**ســـل و مقاومت هاي دارويي جديد *MDR-XDR-XXDR***

طبق برنامه جهانی مبارزه با سل می بایستی جهان تا سال2015 به توقف رشد بروز سل برسد و از آن به بعد کاهش بروز سل را شاهد باشیم وشیوع و مرگ و میر بیماری باید تا سال 2015 در مقایسه با سال 1999 به نصف کاهش یابد و تا سال 2050 موفق به دستیابی بروزکمتر از 1 در میلیون شده یعنی سل را حذف نمائیم. حداقل70%موارد اسمیر مثبت تشخیص داده شده و طبق DOTSدرمان شوند و حداقل 85%موارد اسمیر مثبت با موفقیت درمان شوند. برای رسیدن به اهداف این برنامه حدود 23 سال است که استراتژی DOTS اجرا می شود و بنا بود با اجرای این راهکار میزان موفقیت در درمان سل به رقمی معادل 90تا95 درصد و حتی بیشتر برسد، در حالی که بدون اجرای DOTS موفقیت کمتر از 70% بود. متاسفانه 80 درصد بيماران مسلول اكنون در 22 كشور توسعه نيافته جهان زندگي مي‌كنند كه دو كشور از اين مجموعه شامل پاكستان و افغانستان همسايه ما هستند به همين علت حدود 15 درصد بيماران مسلول در ايران اتباع خارجي و تبعه اين دو كشورند،در برخی از این کشورها بویژه پس از گسترش بیماری ایدز ،موارد بیماری سل روند افزایشی داشته است. در کشورما هم ضمن نادیده نگرفتن کارهای انجام شده نباید با دیدن نمودار نزولي دیگر نگرانی از بابت سل نداشته باشیم ، زیرا هنوز هم به شاخصهای مطلوب دست نیافته ایم به عنوان مثال بر اساس آمار سال 87 بیماران شناسایی شده ما فقط 61% موارد انتظار بوده است و39% بیماران شناسایی نشده اند و مهمتر از همه مشکل ***مقامت دارویی*** است كه در کشورما هم بروز موارد مقاوم به درمان رو به افزایش است و این زنگ خطر جدی و هشداری است برای احتمال بازگشت سیر صعودی بروز بیماری سل .

در گزارش وضعیت کشور نیزآمار موارد شکست درمان بیماران ریوی اسمیر مثبت در سالهای82تا84 به ترتیب 2.7 ، 2.7 و 3.2 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 وXXDR-TB معروف شده اند.

**MDR,XDR,XXDR-TB چیست؟**

* + - **MDR-TB** : مواردی که حداقل به دو داروی isoniazid و rifampin مقاوم باشند.
		- **XDR-TB** : 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**: مواردی که به کلیه داروهای خط اول و دوم سل مقاوم باشند. یعنی هیچ دارویی برای درمان آنها وجود نداشته باشد

در کشور ما حد اقل در یک مطالعه در سال 2006 میلادی 7 مورد XDR گزارش شده است و تا کنون ازحدود 55کشور 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 (3 سپتامبر 2007 ) دو مورد درمنطقه یورو (ايتاليا) گزارش شده است.

400000 مورد جدید MDR و 25 تا 30 هزار مورد جدید XDR در سال 2007 در جهان برآورد شده بود.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | برآورد تعداد موارد سل | برآورد تعداد موارد مرگ |
| همه موارد سل | 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 منجربه ایجادمواردXDR وXXDR شده است لذاWHO با کمک نهادهای STOP-TB وGLC (green light committee) وGDF (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 ازایجاد وگسترش موارد XDR-TB و بار جهانی بیماری می شود.

یکی از مهمترین اجزاء طرحDOTS [[1]](#footnote-2)این ست 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 گردیددر جاههایی که به طور کامل دستورات ارائه شده را اجرا نموده اند موفقیتهای خوبی بدست آمده است حتی تا 90-95% ، اما بر اساس اطلاعات و تجربه بدست آمده در کشور ما DOTS به صورت ناقص اجرا شده است و گرنه 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 برخي از مراکز مشاهده شده که به بهانه ي اجرای DOTS ومحیطی کردن اجرای برنامه پرونده بیماربه 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 واین نکته درکتاب راهنمای کشوری سل آمده است اما علیرغم وجود موارد اینچنینی 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.

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 و به نظر می رسد مشاوره نقش مهمی در میزان موفقیت در درمان سل داشته باشد. 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 .

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 پیشگبری از ابتلائ دبگران و...به طور کامل آموزشهای لازم را دریافت کند . بیمار و اطرافیان هر دو باید هدف آموزش باشند و برای آموزش هر دو گروهحداکثر تلاش صورت پذیرد و هدف اصلی آموزش اطرافیان نباید انتقال آموزش به بیمار باشد و آموزش بیمار باید وظیفه اصلی تلقی شود.

**یک بیمار مبتلا به سل ریوی حساس به دارو، اگر درمان نشود بهتر از**

**درمان ناقص بیمار مسلول و ایجاد مقاومت دارویی است.**

**مرکز آموزش بهورزی و ضمن خدمت قم - نبی اله مهدوی پور – کارشناس مربي مبارزه با بیماریها**

1. DOTS: directly observed treatment short course [↑](#footnote-ref-2)