>
<td>۶۸</td>
<td>۱۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۴۱</td>
<td>۴۱</td>
<td>۸۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

میزان شیوع جدای در آن زمان ۳/۱ در هر ده‌هزار نفر جمعیت بوده که این امر نشانگر آن است که از همان زمان بیماری در مرحله‌ی حذف در سطح کشوری بوده است. روند توزوی کشف موارد جدید بیماری همچنان ادامه یافته و تا این‌که در سال ۱۳۷۵ با میزان شیوع کشوری ۱۲/۳ در هر ده‌هزار نفر جمعیت در مرحله‌ی حذف در سطح استانی دراک گرفته و نهایتاً در سال ۱۳۷۶ با میزان شیوع کشوری ۱۲/۰ در هر ده‌هزار نفر جمعیت به مرحله‌ی حذف در سطح شهرستانی دست یافتیم.
در مناطقی که جناد در حال حرف افتاده است، می‌تواند از نوع پیش‌سیال و گروه سیالاتی 15 سال می‌باشد. این
واچیت ایمپلنتوریک در گیشه می‌تواند در میلیون‌ها کار، کارهای معمولی، مشکوکی، خودشان سریعاً چهت شخص و مالیات

اصول استراتژی حذف جدایی تاریکتاد از:

- تعیین حذف برنامه و جدول زمانبندی‌های مالیتی
- به کارگیری تام‌تر قزیانه برای برداشت
- افزایش آگاهی جامعه در مورد جدایی به طوری که افراد با ضایعات مشکوک، خودشان سریعاً چهت شخص و مالیات

مراجعه نمایند.

- گسترش خدمات تشخیصی و درمان گرفته‌بامی بیماری جدایی به طور موسسات بهداشتی
- اطمینان از اینکه کلیه موارد می‌توانند موجود، رژیم مناسب MDT را دریافت می‌کنند
- تشوه تام بیماران برای انجام درمان منظم
- تأمین کلیه خدمات مشترک مطابق با منظور یا مهمات و ارزش‌های برنامه

مشکلات موجود عبارت از:

- امتیاز تعمیمی از بیماران از ادامه درمان به غلبه ترس از عوارض دارویی
- تداوم وجود داغ اجتماعی ناشی از جناد در ازدها معمومی جامعه
- تردید و جابجایی مهاجرین خارجی به خدمات امدادی
- عدم غیره بدنی به طرف مراجعه‌های بهداشتی کشور
- عدم پیگیری مداوم بیماران مجدوم در امر تکمیل درمان

لازم است با استفاده از سایر کمک‌آموزشی و تیک آموزش جهت‌ورزی به وقوع‌های درمانی تعادل کاهش وضعیت‌های فردی کلی بیماری اکستراتیز گردد. آموزش مستمر کارکنان در سطوح مختلف شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور نیز از مزومات

تسریح کشف موارد بیماری در سطح کشور خواهد بود.

۳- رونان زمانی

جناد رونان زمانی خاصی ندارد و با توجه به دوره‌های نیفتگی سیستم طولانی باعث طیف‌های یا هم‌گیری‌های دوره‌ای نمی‌شود.

و با صنعتی شدن بسیاری از کشورهای بومی به سرعت از میزان آن کاسته شده است.

۵- تامین سن، جنس، محل و موقعیت اجتماعی

بیماری در هر سنی ممکن است حدود گردن ولی حاکم شدیدی سنی آن در بالعده جوان است، در طولی که در مناطق
اندیکا، بر روی سنی بیماری در سنین 26-25 سالگی به اوج می‌رسد، لازم به ذکر است که حداقل شدید سنی در نوع توده‌کولیونی
حدود 12-15 سال است و کودکان کمتر دچار جناد ایمپلنتوری می‌شوند. در بعضی از نواحی برخی بروز جناد در جنس مذکر بیشتر از جنس
ممنوع است و شکل ایمپلنتوری بیماری در مردان به بهترین حال زنان عارضه می‌گردد. تأثیر فقر در بروز جناد به اثبات رسیده است.

شایان ذکر است که در استادیسیون تازه‌تر بیشتر به جناد به علت آنکه این امر به نمک ونیک توان از دیگر تغییرات مجزا نمود
عمل غیر ممکن است و اگر جناد در منطقه‌های شایع است به علت دخالت عوامل بیولوژیکی، اقتصادی و اجتماعی است و

ممولاً از اجازه می‌شود استفاده و قوی مقد تند

بر اساس مطالعاتی که در سال 1371 در ایران صورت گرفته است، جمعیت افراد کمتر از 30 سال و بیش از 60 سال مبتلا
به جناد در اساساً شایع بیش از 50 گروه‌های سنی برداشت است و عددها افراد می‌شود به مراتب بیشتر از افراد مبتلا شده است.

حدود 64% مسیلاپان را روستاییان و قبله را بیماران شهروند تشکیل می‌دادند. از نظر توزیع شغلی، اکثریت مجذوب‌می‌باشند از
کشاورزان تشکیل می‌دهند و در بین آنها کارمند، مهندس، کارگر کارخانه و رستوران، و غیره نیز به جمعیت می‌خورد.
6 - تأثیر عوامل مساعدکننده

از آنجا که با صنعت بزرگ برخی از عواملی که به دست کارکنان باشند و هم اکنون نیز بیشترین موارد آن در افتراق اسپتی بذر جامعه‌ای یافته می‌شود، باید یک قسمت از عوامل مساعدکننده بروز بیماری به عوامل مساعدکننده بروز بیماری به حساب آورد. لازم به بودن این موارد که هنگامی نیز به بعضی از این زمینه‌ها توجه داشته‌اند، به طوری که در داربست عالباته (قانون در طب) این بین سیتا علاوه بر تمام خانوادگی و انتقال داخل رحمی بیماری به تأثیر دارا و تحت تسلط نمایند که عوامل زمین‌ساز بروز جدایی اشاره شده است.

6-1 حساسیت و مقاومت در مقابل بیماری

احتمال عوامل زننگی، نقش در نحوه تظاهر بیماری جذام داشته باشد به طوری که HLA-DR3، HLA-DQ2 و HLA-DQ1 ترکیب همکاری با نوع لیپوماتوز است. از این طریق بین ترس و توجهی در جامعه افزایش یافته، بیماری را به یک ساختار اصلی را در منطقه آموزش یافته با افراد غیر بیماری است که همگامی اینها به نواحی دهنده نش تغییر یافته.

در آزمایش‌های جدیدی که باعث افزایش بروز بیماری‌های ماکروباستیتیال شده است و اندازه‌گیری می‌شود در افزایش بروز جذام می‌توان یافته که کالج انجام‌های است و مرجع به هم‌سازین این انجام خانوادگی با افراد غیر بیماری است که همگامی اینها به نواحی دهنده نش تغییر یافته.

7 - حساسیت و مقاومت در مقابل بیماری

اتمام زده می‌گردد. در حدود 90% افراد به سرپرستی به یک دارایی ایمنی برکناری نمی‌شوند. ضمناً علی‌رغم نادر بودن بیماران مبتلا به جذام نوع لیپوماتوز، اغلب بیماران که در منطقه آموزشی، زندگی می‌کنند در خواست شواهد ایمنولوژی می‌باشد. بی‌پایی با ماکروباستیتیال لیپوماینات و این ناحیه‌ها، این کمک که جمعیت اینه جدید است که بیماری از این افراد ممکن است در کنار عفونت‌گیری کنار گردد. به سمت بیماری آنکار با پیش‌مریت زنده‌بستری در منطقه باشد. در این حال موجبات آدیونیک این قبلاً در فراهم کرده و خود

8 - میزان حمله شانویه

بر اساس گزارش‌های موجود، محاسبه از موارد تمام خانوادگی با احتمالاتی به جذام لیپوماتوز در حدود 414 تا 12 درصد انتقال نشان دهنده و این در حالی است که بیماران اصلی تحت درمان انتقال زیاد بیماری ممکن است در طولی قابل حفظ نیفتکنی به یک دارایی اینه مدتی بعد در تمام واقعات حاضر می‌شود.

9 - منابع و مدارک. نحوه انتقال بیماری و دوره قابلیت سرایت

اگر انتقال بیماری از طریق هیربداسیون DNA شبیه به باسلامی انسانی از طریق هیربداسیون DNA میمون دنبالی جدید است نیز به طور طبیعی آدیونیک می‌شود.

راهنمای انتقال یک گرد
- دستگاه نفس
- دستگاه گوارش
- پوست
- داخل رحمی (عمودی)
تماس با جوانان

حضور (؟)

جایگاه مناسب اطلاعات

راه اصلی ورود بایستی به بدن انسان مشخص نیست ولی محتمل ترین راه، دستگاه تنفس است. در مجموع، در مورد نحوه
انتقال جذام اعلامات ناباجی در دست می‌باشند. نسبت به نهایی بیماران بسیار طولانی است و تنها کاهش شدید می‌تواند برای
شناخت ارکان‌ها می‌باشد. در مجموع در دست نیست. نیاز بیماران به چنین اغذی نخودی می‌تواند به چنین دو گروه از
جدول 5-3 برای سایر افراد جامعه است. افراد مبتلا به جذام نوع لورامزوسیچی که دچار ضایعات داخل حفرات بینی هستند، تعداد
بیشتری از ارکان‌ها از طریق ترشحات بینی خود به محیط خارج می‌دهند و این باید از قبیل ترشحات خشک شده بینی در
محیط خارج به دست 20-60 هوای مانند و در صورت وجود رطوبت کافی، به آنها چسبیده و با حیاتیات ادامه می‌دهند و
موجات آندوزی می‌توانند با آنها را فراهم کنند. ضمناً تعداد بسیار کمی از طریق یک یا چند عضله قرین فرد مبتلا به لورامزوسیچی
این می‌توانند. لازم است که این امر به صورت قابل اطمینان بر مورد شناسایی نشود. اگر شما بتوانید این مطالعات و
افزایش زنجیره بیلی مارا (PCR) بر روی مخفی بینی، حاکی از انتقال موارد بدون علامت و تحت باینی بینالی به
تماس این‌ها نیز درک کنید.
1- پیشگیری اولیه

1- ارتقای آگاهی بهداشتی مردم و مخصوصاً افراد مبتلا و یا کشتن شدن آنها از عامل بیماریها می‌گردد.

2- قراردادن مشکلات امرتبی با بیماری‌ها مانند صحت‌پذیری و بازگشایی مسکن و تغذیه - به عنوان عوامل زمین‌ساز بروز بیماری.

3- واکنش‌های BCG در اوکانیا و گینه‌جیا نیز، در کاهش میزان بروز جذام نوع توباکولوئید در کسانی که در تمام با یپترین بیماران بودن تاثیر فاواتی داشته است، در مطالعاتی در هندوستان نشان داده شد که واکنش‌های BCG در جلکیری آقیچ نیز، به عنوان یک کنترل شیمیایی ممکن می‌باشد.

4- باید به‌وجود می‌گردد و در روزهای آن‌ها بیماری‌ها باید تصویب شود. BCG به این ترتیب و باکس EMCAE به بخش BCG گشایش می‌بیند.

2- پیشگیری ثانویه

1- بیماری‌ها که کشف سریع موارد بیماران

باید باید تاکنون این اطلاعات به طور صورتی و به طور کامل ارائه گردد. برای انجام بیماری‌های دقیق باید تمامی ساکنان روستا با مدت زمانی دقیق بوده که دقیق ترین موارد قرار داشته باشد.

روستا با مدت زمانی دقیق به طوری که بر اساس جریان، حتی میانگین کمتر از ۸۰ درصد جمعیت یک منطقه نیز کافی نخواهد بود. باید به این صورت میزان بیماری اصلی غربد و خطرات ویژه می‌کنند.

منابع تمامی آزمایشات در مناطق آلوده اگر به طور مستمر و دائم انجام گیرد، سپر خواهد شد که می‌توانند در مراحل اولیه و شروع بیماری به شناسایی و درمان نامیباشند.

از طرف دیگر اگر در دویان آزمایشات و در این سنین است، که شکل "آشنایی" بیماری‌ها حادثه می‌گردد و در صورت عدم تشخیص و درمان به موج به طرف اشکال ازبیماران و دافع بایستی سیر می‌کند.

ابن بیماری‌ها در شیوه‌های تشخیصی از روش‌ها است، ولی میانگین محصلان با فاصله دو بار در سال تنها به خواهد بود. همچنین میانگین رفتار کارگران کارخانه‌ها و سایر گروه‌هایی که در جابجایی معینی به طور مستمر جمعیت به کار اشغال می‌دارند و در این سنین است، که شکل "آشنایی" بیماری‌ها حادثه می‌گردد و در صورت عدم تشخیص و درمان به موج به طرف اشکال ازبیماران و دافع بایستی سیر می‌کند.

(متأسفانه به خون‌های بیماران و همسایگان تردید آن‌ها از اولویت همگام برخوردار است.)

2- دندان بیماران

تاثیر تشخیص بروز دندان در زندگی بیماران جذام بر سیر و پیش اگلز بیماری، و بارگیری سالمندان افراد بیماری، از قدم‌های اولیه.

مورد توجه صاحب‌نظر بوده است. همان‌طور که کافی است، در کتاب‌های این سنین صحبت‌هایی درک شده است: "کسی که به تازگی مبتلا به یک بیماری که آن را یک می‌کند، امید به معاونت‌های بیشتر است، اما وقتی بیماری رشته‌دار است، پسینه نیز باید کار انتقال نشده، همه می‌باید این پاسخ‌ها مشابه است". امروزه کشف سریع موارد بیماری و به ویژه موارد غیرمحترم از مبادله می‌تواند به سبب بازی‌های بیماری به کمتر از استراتژی جهانی و طرح عمکبرد برای جنایات بروز جنای این عناوین یک مضیف بهداشتی عوامی و کاهش شیوع بیماری به کمتر از
یک مورد در هر ده‌هاز جنگ جهانی دوم، نیما یوشیج در سطح جهان به عنوان یکی از اقتامات کریستلی سیاسی در خانم‌زامان جهانی به‌دشان مطرح است و در تمام کشورهایی که جنگ هستوز در حال وقوع است، این هدف باید مبتنی بر توافق انتشار جناب و عوام اجتماعی، فیزیکی، فرهنگی و اقتصادی باشد. استراتژی جهانی دفاع جنای - که با اساس بیماری‌های درمان‌های رئیسی نظریتی استوار است - به عنوان یکی از مقررات برای فردیت و مداخلات در عرصه‌های پیش‌رونده عمومی به حساب می‌آید.

رژیم اسلامی تعلیم و تربیت بیماری‌ها در آن مورد نشده است.

الف - بیماری‌های در جامعه (در افراد درمان نشده):

ب - مشکلات مورد مشاهده شده در درمانندگان (MDT):

 ضمن اینکه تا کنون جهانی به کار گرفتن در فلسفه بیماری‌ها تا پایان از ۷۵٪، یک مورد اضافی رضایت بخش بوده است.

همنگین متی وظیفه بنیان‌گذاری - به یاد سنگینی که در رابطه با یکی از موارد جدایی که به دلایل مختل شده است، تأثیرات مورد بحث به‌صورت مثبت می‌باشد. در دوره‌های جنایی چنین مشخص است که با یک روش درمان چند دارویی از مزان انتقال بیماری از ارتقای کلیه می‌شود.

صحبت‌هایی است که در هنگام برخورد با مبارزه اصلاحات در کرمانشاه نشان داد که توانسته است به ارتقای دنیای بسیاری بیماری‌ها با اعمال ماهانه توسط می‌شود.

شرح‌هایی در این هنگام بود چرا که این هنگام باعث می‌شود. در زمان اثرگذاری این موارد در مورد راه یافتن به این موارد در پردازش باید مبارزه با دردسر و راه‌حل‌ها را تاکید کرد.

۶ - بیماری‌های قابل غفلتی:

در موارد تفریح‌نیاز، نیازی به جداسازی بیماری نیست و توان در زمان لازم است برای درمان‌های دیگر بیماران انتقال بیماری از این موارد در نظر گرفته شد.

۷ - بیماری‌های قابل غفلتی:

در موارد تفریح‌نیاز، نیازی به جداسازی بیماری نیست و توان در زمان لازم است برای درمان‌های دیگر بیماران انتقال بیماری از این موارد در نظر گرفته شد.

۸ - بیماری‌های قابل غفلتی:

در موارد تفریح‌نیاز، نیازی به جداسازی بیماری نیست و توان در زمان لازم است برای درمان‌های دیگر بیماران انتقال بیماری از این موارد در نظر گرفته شد.

۹ - بیماری‌های قابل غفلتی:

در موارد تفریح‌نیاز، نیازی به جداسازی بیماری نیست و توان در زمان لازم است برای درمان‌های دیگر بیماران انتقال بیماری از این موارد در نظر گرفته شد.

۱۰ - بیماری‌های قابل غفلتی:

در موارد تفریح‌نیاز، نیازی به جداسازی بیماری نیست و توان در زمان لازم است برای درمان‌های دیگر بیماران انتقال بیماری از این موارد در نظر گرفته شد.
۴ - سایر اهداف کنترلی

از اندازه‌گیری بیماری‌های مسرو ریشه در جهل پیداشته و فقر مالی مردم دارد و به عنصر نامی‌بکر چهل‌فقر و بیماری، همواره سه راس یک مثلث را تشکیل می‌دهند و چرخان نیز این فاصله مستقیمی نیست و لازم است در کنترل این بیماری، فقط به بیماری‌پی و درمان بیماران اکتفا نگردد و بکه با درهم شکستن اضلاع این مثلث شوم، به اقدامات زیرنامه تری پرداخته شود.

(د) چند نکته

همچنین پیشترین موارد HIV مبتئد شناسایی شده در سطح کشور، در استان‌هایی رخ داده است که بیماری جنجال در آنها از شیوع چندان بروز‌های شدید، با توجه به ارتباط ثانی به بیماری‌های مایکوسربیال و HIV و عدم مطالعه در این زمینه در سطح کشور، اولاً مشاهده می‌شود در بیمارستان‌هایی که محدودیت‌های استانی متوقف نمی‌شود. افزایش HIV را نیز جزو آزمون‌های رایج این بیماری قرار دهنده و نتایج همکاران عالی‌مندند. دست کم در سطح استان‌های محفل فعالیت خود، چنین بوزه‌هایی را اغاز نمی‌نمایند.
منابع

5) K. Park, Park’s Textbook of Preventive and Social Medicine, 18th edition, M/s Banarsidas Bhanot, publishers, India, 2005.
20) Leprosy situation in the world and multidrug therapy coverage Weekly Epidemiological Record, WHO, 22 May 1992, No, 21 pp 158.

177 صفحات

1877-1878

1821

1671

1341

2018

1386

1342

1367

1321

1361

1341

1361