



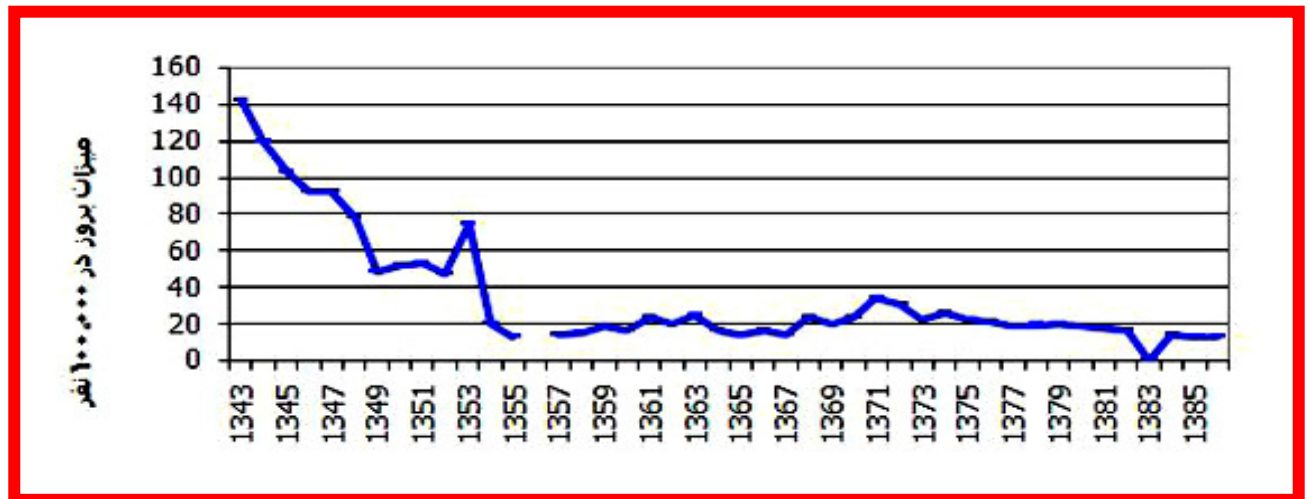
اورژانس جهانی سل

MDR-XDR-XXDR

بر طبق برنامه جهانی مبارزه با سل می بایستی جهان تا سال ۲۰۱۵ به توقف رشد بروز سل برسد و از آن به بعد کاهش بروز سل را شاهد باشیم و شیوع و مرگ و میر بیماری باید تا سال ۲۰۱۵ در مقایسه با سال ۱۹۹۹ به نصف کاهش یابد و تا سال ۲۰۵۰ موفق به دستیابی بروز کمتر از ۱ در میلیون شده یعنی سل را حذف نمائیم. حداقل ۷۰٪ موارد اسامیر مثبت تشخیص داده شده و طبق DOTS درمان شوند و حداقل ۸۵٪ موارد اسامیر مثبت با موفقیت درمان شوند.

برای رسیدن به اهداف این برنامه حدود ۲۳ سال است که استراتژی dots اجرا می شود و بنا بود با اجرای این راهکار میزان موفقیت در درمان سل به رقمی معادل ۹۰ تا ۹۵ درصد و حتی بیشتر برسد، در حالی که بدون اجرای dots موفقیت کمتر از ۷۰٪ بود.

نمودار زیر که آمار کلی موارد بیماری را از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۸۷ در کل کشور نشان می دهد، بیانگر موفقیت نسبی کشورمان در مسیر رسیدن به اهداف جهانی فوق الذکر می باشد.



متأسفانه 80 درصد بیماران مسلول اکنون در ۲۲ کشور توسعه نیافته جهان زندگی می کنند که دو کشور از این مجموعه شامل پاکستان و افغانستان همسایه ما هستند به همین علت حدود ۱۵ درصد بیماران مسلول در ایران اتباع خارجی و تبعه این دو کشورند، در برخی از این کشورها بویژه پس از گسترش بیماری ایدز، موارد بیماری سل روند افزایشی داشته است. در کشور ما هم ضمن نادیده نگرفتن کارهای انجام شده نباید با دیدن نمودار فوق دیگر نگرانی از بابت سل نداشته باشیم، زیرا

هنوز هم به شاخصهای مطلوب دست نیافته ایم به عنوان مثال بر اساس آمار سال ۸۷ بیماران شناسایی شده ما فقط ۶۱٪ موارد انتظار بوده است و ۳۹٪ بیماران شناسایی نشده اند و مهمتر از همه مشکل مقاومت دارویی است ، همانطور که در جدول زیر مشاهده می شود در کشور ما هم بروز موارد مقاوم به درمان رو به افزایش است و این زنگ خطر جدی و هشدار است برای احتمال بازگشت سیر صعودی بروز بیماری سل .

1387	1386	1385	1384	1383	1382	1381	
9	18	22	21	25	8	3	تعداد موارد قطعی MDR-TB
25	22	16	7	3	0	2	تعداد مواردی که باشک به MDR-TB تحت درمان با داروهای خط دوم ضد سل قرار گرفته اند

جدول زیر نیز آمار است مربوط به سال ۲۰۰۵ که از سوی who منتشر شده و موید همین معناست.

TB estimates by WHO; world, 2005.	Estimated number of cases	Estimated number of deaths
All new TB cases	8.8 million	1.6 million
Multidrug-resistant TB (MDR-TB)	424,000	116,000
Extensively drug-resistant TB (XDR-TB)	27,000	16,000

در گزارش وضعیت کشور نیز آمار موارد شکست درمان بیماران ریوی اسمیر مثبت در سالهای ۸۲ تا ۸۴ به ترتیب ۲,۷ ، ۲,۷ و ۳,۲ بوده است. همه اینها بیانگر وقوع اتفاقی جدید و بسیار ناخوشایند در گسترش بیماری سل می باشد و آن اتفاق نه تنها گسترش موارد mdr-tb است بلکه خبر از پیدا شدن اشکال جدیدی از موارد مقاوم به درمان سل را می دهد که به xdr-tb و xxdr-tb معروف شده اند.

MDR, XDR, XXDR-tb چیست؟

MDR: مواردی که حداقل به دو داروی isoniazid و rifampin مقاوم باشند.

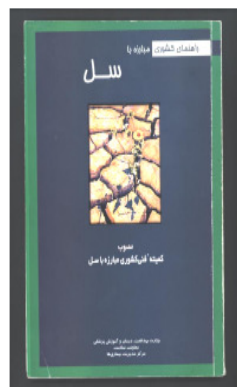
XDR-tb (Extensively Drug Resistance): مواردی که علاوه بر مقاومت نسبت به حداقل دو داروی فوق نسبت به فلوروکینولونها و حداقل یکی از سه داروی تزریقی capreomycin, kanamycin, amikacin مقاوم باشند.

XXDR-tb (Extremely Drug Resistance): مواردی که به کلیه داروهای خط اول و دوم سل مقاوم باشند. یعنی هیچ

دارویی برای درمان آنها وجود نداشته باشد

TB condition	Definition
Multidrug resistant (MDR)	Resistance to: + Isoniazid + Rifampicin
Extensively drug resistant (XDR)	Resistance to: + Isoniazid + Rifampicin + Any fluoroquinolone + At least one of the three injectable drugs: capreomycin, kanamycin, amikacin
Extremely Extensive drug resistant (XXDR)	Resistance to: + All first-line anti-TB drugs + All second-line anti-TB drugs

در کشور ما حد اقل در یک مطالعه در سال ۲۰۰۶ میلادی ۷ مورد XDR گزارش شده است و تا کنون از حدود ۵۵ کشور دنیا مواردی از xdr گزارش شده است که اغلب از کشورهای توسعه یافته میباشند که به دلیل داشتن امکانات تشخیصی پیشرفته تر زودتر موفق به شناسایی این گونه مقاوم شده اند. xxdr هم بر اساس یکی از اسناد منتشر شده who (۳ سپتامبر ۲۰۰۷) دو مورد در منطقه یورو گزارش شده است. و این یعنی باید اقدام تازه ای انجام داد و تغییری در مدیریت درمان سل ایجاد کرد، متأسفانه تا این تاریخ (مهر ۸۸) ما هنوز هم دستورالعمل کشوریمان همان کتاب چندین سال قبل است.



ظاهراً کتابچه فوق مورد ویرایش قرار گرفته است و متن جدید آن در سایت اداره سل و جذام موجود است اما تا این تاریخ رسماً بدست ما نرسیده است.



البته در این کتاب هم فقط در صفحه ۱۰۲ آن (فایل PDF موجود در سایت) اشاره ای مختصر و گذرا به XDR شده است که متن آن عیناً در زیر آمده است:

البته شکل بسیار نگران کننده دیگری از سل مقاوم به چند دارو نیز در سال های اخیر ظهور کرده که سل فوق مقاوم به دارو نامی ده می شود (XDR-TB)* تعریف آن عبارتست از : موردی از سل مقاوم به چند دارو که مایکوباکتریوم توبرکلوزیس ایجاد کننده ی آن در شرایط آزمایشگاهی حداقل به یکی از کینولون ها و یکی از داروهای تزریقی خط دوم ضدسل نیز مقاومت نشان داده است.

1. بیمار مبتلا به سل در صورتی مقاوم به دارو تلقی می شود که مدرک آزمایشگاهی قطعی دال بر وجود مقاومت حداقل به یکی از داروهای خط اول ضد سل برای وی موجود باشد.

2 eXtensive Drug Resistant Tuberculosis = XDR-TB*

۴۰۰۰۰۰ مورد جدید MDR و ۲۵ تا ۳۰ هزار مورد جدید XDR برای سال ۲۰۰۷ در جهان برآورد شده بود.

	Estimated number of cases	Estimated number of deaths
All new TB cases	8.8 million	1.6 million
Multidrug-resistant TB (MDR-TB)	424,000	116,000
Extensively drug-resistant TB (XDR-TB)	27,000	16,000

Source: WHO. WHO report 2007: global tuberculosis control; surveillance, planning, financing. Geneva: WHO (WHO/HTM/TB/2007.376)

همانطور که مشاهده می شود مرگ و میر موارد mdr و xdr بسیار بیشتر از موارد حساس به درمان است و انتظار می رود که در آینده ایی نه چندان دور با گسترش این سوشها و همچنین موارد xxdr بیماری سل به یک بیماری غیر قابل درمان فوق اورژانس تبدیل شود، لذا به نظر می رسد که درمان نا مطلوب بیماران عمده ترین علت ایجاد و گسترش mdr-tb می باشد و به تبع آن عدم تشخیص و درمان نا مطلوب موارد mdr-tb که منجر به ایجاد موارد xdr و xxdr شده است لذا who با کمک نهادهای STOP-tb و GLC (green light committee) و GDF (global drug facility) و... تلاش می کند با ارائه راهکارهای جدید و افزایش کمی و کیفی دسترسی به داروهای خط دوم و اطمینان از درمان موثر بیماران mdr-tb و افزایش دسترسی به تجهیزات فنی بیشتر در برنامه مدیریت و درمان mdr-tb و... باعث جلوگیری از ایجاد و گسترش موارد xdr-tb و بار جهانی بیماری می شود.

اما وظیفه ما در این برهه از زمان چیست آیا باید دست گذاشته و منتظر فرامین مستقیم WHO ، GLC ، و... بمانیم و یا منتظر بمانیم تا داروهای جدیدی کشف شود و یا بیاییم با نگرشی به عملکرد گذشته خود ضمن شناسایی نقاط ضعف و قوت اقدام به رفع نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت خود نموده و از گزارشات و تحقیقات و توصیه های سازمان بهداشت جهانی و نهادهای بین المللی وابسته و یا مشابه حد اکثر بهره را در برنامه ریزیمان ببریم .

به نظر من یکی از مهمترین علل ایجاد وضعیت نگران کننده فوق الذکر عدم اجرای کامل و صحیح DOTS است ، یکی از مهمترین اجزای این راهکار اینست که دارو روزانه و تحت نظارت مستقیم توسط بیمار مصرف شود . تجربه ثابت کرده است اگر نظارت مستقیم به فردی غیر از کارکنان بهداشتی واگذار شود تقریباً یعنی اینکه نظارت مستقیم انجام نشده است. از زمانیکه DOTS توسط WHO ارائه گردید در جاهایی که به طور کامل دستورات ارائه شده را اجرا نموده اند موفقیت‌های خوبی بدست آمده است حتی تا ۹۰-۹۵٪، اما بر اساس اطلاعات و تجربه اینجانب در کشور ما DOTS به صورت ناقص اجرا شده است و گر نه موارد MDR و XDR به این سرعت و با گذشت زمان کمی از استراتژی DOTS نباید افزایش چشمگیری داشته باشد. در برخی استانها و شهرستانها حداکثر اهتمام مجریان برنامه اینست که دارو را به صورت هفتگی تحویل بیمار دهند و کمتر اثری از مصرف روزانه دارو تحت نظارت مستقیم وجود دارد و اگر گفته شود تحت نظارت یکی از اعضای خانواده بوده کار بسیار اشتباهی است و منجر به موفقیت در درمان نخواهد شد.

در یکی از مراکز بهداشتی درمانی دیده ام که به بهانه اجرای DOTS و محیطی کردن اجرای برنامه پرونده بیمار به همراه داروی چندین ماه بیمار تحویل خانه بهداشت شده و پس از گذشت چند ماه نه کاردان و نه پزشک هیچکدام از بیمار خبری نداشتند.

در مواردی که به هر علتی نظارت مستقیم بر درمان امکان پذیر نباشد باید بیمار را در مرحله حمله ایی درمان بستری نمود و این نکته در کتاب راهنمای کشوری سل آمده است اما علیرغم وجود موارد اینچینی در هر شهرستانی بعید می دانم بیماری فقط با این اندیکاسیون بستری شده باشد، چرا؟ و یکی دیگر از شرایط بستری بیماران همراه بودن سل و HIV است که موارد آن در حال افزایش است که آن هم عملی نشده است.

نکته مهم دیگر بحث مشاوره با بیماران است که معمولاً کمتر به آن پرداخته می شود، در برنامه های مبارزه با HIV مشاوره به حق جایگاه والایی را به خود اختصاص داده است و برنامه های بسیار گسترده آموزشی در این خصوص انجام شده است اما در مورد سل چقدر به این موضوع پرداخته شده است ، نمی دانم شاید من اطلاع ندارم اما به هر حال مشاوره نقش مهمی در میزان موفقیت در درمان دارد بنده پژوهش علمی در این خصوص انجام نداده ام اما به عینه شاهد این بوده ام که در جاهایی که پزشک و سایر مجریان برنامه سل با علاقه مندی و دلسوزانه و به صورت مشاوره مهربان و با صرف وقت مناسب در تمامی مراحل درمان به ویژه بدو شروع درمان با بیماران برخورد نموده اند میزان موفقیت بسیار بالا و قابل توجه بوده است، ویزیت بیماری که قرار است به مدت طولانی روزانه مقدار زیادی دارو مصرف نماید (واگر این کار را درست انجام ندهد نه تنها خودش بلکه کل جامعه آسیب می بیند) قطعاً با ویزیت و تجویز دارو برای یک بیمار معمولی باید بسیار متفاوت باشد و نیاز به مشاوره ویژه دارد به همین دلیل اگر کسی به هر دلیل ممکن انجام مشاوره قبل از درمان و حین درمان برایش

میسر نیست بهتر است درمان بیمار را شروع نکند. یک بیماردرمان نشده حساس به دارو بهتر از درمان ناقص و ایجاد موارد مقاوم است.

اگر کسی دانش، انگیزه، توان و روحیه یک مشاور را ندارد نباید در فرایند درمان سل به کار گرفته شود به ویژه در زمان شروع درمان و بالاخص پزشک مسول درمان بیمار. بیمار بایستی به طور کامل در مورد بیماری، خطر و عوارض آن، روند بیماری بدون درمان و با درمان تاریخچه درمان، نحوه اثر داروها، نوع رژیم و انواع داروها و علت تجویز چند دارو باهم، مراحل و مدت درمان، عوارض احتمالی داروها و راههای پیشگیری از ابتلای دیگران و... به طور کامل آموزشهای لازم را دریافت کند و تا اطمینان پیدا نکردیم بیمار همه مطالب مورد نظر را یاد گرفته باشد آموزش را قطع نکنیم و این آموزش نه تنها در جلسه اول بلکه باید در تمام مراجعات و مراحل در مان به صورت مستمر ادامه داشته باشد در غیر این صورت اثربخشی آموزشها به مرور زمان کاسته خواهد شد و در روند درمان اختلال ایجاد خواهد شد.

در موارد زیادی مشاهده می شود که فرد درمانگر آموزشهای خود را به دلایل مختلفی مثل بیسوادی، کهولت سن، زبان یا لهجه متفاوت و.. به همراه بیمار می دهد و داروها را هم تحویل او می دهد که این کاری بسیار اشتباه و یکی از عوامل افزایش عدم موفقیت در درمان می باشد. بیمار و اطرافیان هر دو باید هدف آموزشی ما باشند و باید حد اکثر تلاش خود را برای آموزش هر دو گروه بنماییم و هدف اصلی ما از آموزش اطرافیان نباید انتقال آموزش به بیمار باشد و آموزش بیمار را وظیفه خود بدانیم.

مرکز آموزش بهورزی و ضمن خدمت قم

نبی اله مهدوی پور - کارشناس مبارزه با بیماریها