

منظمة الصحة العالمية  
معلومات عن  
وصف الأدوية النموذجي



الأدوية المستعملة في الأمراض  
المنقولة جنسياً والعدوى بفيروس نقص  
المناعة البشرية HIV



منظمة الصحة العالمية  
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

---

**منظمة الصحة العالمية**  
**معلومات عن**  
**وصف الأدوية النموذجي**

**الأدوية المستعملة في الأمراض**  
**المنقولة جنسياً والعدوى بفيروس نقص**  
**المناعة البشري HIV**



منظمة الصحة العالمية  
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط  
القاهرة ٢٠٠٤

#### بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مترجم  
منظمة الصحة العالمية معلومات عن وصف الأدوية: الأدوية المستعملة في الأمراض المنقولة جنسياً وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية HIV/ منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط  
ص.

صدرت الطبعة الإنكليزية في جنيف 1995 (ISBN: 92-4-140105-2)

1- وصفات العلاج بالأدوية - معايير

2- الأمراض المنقولة جنسياً - المعالجة بالأدوية

3- فيروس الإيدز المعدى - المعالجة بالأدوية

4- الإيدز (متلازمة العوز المناعى المكتسب) - المعالجة بالأدوية

أ- العنوان

ب- المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية القومية (QV 250) (3-366-3) (ISBN: 92-9021-366-3)

ترحب منظمة الصحة العالمية بطلبات الحصول على الإذن باستساح أو ترجمة منشوراتها جزئياً أو كلياً ، وتوجه الطلبات والاستفسارات فى هذا الصدد إلى السيد مدير الإدارة العامة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. منظمة الصحة العالمية مدينة نصر (11371)، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ويسر المكتب تقديم آخر المعلومات حول أى من التغيرات التى تطلراً على النص. وكذلك الخلط الخاصة بالطبقات الجديدة وإعادة الطباعة والترجمات المتوفرة .

منظمة الصحة العالمية 2002

تمتع منشورات منظمة الصحة العالمية بالحماية المنصوص عليها فى البروتوكول الثانى للاتفاقية العالمية لحقوق الملكية الأدبية، فكل هذه الحقوق محفوظة للمنظمة .

وإن التسميات المستخدمة فى هذه المنشورة، وطريقة عرض المادة التى تشتمل عليها، لا يقصد بها مطلقاً التعبير عن أى رأى لإمانة منظمة الصحة العالمية، بشأن الوضع القانونى لأى قطر، أو مقاطعة ، أو مدينة، أو منطقة ، أو سلطات أى منها . أو بشأن تعيين حدود أى منها أو تخومها .

ثم إن ذكر شركات بعضها، أو منتوجات جهة صانعة معينة، لا يقصد به أن منظمة الصحة العالمية تخصها بالتركية أو التوصية، تفضيلاً لها على ما يرد ذكره من الشركات أو المنتوجات ذات الطبيعة المماثلة . وفى ما عدا الخطأ والسهو، تم تمييز الاسم المملوك للمنتجات بحرف كبير فى بداية الكلمة الإنكليزية .

ولا تضمن منظمه الصحة العالميه أن المعلومات التى تحويها هذه المنشورة معلومات كاملة او صحيحة ، كما انها ليست مسئولة قانوناً عن أى تلفيات تحدث من جراء استخدامها .

أما الآراء الواردة فى وثائق تحمل أسماء كاتبها فيتحمل مسئوليتها الكاتبون وحدهم .

طُبعت فى القاهرة، بجمهورية مصر العربية

## المحتوى

١	- تمهيد
٣	- مقدمة
٣	- أنماط العدوى والمقاومة
٤	- التدبير العلاجي والسيطرة على الأمراض المنتقلة جنسياً
٦	- السيلان
١١	- حالات العدوى بالمتدثرة
١١	- جيبوم لمفي زهري
١٢	- حالات أخرى لعدوى المتدثرة
١٤	- التهاب المهبل
١٤	- داء المبيضات
١٥	- داء المشعرات
١٦	- التهاب المهبل الجرثومي
١٧	- مرض الحوض الالتهابي
١٩	- الداء الزهري
٢٥	- الحلاّ التناسلي
٢٧	- القريح
٢٩	- الورم الحبيبي الأربي
٣١	- الثؤلول التناسلي
٣٣	- عدوى فيروس العوز المناعي البشري، الإيدز والالتهابات المرافقة.
٣٣	- عدوى فيروس العوز المناعي البشري
٤٠	- المظاهر العامة للالتهابات المرافقة
٤١	- الأمراض التنفسية
٤٥	- الاضطرابات العصبية
٤٨	- المضاعفات العينية
٤٩	- العلة المحمومة
٥٠	- مرض الإسهال
٥٢	- الطفح المخاطي الجلدي والطفح الجلدي
٥٤	- الأدوية
٥٤	- أسيكلوفير
٥٥	- أمفوثيريسين (ب)

## المحتوى

- ٥٧ - مستحضرات بنزويل بنسيللين  
٥٨ - فولينات الكالسيوم  
٥٩ - سيفترياكسون  
٦٠ - سيبروفلوكساسين  
٦١ - كودئين  
٦٢ - دوكسيسيكلين  
٦٤ - أريثرومايسين  
٦٥ - فلوكونازول  
٦٦ - غانسيكلوفير  
٦٧ - كيتوكونازول  
٦٩ - مترونيدازول  
٧٠ - ميكونازول  
٧١ - نيستاتين  
٧٢ - بنتاميدين  
٧٣ - راتنج بودوفيللوم  
٧٤ - بيريميثامين  
٧٥ - سبيكتينو مايسين  
٧٦ - سلفاديازين  
٧٨ - سلفاميثوكسازول / تريميثوبريم  
٨٠ - تتراسيكلين  
٨٢ - الملحق

جدول للتدبير العلاجي للمتلازمات الشائعة.

تقتضي الاستراتيجية الدوائية المنقحة لمنظمة الصحة العالمية المعتمدة في القرار ٣٩ شفة، ٢٧ في اجتماع الصحة العالمية في ١٩٨٦ تحضير معلومات لوصف الأدوية النموذجي التي تجري تطويرها لتكملة لائحة الأدوية الأساسية النموذجية لمنظمة الصحة العالمية. والهدف هو توفير مادة مصدر حديث حتى تاريخه يناسب السلطات الوطنية وبصورة خاصة في البلدان النامية التي ترغب بتنمية كتيبات وصفات أدوية وطنية، موجز دوائي أو مادة مماثلة.

ينظر للمعلومات على أنها توضيحية أكثر من كونها معيارية، ومن المدرك بأنه ليس من الممكن تطوير ورقة معلومات حول دواء نوعي يكون مناسباً لحالات منتشرة في كل ولاية تحمل عضوية منظمة الصحة العالمية وأن بعض البلدان اعتمدت سابقاً نصوص خاصة بها لها مضمون قانوني.

هذا الكتاب قد تمت مراجعته من قبل خبراء عالميين معتمدين من قبل منظمات معينة غير حكومية بعلاقاتهم الرسمية مع منظمة الصحة العالمية بما فيها الهيئة العالمية للجمعيات المختصة بأمراض الجلد، الاتحاد العالمي للمؤسسات العالمية المصنعة للأدوية، الاتحاد الصيدلي العالمي، الاتحاد العالمي لعلم تأثير الأدوية، والاتحاد العالمي لمصنعي الأدوية الخاصة.

## الجرعة الدوائية

معظم الجرعات الدوائية تعطى على أساس وزن الجسم بالكيلو غرام أو كجرعات ثابتة محسوبة على أساس وزن ٦٠ كيلوغرام للبالغين .

## شروط التخزين

يحول القراء إلى دستور الأدوية العالمي الطبعة الثالثة، المجلد ٤ (جنيف، منظمة الصحة العالمية ١٩٩٤) للتعريف الخاصة بعبوات الأدوية.

الارتفاع المفاجئ في حدوث أمراض منتقلة جنسياً والذي يحصل عالمياً لعدة عقود من الزمن لم يكن بشكل حاسم حتى الآن. تشير التقارير في بعض البلدان إلى أن التغيرات في السلوك الجنسي قد استقرت أو حتى أنها انقصت المستوى لهذه الأمراض وتوجه حملات تربية مشددة حالياً لمنع العدوى بفيروس نقص المناعة البشري. ورغم ذلك فإن مئات الملايين من حالات الأمراض المنتقلة جنسياً لا تزال تعالج كل سنة مع عواقب خطيرة اقتصادية واجتماعية. كما بالتورط الصحية عبء هذا المرض بصورة مباشرة أو غير مباشرة مسؤول عن كثير من العقم، الاملاص، الإجهاض، العمى، تخرب الدماغ، تشوه الشكل، السرطان وحتى الوفاة.

### أنماط العدوى والمقاومة

لأسباب لا تزال مجهولة تحصل تغيرات واسعة الانتشار في أنماط العدوى، ففي كثير من البلدان نجد أن التهابات المتدثرة، الحلا التناسلي والتأليل أصبحت الآن أكثر شيوعاً من السيلان أو الداء الزهري. إضافة لذلك، فإن عدة التهابات لم تعد تستجيب بصورة يعول عليها للمضادات الجرثومية الأكثر توفراً بسهولة ذراري النيسرية البينة التي لها مقاومة صغوية أو يتوسطها البلازميد للنسبيلين ومؤخراً للتراسيكلين وقد أصبحت المقاومة الآن واسعة الانتشار وقد نشأت الآن ذراري متعددة المقاومة لجرثوم المستدمية (ف.ض.م.ذور) ومقاومة لميترونيدازول في المشعرة المهبلية. تعتمد المعالجة الفعالة لهذه الأمراض بصورة متزايدة على الأدوية المكلفة (سيفالوسبورينات الجيل الثالث ومركبات فلوروكوينولون) التي تبقى فوق طاقة وموارد كثير من البلدان، هنالك حالة ملحّة بالنسبة لمعدل ظهور المقاومة للأدوية وانتشارها، للمحافظة الفعالة لرصد أنماط المقاومة ضمن شبكة عالمية لمخابر وطنية أو إقليمية.

تبقى العوامل المسببة الأخرى حساسة لمعظم الأدوية المضادة للجراثيم، إلا أن معالجة كافة الأمراض المنتقلة جنسياً تصبح أكثر تعقيداً في مرضى معديين بفيروس العوز المناعي البشري (مبتق) أو من هم بطريقة أخرى ناقصي المناعة.



## التدبير العلاجي للأمراض المنتقلة جنسياً والسيطرة عليها:

تتطلب السيطرة على الأمراض المنتقلة جنسياً:

- تشخيص صحيح
- معالجة فعالة مبكرة
- ثقافة حول تجنب التماس ومنع انتقال المرض
- تعزيز واستعداد مسبق لعوازل ذكورية
- اقتفاء معالجة ونصح القرينين | لجنسيين
- متابعة سريرية مناسبة

إذا نقصت سراية المرض، يكون من المهم أن يبدأ بمعالجة مناسبة للمرضى عند أول مشاهدة لهم وأن يقنع من لديهم اختطار بتغيير سلوكهم الجنسي حيثما تسمح التسهيلات، يجب تقييم كافة المرضى الذين لديهم اشتباه بمرض منتقل جنسياً بمرض عوز المناعة البشري، الداء الزهري، السيلان وعدوى المتدثرة، وعندما يكون معقولاً وتسمح المواد، يجب جعل التسهيلات المخبرية متوفرة لاختبار التأكيد والتحري للمرض. ويحد أدنى يجب تزويد المخبر بمجهر ضوئي .

الفحص المجهرى بالسحاحة المظلمة للولبية الشاحبة صعب ويتطلب مجهراً ممتازاً ومساعدين فنيين على مستوى عال من التدريب وما يكون من المتعذر اجتنابه، على مستوى العناية الرئيسية أن الأمراض المنتقلة جنسياً سوف تعالج بصورة عامة بمجرد الاعتماد على أساس الوضع السريري كمرض قرحة تناسلية، النجيج الإحليلي في الرجال أو النجيج المهبلي في النساء، يجب إعطاء نظام جرعة إفرادية فموية عندما يكون هذا خيار فعال. وعندما توصف جرعات فموية متكررة لمرضى متحولين وبصورة خاصة عندما تكون تراكيز بلازمية فعالة طويلة الأمد لدواء مضاد للجراثيم حاسمة للنجاح المعالجة، يجب الإشراف على إعطاء الدواء عندما يكون ذلك عملياً.

هنالك عدد من الجداول المقدمة في الملحق للمساعدة في التدبير العلاجي التجريبي للمتلازمات المناقشة الأكثر شيوعاً وفي اختيار المعالجة المناسبة في تسهيلات العناية الصحية الرئيسية. هدفها مساعدة الأطباء السريريين

للتدبير العلاجي على أساس المعلومات الويثة السريرية والعلاجية. الجداول مصممة لتوفير نظام عمل للتقييم والمعالجة إلا أنها يجب أن لا تحل مكان المحاكمة السريرية والحاجة التي يجب التكيف بها مع الظروف المحلية. يجب توجيه انتباه خاص لانتشار المقاومة للمضادات الحيوية - بين الجراثيم المسببة عندما تكون المعطيات متوفرة.

وفي المقاطع التالية حول الأمراض الفردية، ثم التركيز على أهمية التأكيد الميكروبيولوجي لكلا التشخيص وحساسية المضاد الحيوي للمحرض المسبب، رغم أن هذا لا يزال بعيداً عن المنال في كثير من التنضيدات السريرية.

ينتج السيلان عن عدوى بجرثوم النيسرية البينة سلبى الغرام. ويترشح مشكلة صحة عامة جديرة بالاهتمام. الذراري المقاومة للنيسليين التتراسيكلين والدوكسيسيكليين أصبحت واسعة الانتشار وهذا ما خلق ضرورة لمعالجة مكلفة بالمضادات الحيوية التي لا يمكن توفيرها في بلدان أقل تطوراً.

العدوى الرئيسية عبر الاتصال الجنسي يمكن أن تكتنف سطوحاً مخاطية في الإحليل، عنق الرحم، المستقيم، أو البلعوم الفموي، التهاب الملتحمة بالمكورات البنية والتهاب الفرج والمهبل يمكن حصوله في رضع حديثي الولادة نتيجة عدوى خلال الولادة عندما تكون الأم مصابة بالتهاب باطن العنق.

تتفاوت الاستجابة الالتهابية لعدوى بولية تناسلية. ففي الرجال تحصل بسرعة علامات التهاب الإحليل القيحي المترقي بصورة نموذجية خلال أيام قليلة، يبدي المرضى أحياناً بدء حاد لصفن منتفخ مؤلم. عندما تكون المعالجة غير كافية أو متأخرة وقد يتنامى التهاب البروستاتة الحاد، خراج محيط بالإحليل، تضيق إحليلي.

أما في النساء فقد يسبب أحياناً عدوى باطن عنق الرحم المبكر نجيجاً مهلبياً، وعندما لا تعالج قد تتقدم لمرض حوض التهابي يمكن أن يسبب بدوره ألم بطن حاد أو مزمن، اضطراب حيضي، عقم أو حمل منتبذ.

التهاب الملتحمة بالمكورات البنية هو حادثة طبية طارئة يمكن للاستجابة الالتهابية أن تكون خفيفة في البالغين، إلا أنه يكون دائماً شديداً في الرضع ويتطور بسرعة إلى تقرح قرنوي انثقاب وعمى.

يمكن أن يحصل الانتشار الدموي إذا لم تعالج التهابات السيلان بصورة فعالة في مرحلة مبكرة، تتفاوت المضاعفات النفيلية. الآفات الخطيرة التي تكون نادرة تتضمن التهاب السحايا، التهاب الشغاف والتهاب المفصل الأحادي المخرب مع انصباب زليلي.

## تأكيد التشخيص

النيجح الإحليلي في الرجال هو العرض المتجلي الأكثر شيوعاً للمرض المنتقل جنسياً. التهابات السيلان والمتدثرة غالباً ما تتواجد بأن واحد. وبصورة أقل شيوعاً تكون الشجرة السهبيلة معورطة بحدوى منفردة أو مختلطة. الآفات داخل الإحليل، بما في ذلك الحلاّ التناسلي. التآليل والقريح الزهري تكون أيضاً مسؤولة أحياناً.

يسبب السيلان في النساء التهاب عنق الرحم الذي قد ينتج عنه نجيح مهلي، يجب إجراء الفحص لاستبعاد آفة متوضعة وفحص ميكروبيولوجي لنماذج بباطن عنق الرحم والمهبل عندما يكون ذلك ممكناً للتحقق من أو لاستبعاد داء المبيضات، داء المشعرات أو ((التهاب المهبل الجرثومي)) وهو حالة تعزى لاستبدال ملينات المهبل بالغااردنريلة المهبيلة (جنس من الجراثيم) ولا هوائيات مهبيلة.

يمكن تشيبت (تأكيد) السيلان في الرجال في أكثر من ٩٠٪ من الحالات بتوضيح مكورات مزدوجة داخل الخلايا (جوانية) في لطاخات إحليلية. فحص اللطاخات العنقية يكون أقل معولة إلى حد بعيد (بكثير) في معظم جمهرات المرضى، يجب تحضير مزارع عندما تكون النتائج المجهرية سلبية.

لا يمكن توضيح المتدثرة الخثرية (كلاميديا) بواسطة مجهر ضوئي مباشر ولدى عدد لا يذكر من العيادات لديهم التسهيلات، إما لزوح الجرثوم أو لإجراء اختبارات لتحري المستضد على أساس التآلق المناعي أو معايرة الممتمز المناعي المرتبط بالأنزيم (مفزيدمقنق فوغغض) (شاقمظ).

بصورة مثالية : يجب أخذ النماذج للاختبارات المصلوية لاستبعاد الزهري (السفلس).

## المعالجة

لما كانت المتدثرة الخثرية (مضمنض مخفقض منخهم) التي هي الآن أكثر أسباب انتشار التهاب الإحليل المنتقل جنسياً في البلدان النامية. كثيراً ما يترافق بأن واحد مع عدوى السيلان. يجب معالجة كافة مرضى السيلان أيضاً بأن واحد لعدوى المتدثرة، إلا إذا وجدت تسهيلات ميكروبيولوجية لاستبعادها. يجب معالجة القرنيين الجنسيين بأن واحد. وبصورة مثالية: يجب تحري كافة النساء الحوامل سرريباً، وإذا كان

ضرورياً، بواسطة الزرع للسيلان خلال أول زيارة لهم قبل الولادة، وثانية، إذا اعتبرن ممن لديهن اختطار عال، خلال الاثلوث الثالث.

يمكن اختيار المعالجة المضادة للجراثيم بموثوقية فقط عندما تتأكد المعلومات حول كلا الحساسية (الاستعداد) في الزجاج لذراري المكورات البنية المنتشرة محلياً. وللفاعلية السريرية للمعالجة . يمكن أن تكون المقاومة للدواء إما صبغوية أو يتوسطها البلازميد.

المقاومة الصبغوية جعلت مركبات السلفوناميدات متروكة كأدوية مضادة للسيلان. ظهرت مؤخراً ذراري ذات مقاومة عالية، إما بصورة فردية أو متعددة لمركبات البنسيللين مركبات التتراسايكلين، سيكتينومايسين، أريثرومايسين، ثيامفينيكول، والسيفالوسبورينات. أدت المقاومة المتصالبة بين البنسيللين وبين سيفالوسبورينات الجيل الثاني والثالث إلى إنقاص قيمة سيفوكسيتين وسيفوروكسيم في معالجة السيلان في مناطق كثيرة.

وقد ورد مؤخراً في التقارير نقص الحساسية في الزجاج لبعض الذراري لركب سيفوتاكسيم. سيفترياكسون ومشتقات كويرلزن الحديفة إلا أن الفاعلية السريرية لهذه الأدوية لم تتعطل بعد.

تم إدراك المقاومة التي يوسطها بلازميد في وقت قريب وقد انشرت هذه المقاومة بصورة أسرع. وقد أنقصت منذ وقت طويل قيمة البنسيللينات و منذ وقت قريب للتتراسايكلينات كأدوية مضادة للسيلان. وقد تم التعرف الآن على عدة بلازميدات للبنسيللينات مختلفة تضمنت نفس رموز بيتا لاكتاماز (بيتا) نظي-١ وواحدة على الأقل من هذه منححت بعض المقاومة ضد مضادات حيوية غير مركبات بيتا لاكتام.

كذلك وجد في بعض المناطق ذراري تحمل واحد من هذه البلازميدات ولها مقاومة صبغوية. الذراري التي تبدي مستويات عالية من المقاومة للتتراسايكلين والتي يتوسطها البلازميد كانت أول ما تم التعرف عليها عام ١٩٨٥ في أمريكا الشمالية ومنذ ذلك الحين وجدت في أوروبا الشمالية وأفريقيا. إلا أن انتشارها ككل لا زال غير مؤكد.

تقوم منظمة الصحة العالمية بتأسيس شبكة مراكز تنسيق مراقبة إقليمية لمقارنة معلومات نوعية جغرافياً حول حساسية المكورات البنية للمضادات الجرثومية السرجمية ولتميز التوحيد القياسي لطرق الاختبار. مشاركة المخابر في كلا البلدان المتطورة والبلدان النامية هي موضع تشجيع.

## التهابات تناسلية وشرجية غير مصحوبة بمضاعفات

ما لم يكن من المتوقع استجابة الالتهاب لواحد من المضادات الجرثومية الأقل كلفة، يجب أن يتلقى المرضى جرعة في العضل فردية من إما سيفترياكسون ٢٥٠ مغ أو سبيكتينومايسين ٢غم رغم أن الجرعة فموية فردية من سيبروفلوكساسين ٥٠٠ مغ أو فلوروكوينولون المكافئ فعالية قابلة للمقارنة إلا أنه يجب أن لا يعطى خلال الحمل. السيفالوسبورينات مثل سيفيكسيم ٤٠٠ هي بدائل.

وفي بعض البلدان تكون ذراري المكورات البنية المكتسبة محلياً أيضاً حساسة لجرعة عضلية فردية من كاناماييسين ٢غم، أو مسار معالجة فموية بمركب ثيامفينيكول ٥.٢غم يومياً لمدة يومين. مشاركة سلفاميثوكسازول (٤٠٠ مغ) / تريميثوبريم (٨٠ مغ) ١٠ أقراص مرة واحدة يومياً لمدة ٣ أيام هي فعالة في مناطق حيث تبقى المكورات البنية حساسة بصورة كاملة إلا أنه يوصى بمناظرة فاعلية هذا النظام العلاجي بانتظام.

المقاومة للبنسيلينات هي الآن واسعة الانتشار لدرجة لم تعد لها أية قيمة عملية في معالجة السيلان.

## الالتهاب البلعومي

بعض الأنظمة العلاجية الفعالة في السيلان التناسلي غير معولة في الالتهابات البلعومية. أكثر تلك الأنظمة دعماً بصورة واسعة هي إعطاء جرعة عضلية منفردة من سيفترياكسون ٢٥٠ مغ أو سلفاميثوكسازول (٤٠٠ مغ) / تريميثوبريم (٨٠ مغ) ١٠ أقراص مرة واحدة يومياً لمدة ٣ أيام.

## الالتهاب المنتشر

تتطلب معالجته جرعات عالية نسبياً وجرعات حقن لفترة طويلة لالتهاب المفصل بالمكورات البنية ومعظم البؤر الأخرى فترة معالجة لسبعة أيام إما بسيفترياكسون ١غم في العضل أو في الوريد مرة واحدة يومياً أو سبيكتينومايسين ٢غم في العضل مرتين يومياً تكون عادة فعالة. ومركبات سيفوسبورين - الجيل الثالث الأخرى التي قد تحتاج لإعطائها بصورة أكثر تواتراً لها قيمة حيث لا يتوفر أي من الدوائين أعلاه.

عندما يكون هنالك دليل على تورط التهاب السحايا أو التهاب الشغاف يجب أن تمتد فترة المعالجة إلى أسبوعين أو أربعة أسابيع على التوالي.

## التهاب الملتحمة بالمكورات البنية،

تهدد هذه الحالة البصر وتتقدم بسرعة. ولما كانت معدية بصورة عالية يجب بذل كل جهد لمنع انتقال العدوى. ومن الضروري التمرير بحائل فعال وغسل اليدين بدقة من قبل كافة الحاضرين. يجب قبول المرضى البالغين في المشافي حمثاً يكون ذلك عملياً حتى يزول الالتهاب. يجب بدء المعالجة المضادة للجراثيم فوراً وتروية العينين بصورة متكررة بمحلول ملحي .

جرعة عضلية إفرادية من سفترياكسون ٢٥٠مغ أو سبيكتينومايسين ٢غم، أو جرعة فموية من سيبروفلوكساسين ٥٠٠مغ تكون عادة فعالة. عندما لا تكون هذه الأدوية متوفرة يمكن استبدالها بجرعة عضلية إفرادية من كاناميسين ٢غم.

الرضع الذين شخص لديهم الرمد (صمصكبي. غوضمق مخفوقزها) وكافة الذين ولدوا من أمهات لديهن عدوى بالمكورات البنية مؤكدة أو مشتبه بها يجب أن يتلقوا فوراً جرعة عضلية منفردة من سيفترياكسون ٥٠مغ/كغ (بعد أقصى ١٢٥مغ) . وإذا لم يتوفر هذا الدواء يمكن استبداله بسبيكتينومايسين ٢٥مغ/كغ (بعد أقصى ٧٥مغ) أو كاناميسين ٢٥مغ/كغ (بعد أقصى ٧٥مغ). عندما لا تتوفر معالجة جهازية يجب ادخال مرهم تتراسكلين ١٪ في كل عين كل ساعة بانتظار إحالة الرضيع للمعالجة إذا تأكدت العدوى.

## منع حصول الرمد في الولدان حديثي الولادة:

يجب أن يتلقى كافة الرضع معالجة مضادة للمكورات البنية موضعية فوراً بعد الولادة. يجب إدخال مرهم تتراسكلين ١٪ بعد تنظيف الجفنين برفق. مرهم أرتيرومايسين ١٪ له نفس الفعالية إلا أنه أكثر كلفة. فطرة نترات الفضة العينية ١٪ لها فعالية مشابهة إلا أنها أكثر سمية.

## ورم حبيبي لمفي زهري

الورم حبيبي اللمفي الزهري المنتشر بصورة عالية في كثير من البلدان المدارية كان أولاً مترافقاً بالمتدثرة، وهو جنس من طفيليات داخل الخلايا (جوانية) في الثلاثينات. الأنماط المصلية للمتدثرة الحثرية المسببة L1، L2، L3 وهي متميزة من تلك المترافقة مع التهابات أخرى منتقلة جنسياً.

الآفة الجنسية الرئيسية نادراً ما تتضح في النساء إلا أنها تحصل عادة في الرجال كقرحة غير مؤلمة على القضيب تلتنم خلال أيام قليلة وبعد فترة أيام خافية أو أشهر ينمو اعتلال لمفي إربي متموج. إذا ترك دون معالجة فإن الكتل الالتهايمية أو الأدبال تمتد إلى أنسجة مجاورة وغالباً ما تتقرح لتشكل جيوب ونواسير. في المرحلة المتأخرة من المرض يؤدي الانسداد اللمفي المزمن إلى وذمة لمفية في الأعضاء التناسلية. يشاهد المرض في أطواره الحادة بصورة أكثر تواتراً في الرجال إلا أن العواقب المتأخرة غالباً ما تكون أكثر شدة في النساء.

## المعالجة

في الطور الحاد يستجيب المرض عادة لمعالجة مضادة للالتهاب فموية مناسبة رغم أن المعالجة قد تحتاج لتكون ممتدة لأكثر من ١٤ يوماً. تتراسيكلين ٥٠٠ مغ أربع مرات يومياً أو دوكسيسيكلين ١٠٠ مغ مرتين يومياً تكون فعالة عندما تكون التتراسيكلينات غير مناسبة كما في حالة الحمل (لأنها سامة بصورة كاملة لكلا الجنين والأم) وفي أطفال دون سن ٨ سنوات ممكن استبدالها إما بإريثروميسين ٥٠٠ مغ أربع مرات يومياً أو بسلفون أميد مثل السلفاديازين ١ غرام أربع مرات يومياً.

العقد اللمفية المتموجة يجب أن ترتشف عبر جلد صحي. بضع ونزح أو استئصال العقد الملتهية بصورة حادة لهم مانع استعمال لأنه يؤخر الالتئام إلا أن التضيقات، النواسير وعواقب أخرى متأخرة قد تتطلب مداخلة جراحية.



## التهابات المتدثرة الأخرى

في الثلاثين سنة الماضية أنماط مصلية أخرى (K-D) أصبحت منتشرة بصورة عالية في كل مكان وهي الآن أكثر الممرضات المنتقلة جنسياً شيوعاً في البلدان الصناعية وهي متورطة في أكثر من نصف كافة الحالات للتهاب الإحليلي بغير المكورات البنية. قد تسبب العدوى التهاب البربخ epididymitis، وفي الرجال اللواطيين التهاب المستقيم المزمن.

في النساء تميل العدوى لتكون دون أعراض أو غير نوعية أو مترافقة أكثر الأحيان بالتهاب عنق الرحم، التهاب البوق والتهاب بطانة الرحم أكثر مما تكون مع عسرة التبول. متلازمة Reiter متميزة بالتهاب الملتحمة، التهاب المفصل والتهاب الإحليل، ترافقت أيضاً بعدوى المتدثرة عدا كونها تحصل على شكل عقبول للعللة الزحارية.

ترافق العدوى خلال الحمل بولادة مبكرة، وزن ضئيل للمولود، معدل وفيات وليدية والتهاب بطانة الرحم بعد الوضع. أكثر من نصف المصابة المولودين وعلى قيد الحياة من نساء لديهن عدوى في عنق الرحم يتنامى لديهن التهاب ملتحمة قبحي (رمد المتدثرة)، يتنامى لدى أخريات ذات الرئة، وبصورة نادرة المهبل، البلعوم أو المستقيم يصاب أيضاً بالعدوى.

التهاب الإحليل الذي يتأكد بالكشف على كريات بيضاء - فصحة النواة في النجيج يكون أكثر شيوعاً ويسببه السيلان النيسيري والمتدثرة الخثرية وفيروسات الحلأ ألفا البشرية (فيروسات الحلأ البسيط). إلا أن في ثلث الحالات المشاهدة في مراكز مجهزة بصورة كاملة بتسهيلات ميكروبيولوجية لا يمكن أن يتوضح أي ممرض. ما لم يمكن استبعاد السيلان بثقة بواسطة الفحص المجهرى والزرع. يجب معالجة المرضى المفترض أن يكون لديهم التهابات متدثرة وشركائهم الجنسيين الحديثين بأن واحد من أجل السلان.

## المعالجة

التهابات المتدثرة المسببة للإحليل، باطن عنق الرحم، العين والمستقيم تستجيب عادة لمعالجة سبعة أيام فموية بالتترايسكلين 500 مغ أربع مرات يومياً أو دوكسيسيكليين 100 مغ مرتين يومياً. خلال الحمل وفي

حالات أخرى تكون فيها التتراسيكلينات لها مانع استعمال يجب أن تستبدل بالارتبرومايسين ٥٠٠ مغ أربع مرات يومياً لمدة ٧ أيام أو في حال عدم التحمل يمكن الاستبدال بسلفون أميد . وفي كل حالة يجب معالجة الشركاء الجنسيين بأن واحد المقاومة المضادة للجراثيم للأنظمة العلاجية الموصى بها لم يرد عنها أية تقارير إلاّ أنه يجب نصح المرضى بالعودة للإستشارة إذا استمرت الأعراض قد تنتج النكسة عن عدم إمتثال المريض أو فشل معالجة الشركاء الجنسيين.

عندما تستمر الأعراض أو تعاود بعد معالجة تبدو كافية يجب إحالة المرضى وشركائهم للاستقصا - المخبري.

في بعض البلدان المتطورة حيث يكون هناك انتشار عالي لعدوى المتدثرة، كافة النساء الحوامل يخضعن للتجري بواسطة تألق مناعي مباشر أو اختبارات كشف المستضد بشاقظ أو بتقنيات الزرع السريع خلال أول زيارة قبل الولادة وثانية إذا اعتبرن ممن لديهن اختطار عالي خلال الأثلوث الثالث للحمل. كما هو موصى سابقاً كافة الأطفال الذين لديهم رمد ولادي يجب معالجتهم فوراً ضد السيلان فقط إذا فشلوا بالاستجابة يجب معالجتهم للعدوى بالمتدثرة، شراب إرتبرومايسين ٥٠٠مغ/كغ يعطى يومياً بأربع جرعات مجزأة لمدة أسبوعين يكون عادة فعالاً. يمكن تكرار هذه الفرة من المعالجة إذا حصل نكس اشمل التهاب الملتحمة لدى الانسحاب من المعالجة. ذات الرئة بالمتدثرة عند الأطفال تتطلب إطالة المعالجة بالمضادات الجرثومية.

النجيح المهبلي الذي يحصل فقط بصورة سابقة للحيض أو في وقت الإباضة أو الذي يترافق باستعمال مانع حمل فموي أو جهاز داخل الرحم يرجح أن يكون فيزيولوجي. النجيح الغير فيزيولوجي الذي لا يترافق بالمكورات البنية أو جراثيم المتدثرة أو بجراثيم الشمعرة المهبلية أو المبيضات البيض ينتج عادة عن التهاب مهبل جرثومي الذي يعزى لاستبدال الملبينات المهبلية بالغاردنريلة المهبلية وجراثيم لا هوائية مهبلية. يمكن أن يترافق النجيح أيضاً بأفات معدية بؤرية تتضمن القريح الزهري، الحلا والتأليل وبحالات غير معدية تتضمن شتر خارجي (انقلاب للخارج) وسلاتل Polyps وأورام.

في معظم مراكز العناية الصحية الرئيسية يجب معالجة التهاب المهبل كعاملجة للأعراض إلا أن عندما يكون ذلك ممكناً وبصورة خاصة في مريضات لديهن اختطار عالي يجب تأكيد التشخيص بصورة ميكروبيولوجية. المبيضات يمكن التعرف عليها عادة كأبواع إيجابية الغرام وغصينات أفطورية في لطخات مأخوذة من جدار المهبل، الخثرية المهبلية نشاهد بسهولة مجهرياً لمستحضر رطب لجرثوم معزول من القبو الخلفي Fornix شريطة أن ينقص الضوء بواسطة إغلاق المصراع Shutte. سيلان النيسرية يمكن أحياناً رؤيته كمكورات مزدوجة داخل الخلايا سلبية الغرام في جراثيم معزولة من الأغشية المخاطية لماطن عنق الرحم والإحليل ولكن بسبب كون كثير من الجراثيم المعدية لا تظهر في المجهر فيجب أيضاً تحضير مزارع عندما تكون النتائج المجهرية سلبية تسهيلات عزل المتدثرة الخثرية متوفرة فقط في معظم المخابر بصورة جيدة. التهاب الأمعاء الجرثومي غالباً ما يمكن تشخيصه بانقاص عدد من الملبينات وبوجود خلايا حالة للفرز Cells Clue (خلايا ظهارية حرشفية متقرنة مغلقة بكتافة بالجراثيم). للنجيح المهبلي رائحة خصائصية كرائحة السمك التي تزداد بإضافة ١٠.٥ ٪ هيدروكسيل البوتاسيوم إلى نقاط قليلة منه على صفيحة زجاجية.

### داء المبيضات

معظم التهابات تشفى بواسطة فرازج النيستاتين، ١٠٠ ألف وحدة دولية فرزجتين تدخلان كل ليلة لسدة أسبوعين تكونان عادة فعاليتين. إلا أن

في بعض المناطق قد تكون جرعات ليلية عالية تصل إلى مليون وحدة دولية متطلبية. يمكن الحصول على نتائج شفاء أسرع بمستحضر إيميدازول الأكثر كلفة مثل كلوتريمازول أو ميكونازول ٢٠٠مغ يطبق داخل المهبل يومياً لمدة ثلاثة أيام. قد يفرج التخريش الفرجي براهيم موضعي للنيستاتين أو كلوتريمازول. يجب أن يعالج النكس الحاصل بعد فترة قصيرة من المعالجة البدئية بفترة معالجة أطول بالإيميدازول مثلاً كلوتريمازول ١٠٠مغ يومياً لمدة ١٢ يوماً. كلا الالتهابات الحادة والمتكررة يمكن الآن شفاؤها بأقصى سرعة وبصورة معتمدة بجرعة فموية فردية من فلوكونازول ١٥٠مغ أو بجرعتين من إيتراكونازول ٢٠٠مغ تؤخذ بنفس اليوم، إلا أن هذه المعالجات مكلفة.

اختطار معاودة العدوى يمكن إنقاظه باستعمال موانع حمل حائلة، رهيما مضاة للفظر والانتباه للنظافة والتصحح. وإذا تكرر داء المبيضا يجب معالجة الشركاء الجنسيين أيضاً لأن الرجال قد يتعرضون للعدوى دون أعراض وأن عوامل أخرى مؤهلة محتملة تكتنف استعمال مانع حمل فموي وألبسة عازلة ضيقة يجب مناقشتها مع المريضة.

## داء المشعرات

ميترونيديازول ٢غرام كجرعة فموية منفردة تشفي أكثرية واسعة من الالتهابات وورد في تقارير أن نسب الشفاء تصل إلى ٩٠٪ عندما يعالج بأن واحد الشركاء الحنسن الذين يكونون عادة مصابن دون أعراض.

والتهاب المهبل الجرثومي الحاصل بأن واحد ينقص فعالية المعالجة. المرضى الذين لا يستجيبون بصورة كافية لجرعات منفردة يجب أن يتلقوا ميترونيديازول ٤٠٠-٥٠٠مغ فموياً مرتين يومياً لمدة ٧أيام وهذه يجب أيضاً أن تزيل التهاب المهبل الجرثومي.

نظراً لأنه تبين أن للميترونيديازول تأثير ماسخ في الحيوانات بالجرعات الكبيرة فإن داء المشعرات يمكن أن يكون أفضل تدبير علاجي له هو معالجة موضعية خلال الحمل والإرضاع. فزازج الكلوتريمازول سوف تكون أقل ما يوهن الأعراض. الالتهابات في الولدان تزول عادة بصورة تلقائية خلال أسابيع قليلة. إذا كانت العلامات لا تزال واضحة بعد الولادة بأربع أسابيع يجب أن يتلقى الرضيع ميترونيديازول ٥مغ/كغ فموياً ثلاث مرات يومياً لمدة ٥أيام.

## التهاب المهبل الجرثومي

ميثرونيدازول الفموي ٤٠٠-٥٠٠ مغ مرتين يومياً لمدة ٧ أيام له فعالية عالية لا يعالج الشركاء الذكور بصورة روتينية إلاّ أنه نظراً لأن المرض يترافق باختطار عالي للسلوك الجنسي لذا ينصح بتقييم الشركاء الذكور بالنسبة لدليل على التهابات أخرى.

مرض الحوض الالتهابي الحاد المكتنف بصورة رئيسية لبطانة الرحم وأنابيب فسلريان غالباً ما يكون عاقبة لمرض منتقل جنسياً. العوامل المرضية الأكثر شيوعاً تكتنف النيسرية السيلانية والمتدثرة الخثرية. إلا أن الجراثيم الموجودة في نبيت مهبلي سوي تكتنف مكورات عقدية، الأشريكية القولونية، المستدمية النزلية ولا هوائيات مثل العصوانية، الهضمونية العقدية وأنواع الهضمونية غالباً ما تساهم أيضاً. الرضح لقناة باطن عنق الرحم من جهاز داخل الرحم قد يسهل صعود هذه الجراثيم إلى داخل فجوة بطانة الرحم.

الحالة كثيراً ما تسبب ألماً، عسر جماع، نجيج مهبلي، عسر التبول وحمى أحياناً غثيان وقياء، إيلام الحوض غالباً ما يكون بارزاً لدى الفحص باليدين لعنق الرحم. عندما يترك دون معالجة قد يكون للتفاعل الالتهابي المزمن عواقب طويلة الأمد تكتنف عدم ارتياح مستمر بالبطن، عقم حمل أنبوبي واضطرابات حيضية. يجب اعتبار التشخيص لدى كافة النساء النشطات جنسياً والمتشكيات من ألم في أسفل البطن ولأنه يمكن أن يكون دون أعراض في كافة النساء المصابات لمرض منتقل جنسياً. بصورة نموذجية كافة المريضات اللواتي تأكد فيهن التشخيص يجب إدخالهن إلى المشفى. حيث لا يكون هذا عملياً يجب إعطاء الأفضلية للمراهقات والنساء الحوامل والمريضات ممن لديهن خراج حوضي مشتبه. هؤلاء النسوة الذين لديهن علامات توجي بالتهاب الزائدة أو حمل منتبذ أو مريضات لديهن أعراض شديدة لا تستجيب للمعالجة في العيادات الخارجية.

## المعالجة

إذا كان اللولب داخل الرحم في موضعه يجب إزالته.

بما أن الالتهابات المختلطة شائعة والتشخيص الميكروبيولوجي الدقيق نادراً ما يكون عملياً، يجب اختيار نظام علاجي يكون فعالاً ضد كافة الجراثيم السببية الشائعة. الهدف هو تفريغ الأعراض وحسرة خاصة إيقاف التخريب الأنبوبي المترقي.

يعالج المريضات المتجولون بنجاح بمعالجة بجرعة منفردة للسيلان

دون مضاعفات بدواء مثل سيفترياكسون في العضل ٢٥٠ مغ يتبعه عشرة أيام معالجة فموية بدوكسيسيللين ١٠٠ مغ مرتين يومياً أو تتراسيكلين ٥٠٠ مغ أربعة مرات يومياً، وفي العدوى بالمتدثرة يؤخذ بأن واحد مع ميترونيدازول ٥٠٠ مغ ثلاثة مرات يومياً وللالتهابات اللاهوائية.

الأنظمة العلاجية لمرضى المشافي تعتمد على (أ) سيفترياكسون ٢٥٠ مغ في العضل، مرتين يومياً، مع دوكسيسيللين ١٠٠ مغ فمويًا أو وريديًا مرتين يومياً أو (ب) سيبروفلوكساسين ٥٠٠ مغ فمويًا مرتين يومياً. دوكسيسيللين ١٠٠ مغ فمويًا مرتين يومياً وميترونيدازول ٤٠٠-٥٠٠ مغ مرتين يومياً يجب أن تستمر لمدة ٤ أيام أو ٤٨ ساعة بعد حصول تحسن سريري ثم تتبع بدوكسيسيللين ١٠٠ مغ فمويًا مرتين يومياً لمدة ١٤-١٠ يوماً.

الأنظمة الأخرى على أساس البنسليلينات بمشاركة مثبطات بيتا لاكتاماز، مركبات كوينولون، مركبات باكتام الأحادية monobactams ومركبات كاربينيم لا تزال موضع تقييم.

المرضى الحليلات بشدة يجب أن يخلتين جرعات وريدية من جنتاميسين ٥.١ مغ/كغ وكلينداميسين ٩٠٠ مغ ثلاثة مرات يومياً كحد أدنى أربعة أيام وبعد ٤٨ ساعة على الأقل بعد حصول تحسن سريري. يتبع فمويًا بكلوكساسيللين أو تتراسيكلين لمدة ١٠ أيام.

بعد سنوات عديدة من الانحطاط في نصف الكرة الأرضية الشمالية الناتج عن نجاح المعالجة بالبنسيللين فإن الزهري الذي يسببه اللولبية الشاحبة أصبح من جديد أخذ بالازدياد بوقوعاته في أمريكا الشمالية. أما في البلدان الأقل تطوراً حيث بقي المرض شائع نسبياً، بقيت العلة الرئيسية بصورة متكررة غير معالجة ولازال العواقب المتأخرة حاصلة.

يحصل انتقال المرض تقريباً بصورة شاملة عن التماس الجنسي مع أفراد مصابين إلآب أن العدوى يمكن أن تنتقل من الأم إلى الجنين بواسطة نقل الدم. القرحات التناسلية الرئيسية أو القرح Chancres التي تكون بصورة نموذجية آفات معزولة وحيدة، مخرمة، جاسية، وغير مؤلمة مع نضجة صافية تظهر بين ٩-٩٠ يوماً بعد التعرض وتلتئم بصورة تلقائية خلال أسابيع قليلة. رغم أن القرح يكون منميراً بنوياً، يجب بصورة نموذجية تمييزه بصورة ميكروبيولوجية عن أسباب أخرى للقرح بما يكتنف الحلاّ التناسلي، القريح ومرض مزذص. إذا بقي دون معالجة وخلال فترة ٦-٢ أشهر يدخل المرض من طور ثانوي يتميز بطفح جلدي متغير عابر وتضخم العقد اللمفية الشامل بدرجة منخفضة والمترافقة أحياناً باكتناف بؤوي للعين، السحايا، الغدد النكفية أو الأحشاء.

وجائحات مماثلة نادراً ما تستمر لأكثر من أسابيع قليلة وقد تعود خلال ثلاثة السنوات الأولى. يخدم الإعداء بعد هذا الوقت رغم أن نقص المرض الولادي ظهر في تقارير لغاية عشر سنوات بعد العدوى البدئية عدوى الجملة العصبية المركزية يمكن أن يحصل في أي وقت من مسار المرض ويجب دائماً أخذها بعين الاعتبار في تشخيص تمايزي عندما يكون المريض مصاب بمرض الزهري غير المعالج لفترة تزيد عن الستين يظهر لديه شذوذ عصبي. وقد ينقضي فترة زمنية من ٥-٥٠ يوماً بعد أن يصبح المرض هامداً قبل التظاهرات الثلاثية - الزهري المتأخر الحميد والزهري القلبي الوعائي يصح واضحاً.

قد يحصل المرض المعدي الجنيني في أي وقت خلال فترة الحمل، ويقترب الإعداء من ١٠٠٪ عندما يكون لدى الأم غير المعالجة مرض رئيسي أو ثانوي. غالباً ما لا تكون البيئة السريرية حاضرة عند الولادة وقد لا تتضح حتى تبدأ آفات الزهري الخلقي المتأخر بالظهور خلال



الطفولة. وفي البلدان الأكثر ثراء أصبحت الإجراءات الوقائية بما فيها التحري واسع الانتشار، المعالجة واقتفاء التماس ناجحة بشكل كبير. وبالتالي فإن الزهري الخلقي قد تم التخلص منه فعلياً حيث يتم تقصي المرض الروتيني في النساء الحوامل.

## التأكد من التشخيص

يمكن أن يكون من الصعب التأكد من الاشتباه السريري للزهري خلال الأطوار الرئيسية والثانوية للمرض. يجب إجراء فحص مجهري بحقل مظلم بصورة متكررة بحثاً عن الملتويات في نضحات من الآفات.

لا تصبح الاختبارات المصلية إيجابية قبل مضي أسبوعين على الأقل بعد ظهور الآفة الرئيسية. اثنان من هذه الاختبارات نوعيان لأمراض اللولبيات:

(١) اختبار التآلق لامتصاص الضد للجراثيم اللولبية (٢) اختبار التراص الدموي لجرثوم اللولبية الشاحبة، الأول يصبح عادة إيجابياً خلال الأسبوع الثالث للطور الرئيسي، بينما يستغرق الثاني وقتاً أطول ليعطي نتائج إيجابية وبالتالي كلا الاختبارين غالباً ما يبقيان إيجابيان مدى الحياة حتى إعطاء معالجة سريعة فعالة، ولهذا السبب فإن اختبارات كمية ولكن أقل نوعية، اختبار مخبر البحث لمرض الزهري واختبار الراجنة للبلازما السريع هما أكثر فائدة لأهداف التقصي ولأهداف إنذارية (prognostic). وهذه هي اختبارات تندف تعتمد على وجود أضداد أقل نوعية (Reagin) في المصل.

يجب أن يجري لكافة النساء الحوامل اختبار تقصي للزهري بواسطة اختبار غير نوعي خلال أول زيارة قبل الولادة وثانية إذا اعتبرن بحالة اختطار عالية في الاثلوث الثالث. أما اللواتي كانت الاختبارات المصلية لديهن إيجابية فيجب أن يتلقين معالجة مضادة للزهري إلا إذا تأكد أنهن عولجن بصورة كافية في الماضي. عندها لا يكون تكرار المعالجة ضرورياً إلا إذا كان العيار لاختبار مخبر بحث مرض الزهري (VDRL) واختبار الراجنة السريع للبلازما (RPR) يرتفع أربعة مرات أو أكثر فوق الاختبار المتعاقب أو بوجود اتصالات جنسية حديثة عرفت بأنها فيها زهري معدي.

اختطار الزهري الخلقي ضئيل إذا كانت الأم قد عولجت بالنيسيلين خلال الحمل إلا أن كافة الرضع المولودين من أمهات لديهن إيجابية مصل يجب فحصهم عند الولادة وشهرياً لمدة ثلاثة أشهر لأن انتقال الأضداد

المنفعل من أم معدية سابقاً يمكن أن يبطل التشخيص المصلي للمرض النشط (الفعال) في الطفل لفترة ١٢ أسبوعاً. يمكن تثبيت (تعزيز) العدوى بالكشف عن أزداد IgM النوعية للولبية الشاحبة في مصل الرضيع، إلا أن الاختبار يمكن إجراؤه فقط في مخابر متخصصة على مستوى عالي . اختبار شى Abs-F٢ البسيط الذي يكشف الأزداد الموسومة من IgM البشري يكون من الأسهل إجراؤه إلا أن النتائج الإيجابية الكاذبة تكون مرجحة إلا إذا استعمل جزء من نشرة المعزول من مصل الرضيع.

كافة الرضع إيجابي المصل وكافة الرضع المولودين من أمهات إيجابيات المصل واللواتي لم يتلقين معالجة كافية خلال الحمل يجب معالجتهم بسرعة.

الرضع من أطفال مصابات بالعدوى مؤخراً في الحمل قد يكونوا بلا أعراض وسليبي المصل عند الولادة. يجب معالجتهم حيث تكون المناظرة السريرية والمصلية الشهرية لمدة ثلاثة أشهر لا يمكن إجراؤها بصورة يعول عليها، عندما لا يكون من المؤكد ما إذا كانت الأم تلقت معالجة كافية بالبنسيلين، أو عندما تكون المضادات الحيوية غير البنسيلين قد استعملت.

قد تتنامى شذوذات في السائل الدماغي الشوكي في أي مريض بالسيفيليس . فحص نموذج حياتي في تحري الزهري العصبي، يجب أن يؤكد المرض أو يستبعد في أي مريض يبدي آفات عصبية قحفية أو أعراض سمعية بسبب غير مؤكد. الاختبارات المصلية السلبية في الواقع تستبعد الزهري العصبي، إلا أن الاختبارات الإيجابية تتطلب تفسيراً محترساً. نظراً لأن الشذوذات المصلية باقية (مستمرة) فهي توفر دليلاً على كلا العدوى السابقة والعدوى الحالية.

التقييم بالفحص الشعاعي، كما هو الاختبار المصلي، مهم في التشخيص والتدبير العلاجي التالي للزهري القلبي الوعائي.

## المعالجة

حيثما تكون التسهيلات والموارد متوفرة، يجب أن يخضع كافة المرضى ومن على تماس معهم لاختبارات ومعالجة بصورة إضافية مناسبة لعدوى المتدثرة، السيلان وفيروس العوز المناعي البشري حسب سياسة وطنية.

## الزهري المبكر

في حالات لا يتجاوز فيها بقاء المرض الستين، هنالك نظامان بديلان مستعملان بصورة واسعة:

جرعة فردية من بنزاتين بنزيل بنسيلين ٤.٢ مليون وحدة دولية (تعطى بسبب حجمها الكبير كحقنتين في العضل في موضعين منفصلين) أو لفترة معالجة عضلية مدتها ١٠ أيام من بروكائين بنزيل بنسيلين ٢.١ مليون وحدة دولية.

إلا أن بعض السلطات توصي بأن كافة مرضى الزهري الثانوي أو الزهري الكامن يجب أن يتلقوا معالجة لفترة أطول: إما بنزاتين بنزيل بنسيلين ٤.٢ مليون وحدة دولية في العضل مرة واحدة في الأسبوع لمدة ٣ أسابيع متتالية أو حقنة في العضل بروكائين بنزيل بنسيلين ٢.١ مليون وحدة دولية يومياً لمدة أسبوعين.

## الزهري المتأخر (زهري غير عصبي)

يجب إعطاء فترات معالجة طويلة من البنسيلين لكافة مرضى الزهري المتأخر الحميد. الزهري القلبي الوعائي والزهري الكامن والذي هو على الأرجح له عمر أكثر من سنتين. يمكن إعطاء المعالجة إما لفترة ثلاثة أسابيع في العضل من بروكائين بنزيل بنسيلين ٢.١ مليون وحدة دولية يومياً أو بالحقن مرة أسبوعياً لفترة ثلاثة أسابيع متتالية من بنزاتين بنزيل بنسيلين كل منها ٤.٢ مليون وحدة دولية.

## الزهري العصبي

هنالك ضرورة لجرعات أعلى في مرضى الزهري العصبي لضمان مستوى البنسيلين في السائل الدماغي الشوكي أن لا ينخفض دون التركيز المثبط الأدنى (MIC) طيلة فترة المعالجة. هذا المتطلب يمكن تحقيقه بأكثر صورة معتمدة بإعطاء بنزيل بنسيلين ٤ مليون وحدة دولية في الوريد كل أربع ساعات لمدة أسبوعين. وبصورة بديلة وشرطية أن تتحقق مطاوعة المريض (الالتزام) يمكن إعطاء جرعات فردية عضلية من بروكائين بنزيل بنسيلين ٢.١ مليون وحدة دولية يومياً لمدة أسبوعين مع بروتيسيد ٥٠٠مغ فموياً أربع مرات يومياً.

## الزهري في الحمل

يجب معالجة الزهري فوراً في كافة مراحل الحمل حسب ما يوصى به من الأنظمة المذكورة أعلاه. يجب أن تبقى المريضات تحت الاشراف عن كتب

طيلة فترة الحمل لضمان بأن أي معاودة للعدوى تشخص وتعالج بسرعة.

### الزهري الخلقي

في أطفال بعمر لغاية السنتين يستجيب الزهري الخلقي عادة بصورة جيدة لجرعات كافية من البنيسيللين، رغم أن الشفاء قد يكون بطيئاً في مرض معتلين بصورة خطيرة مع اكتناف واسع للجلد والأغشية المخاطية والعظم والأحشاء. ذات الرئة والتهابات أخرى داغلة يمكن أن تحدث بصورة إضافية بسرعة بصورة خاصة عندما يكون هنالك علامات لسوء التغذية.

عندما يكون السائل الدماغي الشوكي شاذاً يجب أن يتلقى الرضيع إما معالجة لفترة ١٥ يوماً بنزيرل بنيسيللين ٥٠ ألف وحدة دولية بالكيلو غرام يومياً تعطى بالوريد أو في العضل بجرعتين مجزأتين أو بروكائين بنزيرل بنيسيللين ٥٠ ألف وحدة دولية بالكيلوغرام يومياً لمدة ١٠ أيام كحقنة عضلية منفردة. عندما يكون السائل الدماغي الشوكي سوياً ينقسم الخيار ما إذا كانت معالجة العشرة أيام متطلبية أو الحقنة العضلية المنفردة من بنزيرل بنيسيللين ٥٠ ألف وحدة دولية/كغ يمكن الاعتماد عليها. في أطفال أكبر من سنتين تكون تراكيز دموية مستمرة وأعلى من البنيسيللين متطلبية. يجب إعطاء بنزيرل بنيسيللين لمدة أسبوعين بالحقن الوريدي لجرعة ٢٠٠-٣٠٠ ألف وحدة دولية/كغ يومياً بشكل جرعات مجزأة. وترتفع على أساس الأحكام بالوزن إلى حد أقصى ٤.٢ مليون وحدة دولية يومياً.

### المعرض الأورجيين للمبتيسيللين

المريضات البالغات غير الحوامل المصابات بالزهري المبكر واللواتي لديهن أرجية للبنيسيللين يجب أن يتلقين فترة معالجة فموية لمدة ١٥ يوماً إما تتراسيكلين ٥٠٠ مغ أربع مرات يومياً أو دوكسيسيكلين ١٠٠ ملغ مرتين يومياً. وفي المريضات المصابات بالزهري بما في ذلك الزهري العصبي يجب أن يعطى هذا النظام العلاجي لمدة ثلاثين يوماً على الأقل ويجب مضاعفة جرعة دوكسيسيكلين للزهري العصبي.

المريضات الحوامل المصابات بالزهري واللواتي تأكد لديهن الأرجية للبنيسيللين يكتب بوضع سيء خطير لعدم إمكانية إعطائهن التتراسيكلينات. ومن المهم التقييم والتأكد من اختبار جلدي لأي تقرير غير مدعوم للأرجية في مثل هذا المريض عندما يكون مناسباً. وأية محاولة لإزالة التحسيس تكون خطيرة في مكان العناية الرئيسية. إريترومايسين ٥٠٠ مغ فموياً أربع مرات يومياً لمدة ١٥ يوماً رغم قلة شأنه يجب أن يعطى في هذه الحالات.

يجب تقييم الوليد ومعالجته بعد الولادة ويجب إعادة معالجة الأم بالنتراسيكلينات بعد الولادة. اقترحت مختلف المعالجات البديلة لإب أن البرهان الرسمي لفعاليتها ناقص.

الأطفال المصابون بالزهري الخلقي ومؤكد لديهم الأرجية للبنيسيلينات يجب أن يتلقوا الإريثروميسين ٥.١٢-٥.٧ مغ/كغ أربع مرات يومياً لفترة ٣٠ يوم. خلال الشهر الأول من الحياة يكون اختطار الأرجية للبنيسيلين يمكن إهماله.

### المتابعة بعد المعالجة

مرضى الزهري المبكر والمعالجين بجرعات كافية من البنيسيلينات يجب تقييمهم سريرياً ومصلياً بعد ٣ أشهر، ٦ أشهر و ١٢ شهراً لتقييم تأثير المعالجة وللكشف عن معاودة ممكنة للعدوى. المرضى المعالجين بمضادات حيوية أخرى يجب تقييمهم بصورة أكثر تواتراً. قد تبقى الاختبارات غير النوعية إيجابية بعيارات منخفضة بمدة غير محددة، وحتى بعد معالجة كافية.

مرضى الزهري القلبي الوعائي أو الزهري العصبي يجب إبقاؤهم تحت المشاهدة لمدة ثلاث سنوات على الأقل. بالإضافة إلى التقييمات السريرية والمصلية قد يكون فحص السائل الدماغي الشوكي وتقييم التغيرات الشعاعية أيضاً ضرورياً يجب الأخذ بعين الاعتبار لإعادة المعالجة عندما:

- عندما تستمر أو تعاود علامات سريره أو أعراض زهري نشيط
- وجود عيار مرتفع في اختبار غير نوعي كما في نتيجة ١.٨ لاختبار VDRL الذي يستمر لمدة سنة أو في امرأة حامل يستمر لمدة ثلاثة أشهر.
- وجود عيار أدنى في اختبار غير نوعي يزيد أربع مرات أو أكثر عن الاختبارات التالية.

يجب فحص السائل الدماغي الشوكي قبل إعادة المعالجة لإب إذا كان هنالك أسس مقنعة لتثبيت تشخيص زهري مبكر ناتج عن معاودة العدوى. وفي كافة الظروف الأخرى يجب أن يفترض أن المرضى لديهم زهري متأخر ومعالجتهم على هذا الأساس.

يمكن أن يسبب الحلأ التناسلي فيروس الحلأ ألفا البشري واسع الانتشار (فيروس الحلأ البسيط ١) إلا أن كثيراً ما يعزى لفيروس الحلأ ألفا البشري ٢. ازداد انتشاره بصورة كبيرة بين البالغين الصغار في الثمانينات (١٩٨٠) بصورة خاصة في أميركا الشمالية. المرض مؤلم وناكس دون شفاء.

العدوى الرئيسية يشار إليها عادة خلال أسبوع باندفاع حويصلي مؤلم بشدة على الأعضاء التناسلية الخارجية أو بؤرات أخرى للتماس التناسلي. الذي فيما بعد يتقرح مع حصول جلبة. تزول هذه الآفة تلقائياً أو بصورة كاملة خلال ثلاثة أسابيع إلا أن الفيروس يبقى كامناً ضمن عصبونات العصب الحسي المكتنفة. النكسات التي تكون عادة أخف ويفترات أقصر من الهجمة الرئيسية غالباً ما يسبقها نخر موضعي ومذل. بصورة نموذجية تحصل ثلاث أو أربع مرات كل سنة ويمكن معاودتها لفترة غير محدودة حدوث المرض وتواتره، شدة ومدة الهجمات تكون أعظم في مرضى لديهم عوز المناعة.

الدليل على النقل المشيمي للعدوى غير مؤكد، وإذا حصل ينتج عنه على الأغلب وفاة الجنين والإجهاض التلقائي. العدوى الوليدية يمكن حصولها إذا كان الالتهاب في الأم نشيطاً في وقت الولادة. يكون الاختطار أعظم ما يكون في الالتهاب الرئيسي وينقص خلال المراحل الأخيرة من المرض. يمكن أن يبقى المرض بؤرياً في جلد الرضيع وعينيه وفجوة فمه إلا أن شدة وشكله المنتشر يمكن أن يكون مميتاً خلال أسابيع قليلة أو يسبب تخريب دماغ دائم في الباقيين على قيد الحياة. عندما يكون لدى الأم آفات تناسلية نشيطة يجب اعتبار الولادة بالجراحة القيصرية، المزارع التناسلية المأخوذة في مرحلة متأخرة من الحمل تكون تنبؤاً سيء عند عزلها خلال الحمل.

### تثبيت التشخيص

يعتمد التشخيص المؤكد على الزرع وتقصى فيروس الحلأ، وفي الممارسة غالباً ما لا يكون ذلك ممكناً. ومن ثم تحدد المعالجة بصورة رئيسية فقط على أساس التاريخ الطبي والفحص السريري الزهري وأسباب أخرى للتقرح التناسلي يجب استبعادها مسبقاً.

يجب إنذار المرضى لكونهم ناقلين للمرض لشركائهم عندما تكون الآفات موجودة ويجب الامتناع عن النشاط الجنسي ويجب أن يكونوا مدركين للأعراض البادية.

للمعالجة الموضعية النوعية تأثير ملطف لا يذكر إلا أن الألم قد يفرج بصورة جزئية بمسكنات ألم بسيط وإجراء حمامات للآفات محلولة ملحي يكون ملطفاً وقد يسهل التبول عندما يكون مؤلماً. الاحتباس البولي الناتج عن ألم غير قابل للسيطرة يمكن أن يستوجب الدخول للمشفى.

رغم أن الشفاء الجذري غير ممكن إلا أن الدواء المضاد للفيروس أسيكلوفير يثبط تكاثر الفيروس لحد أنه ينقص التقشر الفيروسي بصورة بارزة. المعالجة مكلفة جداً إلا أن المعالجة الجهازية عندما تبدأ بصورة مبكرة قد تثبط تشكل آفات جديدة وتسرع بصورة معتدة الاندمال خصوصاً خلال الهجمة الأولى. الهجمات الرئيسية تعالج عادة بإعطاء أسيكلوفير فموياً لفترة سبعة أيام بدئية بجرعة ٢٠٠ مغ خمس مرات يومياً. في الهجمات التالية قد تكون خمسة دورات يومية للمعالجة كافية. الهجمات القوية في مرضى نقص المناعة المتميزة بإكتناف جلدي مخاطي واسع الانتشار يجب أن تعالج بالمشفى.

المعالجة المخدمة المستمرة بالأسيكلوفير ٢٠٠ مغ ثلاث مرات يومياً تنقص بصورة بارزة معدل النكسات بين المرضى الذين يحصل لديهم أكثر من ستة جاتحات سنوياً. وفي الوقت الحاضر لا يوجد دليل على أن لهذا النظام العلاجي تأثيرات سمية تراكمية إلا أن بعض حالات المقاومة وردت بالتقارير.

يجب معالجة التهابات الثانوية بمضاد حيوي مناسب، لمشاركة سلفاميثوكسازول مع تريمشوبريم ميزة في بعض الحالات التي ليس فيها أي نشاط مضاد لولبي وبالتالي لا تقنع الداء الزهري.

الرضع المولودين من نساء لديهن قرحات تناسلية نشيطة أو مزارع فيروس حلاً إيجابية يجب عزلهن وفحصهم بصورة متكررة لتحري علامات العدوى.

القريح الذي ينتج عن عدوى بالمستدمية الدوكرية هو أكثر الأسباب الشائعة للقرح التناسلي في البلدان النامية وحدثه أخذ بالازدياد مع المعدلات المتزايدة لعدوى فيروس العوز المناعي البشري. أكثر ما يشاهد في الرجال بصورة نوعية على القلفة وعلى لجام حشفة القضيب وفي تلم القرنية بعد فترة حضانة قصيرة مدتها ٨١ أيام. يتميز القريح بالألم الشديد ورخاوة وآفات تخريبية مع حافات مسننة غير محددة وعقد لمفية إربية متضخمة. سريعاً وبغياح التأكيد المخبري يحصل تخطيط بين القريح والزهري والحلأ التناسلي بسهولة.

الإصابة بالملتوية المغزلية الثانوية لآفات غير معالجة متقدمة يمكن أن تؤدي لقرحات تخريبية في المنطقة التناسلية الخارجية بأكملها مع تشكل آفات متضيقية وجيوب ونواسير مستقيمية مهبلية في النساء.

## المعالجة

قد تحتاج العقد اللمفية المتموجة للشف من خلال الجلد السليم عندما يشاهد المريض للمرة الأولى. ينتج عادة عن المعالجة المضادة للجراثيم الفعالة التئام سريع للآفات المتقرحة وزوال تضخم العقد اللمفية خلال ١٤ يوماً إلا أن درجة عالية من المقاومة للمعالجة وردت في تقارير لمرضى لديهم عدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV.

المعالجة المفضلة للقريح هي إعطاء أريترومايسين فموياً بجرعة ٥٠٠ مغ ثلاث مرات يومياً لمدة سبع أيام. وكعلاج بديلة تتألف الأنظمة العلاجية الفردية من سيبروفلوكساسين ٥٠٠ مغ فموياً، سيفترياكسون ٢٥٠ مغ تزرق في العضل أو سيكنينومايسين ٢غرام تزرق بالعضل. وقد تتطلب معالجة المرضى المصابين بفيروس العوز المناعي البشري لفترات معالجة أطول. يجب دائماً إعطاء بنزاتين بنيسيلين بنفس الوقت عندما لا تكون التسهيلات للفحص المجهرى بالساحة المظلمة والتشخيص المصلي للزهري متوفرة مقاومة المستدمية الدوكرية للسلفوناميدات، تراسيكلينات وبنيسيلينات تجعل هذه المركبات بصورة كبيرة غير فعالة. إلا أن أنه في



بعض البلدان لا تزال مشاركة سلفاميتوكسازول ٤٠٠ مغ مع تريميثوبريم  
(٨٠ مغ) قرصين مرتين يومياً لمدة ٧ أيام مستعملة بنجاح.

الورم الحبيبي الأربي (داء الدونوفانيات) هو عدوى ورم حبيبي مزمن يسببه جرثوم المعمدة الحبيبية المحفوظة سلبية الغرام الذي يحصل بصورة استثنائية تقريباً في مناطق مدارية وشبه مدارية. تكتنف العدوى عادة الأعضاء التناسلية والعجان (Perineum) ويعتقد أنها تنتقل جنسياً إلا أنها ليست معدية بصورة عالية.

الآفة الرئيسية التي تظهر بعد فترة حضانت (٩-١٠ يوماً) تبدأ بشكل حطاطة وتنامي ببطء إلى قرحة ورم حبيبية جاسية، غير مؤلمة. تصبح الغدد اللمفية متضخمة (دبيلة كاذبة) فقط عندما تحدث العدوى الثانوية كشكل إضافي. ينتج عن الملثوية المغزلية الثانوية آفات كبيرة. مؤلمة وتخريبية ذات رائحة كريهة. قد تكتنف الآفات الرئيسية غير المعالجة الأعضاء التناسلية الخارجية برمتها. المنطقة الأربية والشرح الآفات النقيية تحصل بصورة نادرة في جلد الظهر والثديين الكبد، الطحال والعظم. ومن ثم ينتج عن التنامي ندبات شديدة وتضييقات تتطلب الجراحة. تغير جلدي يمكن أن يحصل في ندبات طويلة الأمد.

### المعالجة

معظم التهابات تشفى بدورة أسبوعين من سلفاميثوكسازول (٤٠٠مغ) مع تريميثوبريم (٨٠٠مغ) قرصين، مرتان يومياً. الستربتومايسين العضلي الذي هو فعال أيضاً لم يعد يوصى به بسبب سميته السمية والحاجة لتركه كاحتياطي لمعالجة السل.

التهابات غير المستجيبة أمكن معالجتها بنجاح بمختلف الأنظمة العلاجية وأكثر الأنظمة استعمالاً بصورة واسعة هي تتراسيكلين فموياً ٥٠٠مغ أربعة مرات يومياً لمدة أسبوعين وكلورام فنكول ٥٠٠مغ ٤مرات يومياً لمدة ٣ أسابيع. وختنامايسين ١مغ/كغ حقناً بالعضل ثلاثة مرات يومياً لمدة ٣ أسابيع.

معالجة مريضات حوامل تبدي صعوبات بسبب السمية الكامنة لهذه المضادات الحيوية. أربثرو ماسين لوحده ثبت أنه مخيب للأمال هنالك

إدعاء بأن نتائج أفضل يمكن الحصول عليها عند مشاركته بليينكوممايسين  
(كل منهما بجرعة ٥٠٠ مغ فمويماً أربعة مرات يومياً لمدة أسبوعين) إلا  
أن هذا يترافق باختطار التهاب القولون ذو الغشاء الكاذب.

يسبب التآليل التناسلية فيروسة الورم الحبيبي التي لا يمكن زرعها. وهي تنتقل دائماً تقريباً بالاتصال الجنسي تحصل بصورة أكثر شيعاً على الأعضاء التناسلية الخارجية، إلا أن العجان، الشرج، المستقيم وفي النساء المهبل وعنق الرحم والإحليل قد تكون أيضاً مكتنفة. وهي تشخص فقط من مظاهرها السريرية وتحتاج لتمييزها بصورة خاصة عن الأورام اللقمية للزهري الثانوي والتهاب الملتحمة الملسائي. كثير من المرضى لديهم أمراض أخرى منتقلة جنسياً. يجب فحص كافة المرضى لكلا السيلان والتهاب الإحليل غير السيلاني والنساء لعدوى المتدثرة المهبلية، داء المبيضات، داء المشعرات والتهاب المهبل الجرثومي. يجب إجراء اختبارات مصلية للزهري.

يجب أيضاً فحص النساء بواسطة تنظير المهبل لتآليل عنق الرحم ويجب تشجيعهن لإجراء فحص خلوي سنوي بسبب عدم التأكد بالنسبة لاختطار التآليل الآخذة بالتغير الخبيث.

## المعالجة

تطبيقات كاوية موضعية هي الأكثر غالبية بالاستعمال إلا أن فشل المعالجة متكرر. راتنج البودوفيلوم ٢٥-١٠٪ بصبغة مركبة للينجوان يجب تطبيقها بعناية وبشكل قليل على الأعضاء الخارجية التناسلية. التآليل العجانية والمهبلية بفواصل أسبوعية تعالج بحد أقصى أربع مرات يجب تجنب النسيج السوي، يجب ترك الراتنج المطبق على مخاطية المهبل يجف قبل أن يلامس الظهارة السوية. وحيشما يكون متوفراً البودوفيلوتوكسين فهو البديل الأقل سمية إذا دهن من قبل المريضة. يمكن تطبيق ثالث كلور حمض الخل مباشرة على التآليل إلا أن أقل فعالية ويجب تغيير المنطقة المعالجة بمسحوق التالك أو ثاني فحمات الصوديوم لإزالة الحمض الفائض. يجب إزالة التطبيقات الخارجية لموروفيلوم والبودوفيلوتوكسين بغسلها بعد ٤-١ ساعات. يمتص البودوفيلوم بسهولة، وهو مخرب موضعياً وماسخ يجب عدم تطبيق أي من البودوفيلوتوكسين وراتنج البودوفيلوم على سطوح واسعة من الجلد ويجب أن لا تستعمل خلال الحمل. الإزالة الجراحية للتآليل والكلي الكهربائي والجراحة الباردة والمعالجة بالليزر قد تستعمل عندما تفشل المعالجات الموضعية أو يكون لها مانع استعمال.

الإزالة الجراحية الكهربائية تحت تنظير الإحليل تفضل بالنسبة لتآليل الإحليل التي يجب الاشتباه بها عندما تكون التآليل الصماخية ناكسة. قد يكون إدخال ٥٪ من رهم فلورويوراسيل داخل الإحليل فعالاً إلا أن التقنية تبقى بحاجة لتقييمها بصورة كاملة . التآليل في عنق الرحم والتآليل الحاصلة في المستقيم تتطلب دوماً إزالتها بالجراحة.

## عدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV infection, AIDS والإيدز والالتهابات المرافقة and associated infections

يعتقد أن عدة ملايين في العالم هم حالياً مصابون بفيروس العوز المناعي البشري، العامل المسبب لمتلازمة العوز المناعي المكتسب ويقدر بأن أكثر من ٤٠ مليون من الناس سوف يتعرضون للعدوى في نهاية الألفية ومن المسلم به الآن بصورة عامة أن شفاء عدوى فيروس العوز المناعي البشري ليس هدفاً لا يمكن تحقيقه. الفيروس التهقري يدمج نفسه إلى داخل جين خلية لثوي حيث يستطيع البقاء كامناً لفترات طويلة من الزمن وبالْحَقِيقَة يكون غير قابل للكشف أو خارج مجال أي مداخلة علاجية. وقد تحقق التقدم في تنامي أدوية مضادة للفيروس يمكنها التدخل بتكاثر فيروس العوز المناعي البشري بتثبيطها لأنزيم المنتسخة التهقيرية الفيروسية وهي تمنع انتشار الفيروس بخلايا غير معدية إلا أنها لا تخمد تكاثر فيروس العوز المناعي البشري الذي تم اندماجه إلى داخل مجين التوي أو المضيف. أدوية زيدوفودين وديدانوسين وزالسيتابين هي الآن مسجلة بصورة واسعة للاستعمال الروتيني بالبلدان المتطورة إلا أن كلفتها العالية تحول دون استعمالها في البلدان النامية وحتى عندما تكون الموارد متوفرة لمناظرة الاستجابة السريرية للمعالجة ومعالجة المضاعفات الإضافية بصورة فعالة هذه الأدوية توفر فقط فائدة متواضعة. الخبرة المكتسبة لمركب زيدوفودين تشير إلى أنه بالرغم من إطلته للحياة قد يحسن أيضاً نوعية الحياة وناصف زمن البقاء على قيد الحياة من تشخيص الإيدز بين مرضى معالجين يكون أقل من ٣ سنوات.

### عدوى فيروس العوز المناعي البشري الإمراض

رغم أنه لا يزال عدم تأكد حول مجرى عدوى فيروس العوز المناعي البشري، يمكن أن يكون متقارناً مع إطالة البقاء على قيد الحياة بمداخلة طبية أو بدونها. قد تكون المدة الخافية قصيرة لمدة سنتين أو حسبما تشير البروزات قد تصل بطولها إلى عمدين من الزمن. وقد قدر أن ٥٠٪ من المرض المعديين بالفيروس يستمرون بانماء الإيدز بالشكل الكامل خلال عشر سنوات. بالواقع كل جهاز عضو يسكن أن يعصاب إما بإصابات

انتهازية أو إصابات أخرى تندمج لدى تعطل الجهاز المناعي بصورة متطورة. أو من نقص الفهم بصورة واضحة للاعتلال الخلوي والتغيرات الخيثة. في الرضع المعديين عند الولادة يكون مجرى المرض أكثر سرعة. واحد من أصل أربعة يتنامى لديه الإيدز خلال السنة الأولى من الحياة و ٨٠٪ يكون لديهم علامات المرض خلال خمس سنوات.

فيروس العوز المناعي البشري الذي ينتقل بواسطة الاتصال الجنسي أو تلقيح دم معدي أو منتجات دم مصابة بالعدوى واستعمال إبر ملوثة وانتقال عمودي من الأم إلى النسل . حالما يكون الفيروس في مجرى الدم فإنه يدخل بعدة أنماط من الخلايا بما في ذلك الخلايا اللمفاوية والبلاعم وخلال لانغرهانس وخلايا ضمن الجملة العصبية المركزية. إلا أن الأهداف الرئيسية تكون جزء من مجموعة اللمفاويات التائية المساعدة/ المرحضة وطلانها المتميزة بأنماطها الظاهرية بواسطة حاتمة (المستضد) CD4 المعبرة على سطحها حاتمة CD4 هي مستقبل له ألفة للغليكوبروتين في الغلاف الخارجي لغلالة الفيروس والتي تسمح للفيروس باختراق الخلية. حالما يكون الفيروس داخل الخلية فإنه يحرر شهو التي تنتسخ بواسطة واحدة من أنزيماته، اسمها الأنزيم المنتسخة التثاقيرية إلى داخل ال DNA. وهذه تصبح مندمجة جزئياً في المادة الوراثية للخلية، وعندما يتم تنشيطها تستنسخ إلى داخل RNA الفيروس بصورة عكسية. أجزاء الفيروس الجديدة تتجمع على غشاء الخلية وتحرر من الخلية بعملية تير عم.

ولا يحصل تحريض تغيرات مرضية خلوية مميته في خلايا المضيف حتى يستعمل الفيروس الجهاز الصبغي بهذه الطريقة للتكاثر. بصورة مبدئية تعداد CD4+ في الدم المحيطي يبقى ضمن الحدود السوية. وفيما بعد ينقص التعداد إما بصورة متطورة أو بصورة غريبة عندما يزداد العبء الفيروسي داخل الجسم والعوامل التي تحدد سرعة التكاثر الفيروسي مجهولة إلا أن يوجد تكهنات بأن المفطورة وجراثيم انتهازية أخرى تتضمن فيروسات كالفيروس المضخم للخلايا قد يؤثر على هذه العملية عندما ينخفض تعداد CD4+ دون ٢٠٠/مم المكعب أي لأقل من ٥٠٪ من الحد الأدنى السوي يرتفع الالتهابات الانتهازية الخطيرة بصورة حادة وكما يبدو نتيجة تخرب خلال CD4+ المتبقية بكلا مستضدات البروتين المنحل وبواسطة التحريض عبر الخلية.

## المظاهر السريرية

يتضح التحول المصلي أحياناً بعلة محمومة حادة يمكن بسهولة أن تعتبر بصورة خاطئة ككثرة الوحيدات الفيروسية الحادة. الأعراض مثل الوعكة، الصداع، رهاب الضوء، ألم الحنجرة، بزوغات جلدية، ألم مفصلي، ألم عضلي هي تشيكيات خصائضية مترافقة في بعض الحالات بعلامات عابرة بالتهاب السحايا أو التهاب الدماغ أو التهاب عصبي محيطي.

وفيما بعد وقبل حصول مظاهر سريرية للإيدز قد يحصل تضخم عقدي لسفاري منتشر وأحياناً يترافق بنقص الصفيحات الدموية. الصورة النسيجية لفرط التنسج اللمفاوي الجريبي تكون متميزة لأن خلايا CD4+ المحيطة تكون مستنزفة بينما تكون أشكال أخرى من اللمفاويات منشطة عندما يكون الجهاز المناعي مغموراً تصبح الجريبات منكمشة والعقد ضامرة خلال هذا الطور يتنامى لدى بعض المرضى على تصبح معروفة بمعقد مرتبط بالإيدز. بصورة نموذجية يتشكل مرض من حميات، تعرقات ليلية، إسهال وآلام عضلية، وقد يصبح الطفح الجلدي الغير نوعي مزعجاً. تعدادات الخلايا البيض والحرر تنخفض ويمكن أن يحصل نقص صفيحات قرمزي. داء المبيضات الفموي أو النطاق قد يزداد إلا أن هذه المرحلة من غير المرجح أن تكون الالتهابات الانتهازية تهدد الحياة.

أخيراً ينذر الإيدز إما بالتهابات خطيرة انتهازية أو - بصورة خاصة في الرجال الجينيسيين النشيطين جنسياً - مرض حبيبت، يكتنف الورم اللمفي، وبصورة أكثر نوعية، بشكل منتشر وعملياً بشكل واضح للساركومة كابوسي، المتلازمة التي وصفت قبل التعرف على فيروس العوز الصناعي البشري واستعملت للدلالة على مرضى العوز المناعي من سبب مجهول تجلى بواحدة من هذه الحالات، بقي تعبير الإيدز متعزح محوه من عقل العموم، ولأهداف علمية أبطل بتصنيفات المراحل المفصلة لعدوى فيروس العوز المناعي البشري الذي وفر معالم مفيدة لاختيار أو تقسيم طبقات المرضى المقبولين للاختبارات السريرية.

يعتقد أن أكثر من ٩٠٪ من المرضى الذين تنامي فيهم الإيدز قضاوا نحبهم في نهاية الأمر من التهاب إضافي. إذ أن لهم حساسية للالتهابات الجهازية المنتشرة ضمن السكان بصورة واسعة وكذلك الالتهابات الانتهازية التي تنامي فقط في أفراد لديهم عوز مناعي.



الالتهابات المنتشرة بصورة واسعة بين الناس والتي هي من نمط السل،  
داء المسببات وعدوى الحلاّ البسيط لها نزعة للحصول في مرحلة مبكرة  
من سير المرض أكثر مما هي بالتحديد التهابات انتهازية مثل ذات الرئة  
فالمتكيسة الرئوية الكاريني: التهاب السحايا بالمكورات الخفية وتلك  
المسؤولة عن مظاهر مختلفة من المرض الجهازى بما ذلك أنواع خفية  
الأبواغ والمتفطرة آفيوم داخل الخلايا المعقدة وفيروس المضخم للخلايا  
والمفوصة، وإلى أن يصبح من الممكن عكس العيب المناعى المستوطن  
وقاية ومعالجة هذه الالتهابات المرافقة توفر أكثر الوسائط فعالية في  
إطالة وتحسين نوعية حياة المرضى المصابين بفيروس العوز المناعى  
البشرية.

## الوقاية ومعالجة المرض بفيروس العوز المناعى البشرى

### إجراءات الوقاية

في كثير من البلدان تكون الوقاية الرئيسية الطريقة الوحيدة للسيطرة  
على فيروس العوز المناعى البشرى والإيدز. الإجراءات لمنع انتقال فيروس  
العوز المناعى البشرى.

- ثقافة صحية لتغيير السلوك الجنسى ولرفع وعى العموم لاحتطارات  
عدوى فيروس العوز المناعى البشرى والإيدز.
- الكشف العمق والمعالجة لأمراض أخرى تنتقل جنسياً لأن هذه الحالات  
يمكن أن تسهل نقل فيروس العوز المناعى البشرى.
- تشجيع اعتماد إجراء وقاية، مثلاً من خلال تعزيز وتوفير عوازل ذكورية  
ومعلومات عن استعمالها الصحيح.
- تحسين العناية قبل الولادة للنساء الحوامل المصابات بفيروس العوز  
المناعى البشرى.
- تعقيم الإبر وتقصى إعطاء الدم.

### معالجة الإيدز والتعقيدات المرتبطة بالإيدز

أصبح بالإجماع الآن ثابتاً بأن المعالجة المضادة للفيروس بمركب زيدوفودين  
بالتزامن مع معالجة نوعية للالتهابات الانتهازية والالتهابات الأخرى عادة  
تعيق تقدم المرض غالباً لمدة سنة أو أكثر - في مرضى لديهم أعراض.

هذا التأثير السريري يترافق بنقص سريع في عيار الفيروس بالدم.

المعالجة اليومية بمركب زيدوفودين ٦٠٠.٥٠٠ ملغ تؤخذ فموياً بجرعات مجزأة بفواصل ٤ ساعات خلال اليوم قد بينت مدى زمن البقاء على قيد الحياة لغاية سنتين في مرضى لديهم تعقيدات متعلقة بالإيدز. أو الذين بقوا على قيد الحياة على الأقل بعد جائحة واحدة من ذات الرئة الناجمة عن المتكيسة الرئوية الجؤجؤية . يشعر المرضى المعالجون بتحسّن وزيادة وزن والتهابات انتهازية أقل في بعض الحالات يبدو تحسّنات بالخرف المتعلق بالإيدز وتغيرات عصبية أخرى. آفات كابوسي على العكس هي بصورة كبيرة وتامة مقاومة للمعالجة خصوصاً بين مرضى لديهم تاريخ التهاب انتهازى.

الاستجابة لمركب زيدوفودين هي لزمّن محدود: المرحلة الأخيرة للمرض تتميز بنقص الحساسية للدواء وعودة عيار عالي من الفيروس في الدم. النقص بالاستجابة لمركب الزيدوفودين ينتج أحياناً عن تأثيرات سمية تراكمية يعبر عنها بتخميد نقي العظم أو الاعتلال العضلي . وفي حالات أخرى تعكس ضعف السيطرة المناعية لمرضى على تكاثر فيروس العوز المناعى البشرى وزيادة حمل الفيروس وفي أكثر الأحيان تنتج عن طفرات في مجين فيروس العوز المناعى البشرى الذي يزيد فوعته أو يحدث مقاومة لمركب زيدوفودين. مثلاً مظهر المخلى الذي ينتجه الفيروس والذي يسرع تقدم المرض بتسهيله الانتشار من خلية إلى خلية وتسببه تغيرات وراثية في الغلاف البروتيني . التعرض المستمر لمركب زيدوفودين يختار أيضاً عدة طفرات مستقلة تنتج استبدالات حموض أمينية في أنزيم المنتسخة العكسية للفيروس.

ديدانوسين هو مركب مضاهى للنيكليوزيد له تأثيرات مفيدة مشابهة لمركب زيدوفودين ويستعمل في مرضى لديهم عدم تحمل أو عدم استجابة لمركب زيدوفودين وقد طبق في المرض المتقدم عندما بدأ تأثير زيدوفودين بالتناقص. إلاّ أن حتى الآن لا يوجد زمن مثالى محدد لإحداث تغيير بالمعالجة رغم أن ديدانوزين مثل زيدوفودين يعمل بتثبيط أنزيم المنتسخة العكسية. تأثيراته الضارة مميزة ويحصل بصورة شائعة التهاب البانكرياس ويكون أحياناً مميّناً بينما يكون الاعتلال العصبى المحيطى الأكثر تواتراً بالتأثير المحدد للجرعة.

زال سيتابين Zalcitabine هو مضاهي نيكليوسيدي آخر رخص حديثاً يستعمل بمشاركة زيدوفودين لمعالجة مرضى حصل لديهم تردي سريري ومناعي والذين لديهم تعداد CD4+ أقل من ٣٠٠/مم مكعب. تأثيراته العلاجية مشابهة لتأثير ديدانوزين Didanosine نادراً ما يحصل التهاب البانكرياس إلآب أن اعتلال العصب المحيطي المؤلم شائع . الطفح والتهاب الفم هما أيضاً متكرران إلآب أنهما عادة يحصلان بصورة عابرة حتى في حال استمرار المعالجة . بعض الفيروسات المعزولة من فيروس العوز المناعي البشري والمقاومة لمركب ديدانوزين أبدت مقاومة متصالبة مع الزالسيتابين Zalcitabin.

### معالجة عدوى فيروس العوز المناعي البشري المبكر

تركز انتباه كبير حديثاً على إمكانية المعالجة المخمدة بجرعة أصغر في مرضى لديهم فيروس العوز المناعي البشري إيجابي مع أعراض لا تذكر أو دون أعراض. هنالك دليل بدئي تم الحصول عليه ضمن الولايات المتحدة يبدو مشجعاً لاقتراح أن جرعة منخفضة من زيدوفودين يمكن أن تبطن سرعة تقدم الإيدز بالإضافة إلى تفادي اختطار الاعتلال العضلي وإنقاص حدوث كبت النقي إلآب أنه لم تكن مثل هذه الفائدة واضحة في اختبار موسع بمراكز متعددة أجري في أوروبا. إذا كانت معالجة عدوى فيروس العوز المناعي المبكر ذات فائدة عملية فسيكون هنالك حاجة ليس فقط للدليل على الفائدة العلاجية ولكن أيضاً ضمان أن مثل هذه المعالجة يكون تحملها جيداً ولا تفضّل ظهور مقاومة فيروسية.

يشير الدليل المتوفر إلى أن استعمال زيدوفودين Zidovudine في أفراد لديهم HIV إيجابي وليس لديهم أعراض الدليل المتوفر غير مضمون.

### الاستعمال الوقائي لمركب زيدوفودين

هنالك إعاء أن زيدوفودين عند إعطائه الفوري بعد التعرض للعدوى يخمد التهابات الفيروس القهقري في الحيوانات. وبالنظر لهذا فإن الممارسة قد تطورت في كثير من معاهد العناية الصحية لتقدم للفريق مسار وقائي لمركب زيدوفودين فوراً بعد إبقائهم لوخز من إبرة ملوثة بصورة كاملة. مضافاً الاغتصاب توفر لهم أيضاً هذا الخيار أحياناً. إلآب أن هنالك حالات لفشل الوقاية أصبحت الآن موجودة في السجلات. إضافة لذلك لما كانت سرعة التحول المصلي عقب أذية إبرة يقدر بأقل من ٥٠٪ فإن

التقييم المؤكد لدرجة أي حماية موفرة سوف يحتاج ليكون معتمداً على أساس خبرة كبيرة. في حال وجود عدم تأكد يجب تقديم الوقاية فقط عندما يبلغ المريض بمستوى اختطار العدوى، والإعطاء المنطقي لمركب زيدوفودين وما هو معلوم حول سمية الدواء قصيرة الأمد وطويلة الأمد.

### استعمال زيدوفودين خلال الحمل وهي الأطفال

هنالك معطيات ثابتة من دراستين مستقلتين أجريتا في الولايات المتحدة تشير إلى أن المعالجة بمركب زيدوفودين قبل الولادة وفي الفترة المحيطة بالولادة تنقص إلى حد بعيد اختطار السراية العمودية لفيروس العوز المناعي البشري إلا أن هنالك حاجة لمزيد من المعلومات حول تأثير عوامل اختطار الأمومية: الوقت الأمثل للمعالجة والحد الأدنى للجرعات المطلوبة.

للتأكد من أن زيدوفودين قد منع وليس مجرد خمد عملية الالتهاب سوف يكون من الضروري إبقاء الأطفال من أمهات عولجن بمركب زيدوفودين تحت المشاهدة لفترة طويلة.

تبين من الدراسات حول استعمال زيدوفودين في أطفال مصابين بفيروس العوز المناعي البشري وجود صورة جانبية للفائدة السريرية وسمية متعلقة بالجرعة مماثلة لتلك المشاهدة في البالغين.

استعمل زيدوفودين للوقاية في ولدان من أمهات مصابات بالمرض وللمعالجة الأطفال المعديين نتيجة الانتقال العمودي للفيروس، نقل الدم، أو إعطاء عوامل قققب ملوثة أو منتجات دم أخرى. ملوثة، ولكن وحتى الآن، لم تحدد الجرعة المثلى، طريقة وتواتر إعطاء الدواء الأنظمة العلاجية المستعمل تتناسب بصورة تقريبية مع تلك الموصى بها في البالغين.

### التطبيقات المحتملة في المعالجة

التجارب السريرية في طريقها لتحديد التتابع الأمثل أو أنظمة التوليف العلاجية على أساس زيدوفودين، ديدانوسين، زالسيتابين وستافودين، المضاهئ النوكليوتيدي المطور الأكثر حداثة. تتضمن معالجات توليف (مشاركة) أخرى لأدوية مضادة للفيروس تعطي في معالجات مبنية على أساس معدلات مناعية مثل انترلوكين (٢) وزيدوفودين يعطيان مع عوامل اتقائية موجهة ضد ممرضات انتهازية عالية الاختطار. انترفيرون الماشوب (recombinant) بمشاركة زيدوفودين قد أظهر أيضاً أملاً بالنجاح في تجارب مبكرة. إعطاء عامل منبه المستعمرة المحببة/ البلاعم قد يحسن

## نقص العدلات الناتج.

هناك دليل معتبر بأن التمتع الفعال يقدم إمكانية لإنقاص انتقال وتبنيء تطور عدوى (HIV)، إلا أنه رغم حصول نماء مشجع في بحث اللقاح. مع التوجه الحديث باتجاه محارلة تعرض السناعة التي تتوسطها الخلية. فإن اللقاح المناسب لمنع عدوى HIV لا زال غير متوفر.

## المظاهر العامة للالتهابات المرافقة

حسبما ذكر فإن الأمراض المعدية تشكل السبب المباشر للوفاة في ٩٠٪ من مرضى عدوى HIV المتطور. بعضها تسببه ممرضات شائعة ولكن كثيراً منها انتهازية بمعنى أنه تسببها مكروبات عديمة الفوعة بصورة سوية وكثير منها أطراف (أعضاء) لنبيت مطاعم (Commensal). معرفة هذه المكروبات غير كاملة، وأشكال جديدة من العدوى الانتهازية تعزى لمكروبات لم تعرف سابقاً ومكروبات غير خصائصية لا تزال في طور الاكتشاف.

يختلف حدوث وطيف هذه الالتهابات في نواحي هامة عن تلك المترافقة مع اضطرابات أخرى مخمدة للمناعة. وبينما يكون كافة مرضى نقص السناعة سريعى التأثير وعرضه لالتهاب الدماغ بالسقوسة. دا - السبعينات الفموى والسل الرئوى، كثير من الأمراض الانتهازية المسببة لذات الرئة بالمتكيسة الرئوية الجؤجؤية. . والتهابات جهازية ناجمة عن المستخفية C.neoformans الفيروس المضخم للخلايا، معقد المتفطرة آفيوم داخل الخلايا وأنواع خفية الأبواغ ولهذا المدى حصلت هذه الأمراض تقريباً بصورة استثنائية في أفراد مصابين بفيروس (HIV)، يختلف أيضاً نمط العدوى بين البلدان المتطورة والبلدان النامية. في بعض البلدان الأفريقية لحد ٥٠٪ من مرضى الإيدز لديهم أيضاً مرض السل نشيط. وبالعكس فإن ذات الرئة الناتجة عن المتكيسة الرئوية الجؤجؤية تكون أقل في هذه البلدان وكما بيده فإن كثيراً من المرضى يمترون قبل أن تضعف دفاعاتهم المناعية بصورة شديدة تشير معلومات محدودة من دراسات سريرية مراقبة إلى أن الإعطاء النظامى لمركب زيدوفودين ينقص حدوث التهابات انتهازية في مرضى الإيدز. وقد يسرع أيضاً سرعة الاستجابة للمعالجة النوعية إلا أن هذه الفائدة محدودة بالزمن لأن التأثيرات تبدأ بالتساؤل بين المرضى الذين تلقوا مركب زيدوفودين لأكثر من سنة. إضافة لذلك لما

كان كلاً من زيدوفودين وبعض المضادات الجرثومية المستعملة لمعالجة الالتهابات الانتهازية هي كابتة للنقي لذا يجب مناظرة تعداد الدم بعناية خاصة خلال المعالجة بالمشاركة الدوائية. لما كان التوقف عن استعمال زيدوفودين قد يسرع سرعة تكاثر HIV، فإن إنقاص الجرعة غالباً ما يكون مفصلاً على الانقطاع المؤقت للمعالجة.

الأقسام التالية تصف المسار السريري النموذجي للالتهابات الأكثر شيوعاً والمرافقة لعدوى HIV. إلآب أنه يجب أن لا ننسى بأن الحوادث غير النمطية تكون متواترة، المرض المنتشر شائع واثنين أو أكثر من الالتهابات غالباً ما تحصل بأن واحد. تتوفر معلومات لوصف الأدوية لأكثر الأدوية استعمالاً فيما عدا الأدوية المضادة للسل لأن معالجة السل قد وردت بالتفصيل في مكان آخر. الأدوية ذات الكلفة العالية تجعلها من غير المرجح أن تكون متوفرة في كثير من البلدان ولم يتم تضمينها في الوصفات النموذجية.

## المرض التنفسي

من مرحلة مبكرة يكون مرضى مبتقفة بصورة خاصة معرضين لمراضات جهاز التنفس بما يتضمن فيروسات الأنفلونزا، عقديات ذات الرئة المستدمية النزلية وأنواع الفيلقبيه. ومع استمرار تودي الوظيفة المناعية لهؤلاء المرضى فإنهم يصبحون أيضاً حساسين لمرض السل، الالتهابات غير النوعية للستفطرة والسيكوزات الجهازية. وبالنهاية ومع تقدم المرض المستوطن فإن ذات الرئة الناجمة عن المتكيسة الرئوية الجؤجؤية تصبح السبب الرئيسي للوفاة.

## ذات الرئة الناتجة عن المتكيسة الرئوية الجؤجؤية

المتكيسة الرئوية الجؤجؤية هي جرثومة متعلقة بالأوالي توجد بصورة سوية بالرئتين كمطاعم. قبل جائحة الإيدز كانت نادراً ما تكون متورطة كمراض بشري. إلآب أن أكثر من ٨٠٪ من مرضى الإيدز على الأقل يتعرضون لذات الرئة بالمتكيسة الرئوية الجؤجؤية وهي الظاهرة البدئية الأكثر تواتراً للمتلازمة. التكاثر السريع للجراثيم في بؤرات كيسية في الجدران الحاجزية السنخية عبر كافة الرئتين سرعان ما تحرض تفاعل تليفي غير عكوس.

رغم الوعي الأعظم والتطور التقني في التشخيص المبكر للمرض والتطورات الهامة في المعالجة والتدبير العلاجي الوقائي لا تزال تسبب ذات الرئة بالمتكيسة الرئوية الجؤجؤية وفيات أكثر من أي عدوى انتهازية أخرى.

الأعراض الأولى للمرض غالباً ما تتنامى بصورة مخاتلة من الصعب رؤيتها.

المرضى الذين لديهم اختطار يجب مطالبتهم بإعطاء تقرير عن قصر النفس المتزايد أو السعال بصورة سريعة. أحياناً تظهر الأشعة السينية انصباب واسع، عقيدات أو فجوات ولكن في الظاهرة الأولى قد تكون سوية بشكل مضلل. عندما يكون عملياً، يجب القيام بمحاولات للتعرف على الجرثوم الذي يمكن مشاهدته في لطخات من البلغم محضرة بصورة خاصة أو في غسولات سنخية قصبية.

### المعالجة

المعالجة الفموية أو الوريدية: سلفاميتوكسازول / تري ميثوبريم أو تسريبات وريدية لمركب بينتا ميدين إيزوتيونات تكون على الأغلب فعالة عند إعطائها في مراحل مبكرة. علامات التحسن قد لا تكون واضحة قبل ٨-٤ أيام وهناك حاجة لاستمرار المعالجة عندما يكون ممكناً لفترة ٣ أسابيع على الأقل. كلاً من البنتاميدين والسلفاميثوكسازول / تري ميثوبريم يشرفقان بصورة خاصة بحدوث تأثيرات سمية عالية في مرضى الإيدز وسلفاميثوكسازول كما هو الزيدوفودين هو كابت للنقي.

عندما لا يكون التحسن واضحاً بعد ٨-٤ أيام غالباً ما يتحول الأطباء لأدوية أخرى أو إعطاء كلاهما بأن واحد. الأدوية الإضافية المرشحة هي الآن موضع تقييم. هنالك خبرة تبعث على الأمل رغم أنها محدودة قد تم التوصل لها حديثاً بالنسبة لمركب Eflornithine، وهو مبيد للمثقيات، يشبط استقلال الأورنيثين وتريمتركسات وهو مضاهي لميثوتركسات الذواب بالدسم والذي هو مشبط فعال لأنزيم ديهيدروفولات ريدوكتاز في المتكيسة الرئوية الجؤجؤية.

الأيام القليلة الأولى من المعالجة المضادة للجراثيم تكون حرجة لأن تفكك كثير من الطفيليات الميتة تزيد من شدة العملية الالتهابية الموجودة وتسبب تردي نقص التأكسج. إلا أن إختطار الموت في هذه المرحلة يمكن

إنقاصه كثيراً إذا أعطي ستيرويد قشري (بريد نيزولون فموي ، أو عندما يكون ضرورياً ، مثل بريد نيزولون وريدي) أعطي بنفس سرعة بدء المعالجة المضادة للجراثيم، إذا كان توتر الأوكسجين الشرياني للمريض أقل من ٧٠ مم زئبقي. إعطاء بريدنيزولون فموياً بجرعة ٤٠ مغ مرتين يومياً لمدة ٥ أيام يتبعه ٤٠ مغ يومياً لمدة ٥ أيام ومن ثم ٢٠ مغ يومياً لمدة ١٠ أيام لم يزد بصورة مثبتة حساسية المرضى لالتهابات انتهازية أخرى مع استثناء ممكن لداء المبيضات ومرض فيروس الحلاّ ألفا.

### الالتقاء (الوقاية)

بصورة مثالية كل مريض عولج بنجاح لذات الرئة الناجمة عن المتكيسة الرئوية الجوّية أو الذي لديه تعداد  $\text{E} \times 10^3$  لمفاويات أقل من ٣٠٠/مم يجب أن يتلقى وقاية مستمرة معظم التقديرات تضع معدل ٣ أشهر للتكيسات بين المرضى الذين لا يتلقون معالجة اتقائية بنسبة ١٠-٤٠٪. وحوالي واحد في الخمسة من مثل هذه العارضات تكون مميتة. وحديثاً وضع الاعتماد بصورة كبيرة على سلفاميتا كاسازول / تري ميثوبريم إلاّ أن تحملهما كان سيئاً في كثير من المرضى. بينتاميدين شديد السمية لا يمكن إعطاؤه وريدياً للوقاية إلاّ أن كثيراً من سميته الجهازية يمكن تجنبها باستعمال تركيب ضبوب متوفر الآن عن طريق الاستنشاق إلى داخل الرئتين، الاستنشاقات شهرياً تنقص بصورة كبيرة اختطار عودة العدوى. ولسوء الحظ تراقق استعمال البنتاميدين الواسع الانتشار بشكل ضبوب بارتفاع بالعدوى خارج الرئوية بالمتكيسة الرئوية الجوّية. بالإضافة إلى ذلك حصل قلق حديثاً بأن المقاومة للأدوية المضادة للجراثيم قد تظهر في جراثيم معزولة من المتكيسة الرئوية الجوّية أن قد تطور عوامل الفوعة تساعدها على إحداث المرض في المسنين وفي مجموعات جديدة أخرى.

### السل الرئوي

هنالك مؤشرات على ولادة جديدة للسل بكل مكان حيث ينتشر الإيدز. بين مرضى عدوى مبقة المتقدم يسبب المرض وفيات كثيرة. العلامات المبديّة للمرض قد تصبح واضحة في أي وقت خلال تطور عدوى مبقة، حوالي نصف الحالات يظهر فيها مرض خارج رئوي وأفات رئوية غالباً ما تكون لانمطية. رشيحات وحيدة الجانب أو ثنائية الجانب في الفصوص السفلية تكون أكثر شيوعاً من آفات الفصوص العلوية وفجواتها.



لا يوجد دليل حتى الآن على وجود أنماط لا نموذجية لمقاومة المضاد الحيوي في جراثيم معزولة من المتفطرة السلية في مرضى الإيدز. تشير معطيات استفاذية محدودة في الولايات المتحدة إلى أن معدلات فشل المعالجة والنكس عقب معالجة مضادة للسسل قياسية تكون متقارنة مع تلك المنتشرة في السكان بشكل كبير، رغم أن حدوث تفاعلات ضارة قد يكون أعلى بصورة كبيرة. بين المرضى الذين يلتزمون بالخطة العلاجية الموصوفة، ينتج عن المعالجة الاعتيادية تعقيم سريع للبلغم وتحسن بالتصوير الشعاعي وتكون معدلات النكس منخفضة. تبدأ المعالجة عادة بإعطاء مركب إنزونازيد، ريفاميسين وبيرازيناميد. ولمنع النكس يحاول كثير من الأطباء السرييين الاستمرار بالمعالجة بصورة غير محدودة إلاّ إذا حالت دون ذلك السمية الدوائية. هنالك دراسات آخذة بالتقدم للتقييم الكامن لمختلف الأنظمة العلاجية في المعالجة الكيميائية الوقائية الرئيسية.

## داء النوسجات وداء الأكريات الفطاري

في مناطق حيث تكون جراثيم النوسجة المعقدة والكروانية اللدودة مسعوظنة، يكون لدى مرضى مبقة اختطار داء النوسجات المنتشر وداء الأكريات الفطاري. وخلافاً لذلك تكون في الأشخاص الأصحاء مثل هذه الالتهابات إما دون المستوى السريي أو تحد نفسها بنفسها داخل الرئتين.

غالباً ما تكون الأعراض البدئية غير نوعية إلاّ أن الاكتشاف الرئوي متميز بواسطة السعال، الحمى، الوعكة ونقصان الوزن وتؤكد بالدليل الشعاعي للرشحات الخلالية الرئوية. يمكن أن تكون بارزة. الغشيان والقياء والإسهال تكون شائعة والانتشار دموي المنشأ يؤدي في النهاية إلى صدمة التهابية نهائية. يعتمد التشخيص على إيضاح الجرثوم في غسولات سنخية قصبية، مواد خزعية أو مزارع من الدم أو نقي العظم إلاّ أنه في مرضى عنيدين بشدة المعالجة البدئية تكون مبررة على أساس المشاهدات السرية والاختبار الإيجابي للضد المصلي.

أمفوتيريسين ب بجرعة إجمالية ٣-٢ غرام قد وفر حتى الآن فقط أملاً بالتحسن السريي. لإنقاص الختطار النكس الفوري فإن ذلك يتطلب الاستمرار بالمعالجة لفترة غير محدودة بمركب كيتوكونازول أو بجرعات أدنى من أمفوتيريسين ب.

## الاضطرابات العصبية

٢٠٪ من مرضى مبقة يتنامى لديهم مضاعفات عصبية. ينتج بعضها كما يبدو عن تأثير التهاب دماغي مباشر لـ HIV وفي حالات أخرى ينجم عن آفات ورمية وبصورة ملحوظة أورام لمفية. إلآ أن معظم الحالات تنتج عن التهابات انتهازية. التهاب الدماغ بالمقوسات يفسر معظم الآفات البؤرية بينما فيروس المضخم للخلايا وفيروسات الحلاأ ألفا (فيروسات الحلاأ البسيط) تكون نسبياً بصورة نادرة متورطة. التهاب السحايا المهدد للحياة ينجم عادة عن المستخفية المورمة فقط أحياناً عن داء الأكربات الفطاري أو التورم السلي.

### داء المقوسات

المقوسة الفوندية، طفيلي من الأولي في ذوات الثدي، ينتقل عندما تفرغ البيضة المتكيسة من حيوانات أليفة منزلية أو تكون موجودة في لحم غير مطهي بصورة كافية عند تناوله. تدخل الأشكال المغيرة إلى مجرى الدم لتصل إلى الدماغ، القلب والرئتين حيث تشكل كراسات كيسية تبقى كامنة إلا أنها تبقى عرضة لعودة التنشيط طول الحياة في المضيف. في كثير من المجتمعات، يحصل معظم الناس على العدوى في مطلع سن البلوغ وإلا فإن الأشخاص الأصحاء لا يتنامى فيهم سريراً مرض واضح، إلا أنه في مرضى HIV يسبب داء المقوسات تورطات خطيرة.

- قد تنتج العدوى الرئيسية التهاب دماغ تنخري بؤري وأحياناً، التهاب الشبكية والمشميمية والتهار رئوي نتيجة تكاثر غير مقيد لأتاريف بيضوية أو هلالية سريعة التكاثر.
- إعادة تنشيط الأتاريف البطيئة التكاثر الخاملة ينتج علامات عصبية في ٣٠٪ من مرضى الإيدز. الخذل الشقي، الاضطرابات المعرفية، النوبات وعلامات أخرى توحى بنزعة لإنماء أفة تشغل حيزاً داخل الدماغ بصورة دون الحادة في عدة أسابيع وتترافق أحياناً بأعراض اعتلال دماغي منتشر. يمكن أن يكون الصداع والحمى أعراضاً بارزة إلا أن التخريش السحائي نادراً. عادة تكون التغييرات في السائل الدماغي الشوكي غير نوعية.

● الانتقال الخلقي للمقوسة الغوندية يمكن أن يحصل كعاقبة العدوى كآمنة أو عدوى جديدة رئيسية في الأم: يحرض الطفيلي في كثير من الحالات الإجهاض التلقائي أو وفاة الجنين. يكون الأطفال المولودين مع أعراض العدوى بصورة عامة عليين بشدة وغالباً مع متلازمة مميتة بصورة آمنة تتميز بموه الرأس. تضخم طحالي كيدي مع يرقان ، تخلف عقلي والتهاب المشيمة والشبكية. المرض الخلقي الذي يصبح واضحاً فقط في وقت متأخر في الحياة يكون عادة أقل شدة إلا أن التخريب العيني أو العصبي شائع.

### الوقاية

يمكن إنقاص اختطار سراية المرض إذا طهي اللحم بصورة كافية وإذا كانت الخضار والفواكه مغسولة بعناية قبل تناولها.

### المعالجة

التشخيص المرضي النسيحي لالتهاب الدماغ بداء المقوسات يجب التأكد منه عندما يكون ممكناً، لأن الحالات غير المعدية تتضمن الورم اللمفي وساروكوما كابوسي واعتلال بيضاء الدماغ متعدد البؤرات قد يسبب أيضاً آفات عصبية بؤرية. الاختبارات المصلية ذات قيمة محدودة وزرع الجراثيم من مادة الخزعة قد يستغرق عدة أسابيع. غالباً ما يكون من الضروري بدء المعالجة بصورة تجريبية وأحياناً على أساس الصور المقطعية التي تبين آفات منعزلة متعددة داخل الدماغ مرتبة بصورة نمطية في تشكيل حلقة.

مرضى بحقبة المشتبه بإصابتهم بداء المقوسات بما فيهم الأطفال والنساء الحوامل المعتلين بشدة يجب أن يتلقوا بيريميثامين Pyrimethamin بمشاركة سلفوناميد (عادة سلفاديازين) كلا الدوائين يخترقان إلى السائل الدماغى الشوكى بتركيز فعالة علاجياً. هنالك حاجة لإعطاء جرعات عالية نسبياً رغم زيادة حساسية المرضى للتأثيرات الضارة وعدم قدرة كثير منهم على تحمل المعالجة لأكثر من ٦ أسابيع. نقص الكريات البيض ونقص الصفيحات والطفح هي أعراض شائعة. كالسيوم فولينات الذي يعاكس اعتراض استقلاب الفولات في خلايا ذوات الثدي دون أن يؤثر على النشاط المضاد للحيوانات الأوالي، يجب إعطاؤه كل ثلاثة أيام لإنقاص اختطار فقر الدم. يجب أن يبقى المرضى أيضاً مبهين بصورة جيدة (زيادة الماء) لأن السلفاديازين له انحلال سيء في البول.

استعمل بيريميثامين لوحدة في مرضى لديهم عدم تحمل للسلفوناميدات بجرعات أكبر من الجرعات الموصى بها بصورة سوية بعدة مرات إلاّ أن مثل هذه الأنظمة تتوافق باختطار أعظم لتخميد نقي العظم. كليندامايسين في الوريد استعمل أيضاً في هذه الحالات. إلاّ أنه وبينما يكون فعالاً في معالجة التهاب الشبكية والمشيمة تبقى قيمته في التهاب الدماغ بالمقوسات غير مؤكدة.

ويسبب شدة داء المقوسات بمرضى ببقف والمعدل المرتفع للانتكاس فإن معالجة مخدمة بجرعات يومية أقل من بيريميثامين وسلفاديازين يجب أن تستمر لفترة غير محددة بعد المعالجة الرئيسية الناجحة عندما يكون ذلك عملياً.

### التهاب السحايا بالمستخفيات

المستخفية السورمة وهو عبارة عن فطر مشابه للخميرة موجود بصورة واسعة بالتربة ويتراكمز أعلى في مفرغات الطيور تسبب مرض منتشر في حوالي ٥٪ من الأشخاص الذين لديهم عدوى ببقف. وتنتشر بسهولة من الرثتين إلى السحايا مسببة غيبوبة بالمستخفية وبصورة أقل شيوعاً تنتقل لنقي العظم والجهاز البولي التناسلي والجلد.

بدء التهاب السحايا بالمستخفية يكون بصورة عامة مخاتلاً. الحمى والصداع هما غالباً العلامات الوحيدة الظاهرة. قد يكون الغشاق والقياء وتصلب العنق غائباً والعلامات العصبية البؤرية غير شائعة. أحياناً لا يكون هنالك علامات تشير بصورة مباشرة للجملة العصبية. تتضمن العوارض خارج العصبية النمطية آفات جلدية والتهاب رئوي وانصباب جنبي والتهاب الشبكية. وفي حال عدم المعالجة يسير المرض بصورة متقدمة ببطء وأخيراً يكون مميتاً. التشخيص المبكر يعتمد عادة على إثبات المستضد للمستخفيات في المصل أو في مزرعة العقديات المستخفية من السائل الدماغي الشوكي.

### المعالجة

يجب معالجة كافة المرضى الذين لديهم جراثيم مستخفية معرولة حتى إذا لم يكن هنالك علامات للعدوى وذلك بسبب الاختطار العالي لالتهاب السحايا والمرض المنتشر، المعالجة بمركب أمفوتيريسين ب بالتسريب

الوريدي بجرعة يومية ٠.٥-١ مغ/كغ إضافة إلى فلوسيتوزين فموي قد قدم حتى الآن فقط أمل في الشفاء.

يجب أن يحافظ على إعطاء الأدوية لمدة ٦ أسابيع أو حتى تكون مزارع السائل الدماغي الشوكي سلبية لمدة ٤ أسابيع وبهذه الجرعة قد يحرض الأمفوتيريسين ب حصول قشعريرة: حمى أو خلل بالوظيفة الكلوية ك ولكن الإيقاف المبكر للمعالجة نادراً ما يكون ضرورياً. إلا أن معدلات الفشل عالية والنكسات متكررة، إلا إذا كان من الممكن الاستمرار بالتسريبات أسبوعياً بعد المعالجة البدئية بالجرعات اليومية.

تشير نتائج أولية بأن فلوكونازول وإيتراكونازول وأدوية أخرى مضادة للفطور من ترازول الفعال فموياً قد تكون فعالة بصورة نسبية على نحو مقارن في كلا المعالجة والوقاية. تشير نتائج دراسة واحدة حديثة إلى أن فلوكونازول له أيضاً تحمل أفضل من أمفوتيريسين ب.

## المضاعفات العينية

فيروس العوز المناعي البشري نفسه قد يحرض أحياناً نزيفاً شبكياً في العين واعتلال عصبي بصري. وفي حالات أخرى قد ينتشر ساركوما كابوسي ليشمل التهاب ملتحمسة الجفنين والحجاج، إلا أن الرؤيا تنقص في معظم الأحيان بالتهابات فيروس المضخم للخلايا وأحياناً المقوسة الفوندية أو المتللسة الرئوية الجؤجؤية.

## التهابات الفيروس المضخم للخلايا

التهابات الفيروس المضخم للخلايا عديم الأعراض وهو منتشر بصورة واسعة في معظم المجتمعات ينتقل خلقياً بالاتصال الجنسي أو نقل الدم. في مرضى HIV يكون الفيروس المضخم للخلايا سبباً لالتهاب الشبكية والمشيمية، التهاب الأمعاء والتهاب الرئة وغالباً يكون موجوداً مع المتفطرة الطيرية داخل الخلايا وفيروس الحلاى البشري (غاما) في مرضى بحالة دنف متقدم Cachexia. تقريباً كافة الحالات لالتهاب الشبكية والمشيمية في مرضى HIV بسببها الفيروس المضخم للخلايا، فقدان البصر مترقي وغير عكوس.

تعلو نزوف داخل الشبكية بشكل لهب على لطخات نخرية حبيبية بيضا -

تشاهد في القيعان.

المعالجة المضادة للفيروس حقناً بمركب غانسيكلوفير Ganciclovir توقف، عادة تقدم التهاب الشبكية والمشيمة والتهاب الأمعاء الناجم عن الفيروس المضخم للخلايا إلا أن العدوى الرثوية غالباً ما تكون أقل استجابة.

يجب أن تستمر المعالجة لتجنب النكس السريع إلا أنه لما كان غانسيكلوفير مخمداً للنقي، يمكن أن يكون ذلك غير عملي يستعمل في هذه الحالة فوسكارنت Foscarnet كبديل .

## العلّة المحمومة

تحصل حمى مجهولة السبب في كثير من الأحيان في مرضى (HIV) يجب أن يوجه التشخيص بصورة رئيسية للتعرف على المراضات المسببة للعلّة والتي يمكن معالجتها بفاعلية، وبشكل ملحوظ المتكيسة الرئوية الجوّزية، السلّمونية، الفيروس المضخم للخلايا والمتفطرة السلية.

## التهابات المتفطرة

أي جرثوم متفطرة معروف مريض يمكن أن يسبب علّة محمومة في مرضى مبقة وفي أمريكا الشمالية تكون المتفطرة الطيرية داخل الخلايا الأكثر شيوعاً بتورطها. بينما السل الأفريقي يكون أكثر شيوعاً.

العدوى بالمتفطرة الطيرية داخل الخلوية والتي يمكن عزلها بنسبة كبيرة من المرضى المصابين بمبقة المتقدم قد يساهم بصورة كبيرة بفقدان الوزن. المسببة Inanition، الحمى والإسهال والتي تميز نمط الإيدز. العصيات الصامدة للحمض قد تكون موجودة بأعداد كبيرة دون أن تعطي تفاعل ورمي حبيبي وآفات بؤرية يمكن أن تحصل بالواقع بأي جهاز عضوي.

### المعالجة:

يمكن عادة تمييز المتفطرة السلية من المتفطرة غير النوعية بفحص لطخات البلغم بمهارة الّآب أن التعرف على متفطرة غير نوعية في جراثيم معزولة سريرياً لا تؤكد بالضرورة علاقتها السريرية. يجب البحث عن مراضات أخرى عندما يبقى التشخيص موضع شك، الّآب أنه من المهم مع ذلك أن تبدأ المعالجة بسرعة وأن تعدل إذا كان ضرورياً على ضوء الدليل الميكروبيولوجي التالي.

المتفطرة الطيرية داخل الخلية تكون عادة حساسة لمركبات كلوفازيمين، سيكلوسبورين وإيثيوناميد، كلوفازيمين هو المفضل بصورة عامة في معالجة المرض المنتشر لأنه يتركز بصورة انتقائية في نقي العظم وفي الجهاز الشبكي البطاني. غالباً يعطى بمشاركة الريفامبيسين . إلاّ أن تأثير المعالجة على المراضة ومدة البقاء على الحياة يبقى غير مؤكد.

## المرض الاسهالي

أعراض التهاب القولون والإسهال المائي في الأمعاء الدقيقة شائعة بين مرضى HIV وعندما تكون شديدة فإنها تشكل أكثر المظاهر حثيماً لعدوى HIV. يمكن أن ينتج إسهال الأمعاء الدقيقة عن آفات كابوسي الواسعة وأحياناً عن تأثير الاعتلال الخلوي بـ HIV. إلاّ أن معظم الحالات تنتج عن استعمار جرثومي متعلق بالأوالي أو دودي. بعض هذه الجراثيم تشمل أنواع خفية الأبواغ، الفيروس المضخم للخلايا، المتفطرة الطيرية داخل الخلية ومتماثلة البوانغ يبلي تسبب الإسهال تقريباً بشكل كامل في مرضى مبقة. والأخرى تتضمن الجياردية المعوية والمتحولة الحالة للنسج، اللولبية (Helicobacter)، أنواع السيجلة والسلمونيلة وهي تسبب بصورة شائعة المرض المعوي في رجال لوطيين. وفي بعض المرضى المخمدين مناعياً تكون بعض هذه الجراثيم مسؤولة.

وبصورة خاصة السلمونيلة تسبب المرض المنتشر. يجب التأكد عندما يكون ذلك ممكناً من سبب الإسهال وتوفير المعالجة النوعية، وعند الفشل تكون المعالجة أعراضية، تناول طاقة عالية وبروتين من شأنه أن ينقص الهزال العضلي، ميجسترول Megestrol (بروجستوجن اصطناعي) يستعمل أحياناً لفتح الشهية للطعام. استعمال مضاد إسهال مثل كودئين فوسفات يكون له مبرر عندما يكون الاعتبار الرئيسي لتفريح الأعراض... يجب عدم استعمال مضادات حركية مثل ديفينوكسيلات ولوبيراميد في مرضى الأمعاء الالتهابي التقرحي أو لمعالجة الإسهال الحاد في أطفال صغار بسبب خطر توسع القولون السمي.

## داء خفيات الأبواغ

داء خفيات الأبواغ الذي عرف منذ زمن بعيد كنوع من الأوالي الممرض في السارسة البيطرية. وقد عرف حديثاً كسبب مهم للإسهال السائي

المضعف المستديم وفقدان الوزن في مرضى مبقف. يحصل انتقاله بواسطة طريق البرازي الفموي وهو بصورة خاصة شائع بين الرجال اللوطيين حيث تكون النظافة غير كافية. الأمعاء الدقيقة تستعمر بصورة واسعة وينتج أحياناً عن غزو التفرعات المرارية تضيق والتهاب مرارة. يمكن الكشف عن الجراثيم في البراز فقط بالتلوين باليود بكميات رطبة ويتلوين اللطخات بالملونات الحمضية السريعة.

لمركب سيبرومايسين بعض الفائدة إلا أن النتيجة غير مؤكدة ويمكن أن يكون تخريش جهاز الهضم شديداً. وقد أدت جرعات ٥.١ غرام يومياً للحصول على الهدأة إلا أن المعالجة قد تحتاج أن تمتد مدة ٤.٣ أشهر أو أكثر قبل زوال الجراثيم من البراز.

### التهاب متماثلة البوائغ البديعة

التكرار الذي تسببه أوالي متماثلة البوائغ البديعة الإسهال في مرضى مبقف، يتفاوت في مختلف البلدان. يمكن أن يتوضع في البراز بتقنيات متطورة أنواع من خفيات الأبواع. معظم الحالات تعالج بسهولة بإعطاء سفاميثوكسازول / تري ميثوبريم.

### عدوى الفيروس المضخم للخلايا

ليس شائعاً إلا أنه سبب مميت بصورة كامنة بالإسهال في مرضى HIV. أي جزء من الأمعاء قد يكون مكثفاً وقد ينتج عن الالتهاب الشديد انثقاب أو نزف شديد. يتأكد التشخيص بواسطة التنظير الداخلي وتوضيح الأجسام المشتملة في نماذج الخزعة. يمكن أن يكون لالتهاب الأمعاء بفيروس المضخم للخلايا عادة أن يتوقف بإعطاء غانسيكلوفير حقناً إلا أن المعالجة يجب أن تستمر لمنع النكسات.

### الاندفاعات الجلدية المخاطية والجلدية

يتنامى لدى معظم مرضى HIV حالات جلدية في مرحلة ما في مجرى المرض. وغالباً ما يكون شكل كابوشي ساركوما شديداً بالتكاثر والواصم هو أول ظاهرة سريرية لمرض الإيدز. بين الأمراض المعدية، داء المبيضات وإلى مدى أقل النطاق Zostar والتهابات فيروس الحلا أفا الأخرى هي الأكثر انتشاراً. أمراض المكورات العنقودية والعقدية والجرب تكون أيضاً شائعة. الاندفاعات الجلدية المحدثه بالدوا - والتي تحصل بصورة متكررة



يمكن أن تخلق مشاكل تشخيصية.

## داء المبيضات الفموي والمرئي

المبيضة البيضاء هي خميرة تكون مطاعمة سوية في النبيت الجرثومي للجلد، فجوة الفم والمهبل وتصبح بصورة شائعة ممرضة عندما تكون الدفاعات المناعية مخمدة بواسطة معالجة أو مرض.

داء المبيضات الفموي يكون بصورة متكررة المؤشر الأول للتعطل المناعي في مرضى مبقف ويتميز بخشارات بيضاء تغطي مناطق التقرح السطحي على اللثة، الحنك واللسان والتي تحتوي على كثير من كائنات الخميرة وتنفصل بسهولة. وفي الحالات الشديدة تمتد الآفات إلى أسفل البلعوم والمرى لتسبب عسر البلع، غثيان وألم شرسوفي. ويحصل نزف خطير حتى إنشقاب للمرئ الآب أن هذه المضاعفات تكون نادرة جداً.

### المعالجة

تستجيب الآفات الموضعية في الفم بصورة عامة لمستحضرات موضعية مثل الأدوية الفموية نيساتين، ميكونازول (٢٥٠ كل ٦ ساعات لمدة ١٠ أيام) أو أمفوتيريسين ب. مطهرات فموية لها مفعول واسع الطيف بما فيها بولي فيدون - إبودين وكلوهديكريدين لها أيضاً فعل مضاد للمبيضات مفيد الآب أنها يجب أن لا تبتلع لأنها سامة خصوصاً للرضع. وقد يكون من الضروري استعمال كيتوكونازول أو فلوكونازول لمعالجة الحالات المقاومة للمعالجة. تحتاج المعالجة للاستمرار بصورة غير محدودة والآب فإن النكس السريع يكون تقريباً غير عكوس.

يجب معالجة داء المبيضات المرئي يجب معالجته جهازياً. كيتوكونازول فعال عندما تكون المعالجة الفموية عملية والآب فإنه يجب إعطاء أمفوتيريسين ب أو فلوكونازول بالتسريب الوريدي. فلوكونازول حسب التقارير يكون فعالاً بمعالجة التهابات بالمبيضات الخطيرة في مواضع أخرى تكتنف الرنة والصفاق والجهاز البولي.

### الحلأ البسيط

الآفات المخاطية والجلدية التي تسببها فيروسات الحلأ ألفا البشرية (فيروسات الحلأ البسيط) ١ و٢ تحصل بصورة شائعة بين مرضى HIV.

لم تظهر العدوى المنتشرة في التقارير إلاّ أن هناك حالات أحياناً لالتهاب الدماغ، التهاب السحايا ، التهاب المري والتهاب التامور بفيروس الحلأ قد ورد في التقارير. تستجيب عادة آفات تناسلية رئيسية شديدة لمركب أسيكلوفير الفموي أو بالحقن إلاّ أن الاستمرار بالمعالجة يجب أن يكون فيما بعد لفترة غير محددة وإلاّ فإن هذه الحالة تنكس خلال أيام أو أسابيع من إنهاء المعالجة. ظهور المقاومة ورد حديثاً بالتقارير ويتطلب إجراءات تحري لمنطرة هذه النزعة.

## النطاق

غالباً ما يحصل النطاق قبل أشهر أو حتى سنوات من حصول التهابات إنتهازية أخرى. وفي المراحل المتأخرة لعدوى HIV يمكن حصول مرض منتشر. يمكن إحداث هداة عابرة أحياناً بإعطاء جرعات وريدية عالية من أسيكلوفير. إلاّ أن معظم الحالات تزول بصورة تلقائية ولم تتأكد فاعلية المعالجة المخمدة المديدة. وبالتالي فإن المعالجة مبررة فقط عندما يكون المرض مضعفاً. ويكون هنالك إختطار عالي لمضاعفات خطيرة.

## أسيكلوفير Aciclovir

الصفء: عامل مضاد للفيروس  
أقراص ٢٠٠مغ، ٤٠٠مغ  
مسحوق للزرق، ٥٠٠مغ في بالة Vial

### معلومات عامة:

يشقق أسيكلوفير من غوانين وهو مضاهئ لنكليوسيد البيورين الاصطناعي وله خصائص مضادة للفيروس. يعمل ضد فيروسات الحلا باعراضه لتشكّل DNA وتثبيطه لتكاثر الفيروس. إلاّ أنه في مرضى نقص المناعة غالباً ما تكون فيروسات الحلا ألفا مقاومة لآسيكلوفير.

الامتنصاص من جهاز الهضم متفاوت وغير كامل. يتوزع أسيكلوفير بصورة واسعة في أنسجة وسوائل الجسم ويفرغ في البول بصورة رئيسية دون تغيير.

### معلومات سريرية:

#### الاستعمالات:

#### لمعالجة مرضى HIV:

- الحلا التناسلي الرئيسي الشديد.
- التهاب الدماغ بفيروس الحلا.
- النطاق المنتشر.

#### الجرعة وطريقة الاستعمال:

يجب إعطاء الترسبات الوريدية ببطء لفترة تزيد عن ساعة لعجنّب تعطل الوظيفة الكلوية الحاد.

#### الحلا التناسلي الرئيسي:

٥مغ/كغ في الوريد ثلاثة مرات يومياً لمدة ٥ أيام.

تستجيب الالتهابات التناسلية الأقل شدة للاستعمال الفموي بجرعة ٢٠٠مغ خمس مرات يومياً لمدة ٧ أيام.

لمعاودة النكس يمكن إعطاء ٤٠٠مغ فموياً مرتين يومياً إلاّ أن الجرعة المثالية لم تحدد بعد.

### التهاب الدماغ بفيروس الحلا:

١٠مغ/كغ في الوريد ثلاثة مرات يومياً لمدة ١٠ أيام.

### النطاق المنتشر:

١٠مغ/كغ ثلاثة مرات يومياً لمدة ٧ أيام.

### موانع الاستعمال:

فرط حساسية معروف لمضاهئات البيورين نيكليوسيد.

### الاحتياطات:

تناول كمية كبيرة من السوائل ينقص اختطار التعطل الكلوي الحاد

الاستعمال في الحمل: أسيكلوفير له تأثير ماسخ في الطرازات الحيوانية. استعماله في الحمل يجب أن يحدد على أساس الحالة الجسدية للأم.

### التأثيرات الضارة:

صداع، غثيان وقياء تحصل بصورة شائعة بعد الاستعمال الفموي. تعطل كلوي عابر قد يحصل خلال المعالجة الوريدية وربما نتيجة لتشكّل بلورات في الأنابيب الكلوية وهذا يستجيب عادة بسرعة لإنقاص الجرعة أو إيقاف الدواء. الفشل الكلوي الحاد قد استجاب للديال الدموي.

### تجاوز الجرعة:

بما أن امتصاص أسيكلوفير غير كامل من جهاز الهضم فإن تجاوز الجرعة الفموية لا يرجع أن يكون له عواقب خطيرة. يمكن تخفيض تراكيز الدم بالديال الدموي.

## التخزين:

حرارة ٨.٢ درجة مئوية. بعد تحضير المحلول يبقى ثابتاً لغاية ١٢ ساعة بدرجة ٢٠ مئوية.

يجب حفظ الأقراص بعبوات مغلقة بإحكام بحرارة دون ٢٥ درجة يجب حفظ المسحوق للزرق بدرجة

# أمفوتيريسين ب Amphotericin B

الصفن: عامل مضاد للفطر  
مسحوق للزرق ٥٠ مغ في بالة  
أقراص للمص ١٠ مغ.

## معلومات عامة:

٥٠ مغ في ١٠ مل من ماء الزرق وتمديدها لغاية ٥٠٠ مل بمحلول ٥٪ غلوكوز لتعطي تركيز نهائي لأمفوتيريسين ب ١٠٠ ميكروغرام/مل. المحاليل المحتوية على كهارل أو مواد حافظة تكون متنافرة لأنها تعزز الترسب.

أمفوتيريسين ب هو مضاد حيوي بوليني يتحلل بالدسم فعال ضد الحيوانات الأوالي (بروتوزوا) وبعض الفطور. نظراً لامتصاصه السي من جهاز الهضم يجب إعطاؤه حقناً.

## التهاب السحايا بالمستخفية:

١٠٠ مغ/كغ بالتسريب الوريدي يومياً لمدة ٦ أسابيع على الأقل إلى أن تصبح مزارع السائل الدماغي الشوكي سلبية لمدة أربع أسابيع. يجب أن تستمر التسريبات بفواصل أسبوعية لفترة غير محددة لمنع النكس.

يرتبط بصورة واسعة بالبروتينات الشحمية الألب أنه يدخل في الفجوات المصلية ويعبر الحائل المشيمي. يفرغ في البول دون تغيير في مدة عدة أسابيع.

## معلومات سريرية:

### داء المبيضات المريئي:

١ مغ/كغ بالتسريب الوريدي يومياً لمدة ١٤.١٠ يوماً.

### الاستعمالات:

لمعالجة مرضى HIV:

• التهاب السحايا بالمستخفية.

• داء المبيضات المريئي والقموي.

• داء النوسجات والفطار الكرواني.

### داء المبيضات القموي:

١٠ مغ قموياً أربع مرات يومياً بعد الطعام لتستمر لمدة غير محدودة يجب الاحتفاظ بأقراص المص أقرب ما يمكن من الأفات وترك لتذوب بالفم.

### داء النوسجات والفطار الكرواني:

١٠٠ مغ/كغ بالتسريب الوريدي يومياً لمدة ٦ أسابيع على الأقل ولحد أقصى للجرعة الإجمالية ٣ غرام. تسريبات ٥٠٠ مغ/كغ، يجب أن تستمر بفواصل أسبوعية لمدة غير محددة لمنع النكس.

### الجرعة وطريقة الاستعمال:

أمفوتيريسين ب هو مادة شديدة السمية يجب أن تستعمل فقط تحت إشراف طبي ذو خبرة. وفيما عدا معالجة داء المبيضات القموي يجب إعطاء الجرعات بالتسريب الوريدي البطيء وعندما يكون ممكناً بواسطة فئطار وريدي مركزي. يؤخذ هيدروكورتيزون صوديوم سوكسينات بجرعة فموية ٥ ملغ قبل ساعة من تسريب أمفوتيريسين ب لينقص شدة التأثيرات النافضة، الحمى والقيء. يجب تحضير سوائل التسريب طازجة دوماً بحل

### موانع الاستعمال:

فرط حساسية معروف لمركب أمفو ترسيين (ب)

### الاحتياطات:

الإشراف الطبي عن كثب هو متطلب لكامل فترة المعالجة.

## Amphotericin B

يجب مراقبة الوظيفة الكلوية وتراكيز البوتاسيوم المصلية عن كثب عندما تستعمل جرعات عالية.

يجب الاستمرار بتناول كثير من السوائل قد يكون تزويد المريض بالبوتاسيوم مطلباً لمعاوضة ضياع البوتاسيوم في البول.

يجب انقاص الجرعة إذا تردت الوظيفة الكلوية كثيراً، خصوصاً إذا ارتفع تركيز كرياتينين بأكثر من ٥٠٪، وقد يكون لتسريبات مدر تناضحي مثل ما نيتول فائدة.

يجب مراقبة تعداد الدم بفواصل نظامية لأن تخميد نقي العظم يحصل أحياناً بصورة متكررة. قد يكون نقل الدم مطلباً أحياناً.

### الاستعمال في الحمل:

لم تتأكد سلامة استعماله في الحمل. يجب استعمال أمفوتيريسين ب فقط عندما تكون حاجة الأم تفوق احتسار الضرر للجنين.

### التأثيرات الضارة:

نفضات مترافقة برعدة ، حمى، قيء هي تأثيرات تحصل بصورة متكررة خلال التسريب. تأتي، بيغ آلام عضلية ومفصلية، صداع وقهم قد تحصل أيضاً، غالباً ما تكون هذه التأثيرات الأكثر بروزاً

في الأيام الأولى من المعالجة.

يجب توقع تدهور الوظيفة الكلوية، الذي قد يكون عكوساً جزئياً، فقر الدم سوي الصباغ المتقدم هو دليل على تخميد نقي العظم.

النقص النوعي للكريات البيض والمصفحات الدموية، يحصلان بصورة أقل شيوعاً.

### الشلل العصبى:

تعطل الرؤية، طنين الأذنين وصعوبة التبول وردت أيضاً في التقارير.

### النداحلات الدوائية:

يجب تجنب إعطاء أمفوتيريسين (ب) مع أدوية أخرى سامة للكلية بأن واحد .

### تجاوز الجرعة:

قد ينتج عن جرعات كبيرة انقطاع البول (زرام)، خلل نظم القلب، توقف القلب، هبوط ضغط الدم، اضطرابات بصرية، واختلاجات، المعالجة أعراضية، لا يمكن إزالة أمفوتيريسين ب بالديال الدموي.

### التخزين:

يجب حفظ بالات مسحوق الزرق في عبوات محكمة الإغلاق ، محمية من الضوء.

يجب حفظ أقراص المص في عبوات محكمة الإغلاق.

# مركبات البنزيل بنسيلين Benzylpenicillins

الصنف: عامل مضاد للجراثيم (بنسيلين)  
بنزيل بنسيلين: مسحوق للزرق ٦٠٠ مغ (١ مليون وحدة دولية) ٣غم (٥ ملايين وحدة دولية) (بشكل ملح الصوديوم أو البوتاسيوم) في بالة ٥مل (Vial)  
بنزاثين بنزيل بنسيلين: مسحوق للزرق ٤٤٠.١غم بنزيل بنسيلين (٤.٢ مليون وحدة دولية) في بالة ٥مل.  
بروكاين بنزيل بنسيلين: مسحوق للزرق ١غم (١ مليون وحدة دولية) ٣غم (٣ ملايين وحدة دولية) في بالة.

## معلومات عامة:

بنزيل بنسيلين هو مضاد حيوي من زمرة بيتا لاكتام تنتجه أنواع بنيسيلليوم وهو مبيد للجراثيم ضد الميكروبات العفوية، النيسرية، كثير من اللاهوائيات والملتوية. بعد حقنه في العضل يبلغ تراكيز الذروة في البلازما خلال ١٥-٣٠ دقيقة. يتوزع بصورة واسعة عبر الجسم ويفرغ بصورة رئيسية في البول.

تراكيبه المستخرجة تتوفر للاستعمال بالحقن. وهي مصممة لتوفر مدخراً نسيجياً يمتص منه الدواء ببطء في فترة ١٢ ساعة إلى عدة أيام. ينتج بنزيل بنسيلين تركيز الذروة في البلازما خلال ٣-١ ساعات ويفرغ في فترة عدة أيام بينما يحتاج بنزاثين بنزيل بنسيلين إلى ١٣-١٤ ساعة ليبلغ تركيز الذروة في البلازما ويمكن كشفه في البول في عدة أسابيع.

## معلومات سريرية:

### الاستعمالات:

#### لمعالجة

- داء الزهري (سيفيلس) الثانوي والخافي الذي تكون مدته أقل من سنتين.
- داء الزهري الخافي (مفترمخم) المتضمن للزهري العصبي والزهري القلبي الوبائي.
- داء الزهري الخلقي.

## الجرعة وطريقة الاستعمال:

بنزيل بنسيلين وتراكيبه المستخرجة يجب أن تعطى حقناً.

### داء الزهري الثانوي والخافي الذي تكون مدته أقل من سنتين:

بنزاثين بنزيل بنسيلين ٤.٢ مليون وحدة دولية في العضل بدورة واحدة أو بروكاين بنزيل بنسيلين ٢.١ مليون وحدة دولية في العضل يومياً لمدة ١٠ أيام متتالية.

### داء الزهري الخافي (غير الزهري الممسيب)

بروكاين بنزيل بنسيلين ٢.١ مليون وحدة دولية في العضل لمدة ٣ أسابيع أو بنزاثين بنزيل بنسيلين ٤.٢ مليون وحدة دولية في العضل مرة واحدة أسبوعياً لمدة ٣ أسابيع.

### داء الزهري العصبي

بنزيل بنسيلين ٤ مليون وحدة دولية في الوريد كل ٤ ساعات لمدة ١٤ يوماً أو شريطة أن تتأكد مطاوعة المريض. بروكاين بنزيل بنسيلين ٢.١ مليون وحدة دولية في العضل يومياً لمدة أسبوعين مع بروبينسيد ٥٠٠مغ فموياً أربعة مرات يومياً.

### داء الزهري الخلقي المبكر

سائل دماغى شوكي شاذ: بنزيل بنسيلين ٥٠٠٠٠ وحدة دولية/كغ في العضل أو الوريد يومياً بجرعتين مجزأتين لمدة ١٠ أيام أو بروكاين بنزيل بنسيلين ٥٠٠٠٠ وحدة دولية/كغ في العضل يومياً لمدة ١٠ أيام.

## Benzylpenicillins

سائل دماغي شوكي سوي: بنزاتين بنزويل بنسيلين  
٥٠ ألف وحدة دولية/كغ في العضل كجرعة  
افرادية.

### داء الزهري مدته سنتين أو أكثر

بنزويل بنسيلين ٢٠٠ ألف - ٣٠٠ ألف وحدة  
دولية/كغ في الوريد يومياً بجرعات مجزأة لمدة  
١٤ يوماً (بعد أقصى ٤.٢ مليون وحدة دولية  
يومياً)

### موانع الاستعمال

فرط حساسية معروف للبنسيلينات  
وللسيفالوسبورينات.

### الاحتياطات

يجب أن تكون التسهيلات متوفرة لمعالجة التأقي  
عندما تستعمل البنسيلينات. يجب سؤال المرضى  
بدقة حول التفاعلات الأرجية السابقة. إذا تنامي  
طفح جلدي خلال المعالجة، يجب أن يحول المرض  
إلى صنف مضاد حيوي مختلف.

### الاستعمال في الحمل

يمكن استعمال بنزويل بنسيلين أو تراكيبه  
المستخرجة خلال الحمل. (إزالة التحسس)  
للنساء الحوامل المصابات بالزهري الأرجيين  
للبنسيلينات يجب عدم محاولته في مراكز العناية  
الصحية.

## التأثيرات الضارة

تتفاوت تفاعلات فرط الحساسية بشدتها من  
تفاعلات طفح جلدي إلى نأق فوري.

يمكن أن يحصل ألم والتهاب عقيم في موضع  
الزرق العضلي، التهاب وريدي، التهاب الوريد  
الخثاري عقب إعطاء بنزويل بنسيلين في الوريد.  
يسبب حقنه العارض (الحادّي) في العصب  
المحيطي ألماً وخللاً وظيفياً.

قد يسبب إعطاء جرعات كبيرة من بنزويل بنسيلين  
في الوريد بسرعة فرط البوتاسمية، خلل بنظم  
القلب وتوقف القلب، بصورة خاصة في سرضى  
تعطل الوظيفة الكلوية، إعطاء بروكائين أو بنزاتين  
بنسيلين العارض (الحادّي) داخل الوعاء الدموي  
قد يؤدي إلى اختلاجات.

تراكيز بنزويل بنسيلين العالية بلا مبرر في الدماغ  
يمكن أن تسبب اختلاجات، غيبوبة واعتلال دماغي  
مميت. مكون البروكائين متورط في الاضطرابات  
العقلية الحادة المترافقة بإعطاء جرعات فردية  
كبيرة، التهاب الكلية الخلالي، نقص العدلات  
ونقص الصفيحات الدموية ورد في التقارير.

### تجاوز الجرعة:

يمكن أن يسبب فرط البرعة اختلاجات. شلل  
وحتى الوفاة. يمكن تخفيض التراكيز الدموية  
العالية بالديال.

### التحذير:

يجب حفظ مسحوق الزرق في بالات بدرجة حرارة  
٨.٢ درجات مئوية.

## Folinate Calcium كالسيوم فولينات

الصنف: ديباق لضواد فولنيك أسيد  
أقراص: ٥ مغ، ١٥ مغ

### معلومات عامة:

كالسيوم فولينات هو شكل مرجع (ريزودورزم)  
من حمض الورق، فعال استقلابياً، يمتص بسرعة

ويستقلب بصورة واسعة في الكبد إلى مشتقات  
أخرى لحمض الورق (Acid Folic)

## معلومات سريرية

### الاستعمالات:

لانفاص السمية الدموية لمركب بيريميثامين ومثبطات أخرى لحمض الفوليك في مرضى (مبقة).

### الجرعة وطريقة الاستعمال:

للبالغين والأطفال: بصورة يديئية ٥.٣ مغ فموياً كل ثالث يوم. تحتاج الجرعة للأحكام حسب تعدادات الدم مرتين أسبوعياً، وقد تتجاوز ١٥ مغ كل ثالث يوم. أعطيت جرعات أعلى بكثير دون حصول تأثير غير مرغوب.

### الاحتياطات:

يجب دائماً استبعاد فقر الدم الخبيث قبل بدء المعالجة بكالسيوم فولينات. يخفي استعماله

التشخيص بتعديله لفقر دم الأرومة الضخمة الخصائصي إلا أنه لا يمنع التخريب العصبي.

### الاستعمال في الحمل

يجب دائماً استعمال كالسيوم فولينات عند إعطاء بيريميثامين والسلفوناميدات خلال الحمل.

### التأثيرات الضارة

تسمل كالسيوم فولينات جيد بصورة عامة. نادراً ما تحصل تفاعلات فرط حساسية تتضمن الشرى، الطفح والحكة.

### التخزين

يجب حفظ الأقراص في عبوات مغلقة بأحكام، محمية من الضوء.

## سيفترياكسون Ceftriaxone

الصنف: مضاد جرثومي (سيفالوسبورين)  
مستحقق للزرق: ٢٥٠ مغ في بالة.

### معلومات عامة

سيفترياكسون هو سيفالوسبورين الجيل الثالث المشتق من رأسية الأبواغ (جنس من الفطريات المكبومة) له فعالية عالية ضد المكورات سلبية الغرام والعصيات، وله حلقة بيتا لاكتام مثل بنزيل بنسيلين.

بعد حقنه في العضل، يتوزع سيفترياكسون بصورة واسعة في سائر الجسم عمره النصف في البلازما طويل نسبياً (حوالي ٨ ساعات) ويفرغ دون تغيير في البول والصفر.

● القريح الذي تسببه المستدمية الدوكرية المقاومة لمركبات بيتا لاكتام.

● مرض التهاب الحوض، مع دوكسيسيكليين

### الجرعة وطريقة الاستعمال

يجب إعطاء سيفترياكسون حقناً.

عدوى دون مضاعفات بالمكورات البنية شرجية تناسلية وبلعومية و التهاب الملتحمة في البالغين:

٢٥٠ مغ في العضل بجرعة إفرادية.

### التهاب بالمكورات البنية منتشر

١غم في العضل أو الوريد يومياً لمدة ٧ أيام.

التهاب الملتحمة الوليدي بالمكورات البنية

٥٠مغ/كغ في المنسل بجرعة إفرادية (بحد أقصى ١٢٥ مغ)

### معلومات سريرية

### الاستعمالات:

### لمعالجة:

● التهابات المكورات البنية



## القريح Chancroid

٢٥٠ مغ في العسل بجرعة فردية.

## مرض الحوض الالتهابي

لمرضى المشافي: ٢٥٠ مغ في العسل مرتين يومياً مع دوكسيسيكليين ١٠٠ مغ نمويًا أو في الوريد مرتين يومياً لمدة ٤ أيام (أو بعد ٤٨ ساعة من التحسن السريري) يتبعه دوكسيسيكليين ١٠٠ مغ نمويًا مرتين يومياً لمدة ١٤-١٠ يوماً.

## موانع الاستعمال

فرط حساسية معروف للمضادات الحيوية الأخرى من زمرة بيتا لاكلتام

## الاحتياطات

تراكيز الأنزيمات الكبدية قد ترتفع بصورة عابرة

## الاستعمال في الحمل

لا يوجد دليل على أن يستفتر ياكسون تأثير ماسخ. يمكن استعماله خلال الحمل.

## التأثيرات الضارة

تفاعلات فرط الحساسية هي أكثر التأثيرات الضارة شيوعاً، تفاعلات الطغح الجلدي هي نسبياً متكررة بينما الشرى، التشنج القصي والتأفي فهي غير شائعة، الغثيان، القيأ - والإسهال ورهت بالتقارير وبصورة نادرة يحصل التهاب قولون الغشاء الكاذب الناجم عن المطثية العسيرة عندما يشتبه بهذا يجب التوقف عن المعالجة فوراً.

ورد في تقارير عن حصول يرقان ركود صفراوي عكوس.

## التحزين:

يجب حفظ مسحوق الزرق بعبوات مغلقة بإحكام ومحمية من الضوء.

## Ciprofloxacin

## سيبروفلوكساسين

الصف: عامل مضاد الجراثيم (كونولون) أقراص ٢٥٠ مغ (بشكل هيدروكلوريد)

## معلومات عامة:

سيبروفلوكساسين هو كونولون إصطناعي يعمل كمثبط نوعي لأنزيم جيراز الشهط الجرثومية له طيف فاعلية واسع ضد كلا الجراثيم سلبية وإيجابية الغرام اللاهوائية . المقاومة الضعيفة وردت في التقارير إلا أنها حتى الآن ذات أهمية سريرية لا تذكر.

سيبروفلوكساسين يمتص بسرعة من جهاز الهضم عمره النصفى ٥.٣ ساعات ويفرغ في البول بصورة رئيسية كدواء دون تغيير.

## معلومات سريرية:

## الاستعمالات

## لمعالجة:

- سيلان المكورات البنية والتهاب الملتحمة بالمكورات البنية المقاومة للبنسيلين في البالغين.
- القريح في مرضى مبتقة.
- مرض الحوض الالتهابي مع دوكسيسيكليين ومترونيدازول.

## الجرعة وطريقة الاستعمال:

دون مضاعفات، السيلان التناسلي والشرجي، التهاب الملتحمة بالمكورات البنية في البالغين والتهابات القريح: ٥٠٠ مغ بجرعة فردية.

## Ciprofloxacin

### مرض الحوض الالتهابي:

لمرضى المشافي ٥٠٠ مغ مرتين يومياً في دوكسيسيسكلين ١٠٠ مغ فموياً مرتين يومياً وميثرونيدازول ٤٠٠-٥٠٠ مغ فموياً مرتين يومياً لمدة أربع أيام (أو بعد ٤٨ ساعة) من التحسن السريري ، يليه دوكسيسيسكلين ١٠٠ مغ فموياً مرتين يومياً لمدة ١٤-١٠ يوماً.

### موانع الاستعمال:

● فرط حساسية لأي كوينولون.

● الحمل، البلوغ والطفولة، لأن سيبروفلوكساسين قد أحدث اعتلالاً مفصلياً في مفاصل تحمل وزناً في حيوانات صغيرة.

### الاحتياطات:

يجب اعتبار انقاص الجرعة في مرضى التعطل الكبدى أو الكلوي .

يجب إعطاء سيبروفلوكساسين بحذر لمرضى الصرع لأن النوبات قد تتسرب .

يجب التأكد من تناول سوائل كافية لمنع بيلة البللورات.

### التأثيرات الضارة:

تحمل سيبروفلوكساسين بصورة عامة جيد. التأثيرات الضارة الأكثر تواتراً في التقارير هي غثيان، إسهال، قيء، عسر هضم، ألم بطن، صداع، تلمل، رعاش، تخليط ، هلاوس ، دوام ، طفح وحكة.

ألم عضلي، التهاب الوتر واضطرابات كبدية وكلوية ظهرت أيضاً في التقارير.

### التداخلات الدوائية:

قد ترتفع تراكيز ثيوفيللين في البلازما. إطالة زمن النزف وردت في التقارير في مرضى يتلقون مضادات تخثر وسيبروفلوكساسين بأن واحد.

### تجاوز الجرعة:

غسيل المعدة له قيمة إذا أجري بسرعة. يجب المحافظة على توازن الكهارل. يمكن تخفيض تراكيز السيبروفلوكساسين بالديال.

### التخزين:

يجب حفظ الأقراص بعبوات مغلقة جيداً.

## كودئين Codeine

الصف: مضاد إسهال ومسكن ألم.  
أقراص ٣٠ مغ من فوسفات الكودئين.

### معلومات عامة:

الكودئين هو مشتق المورفين المثلي نصف الاصطناعى. وهو أقل من المورفين في إحداث التعلق (الإدمان) إلا أن تزويده يخضع لبرنامج واحد حول الأدوية المخدرة ١٩٦٦. يعطي تأثيره بصورة رئيسية على الجملة العصبية المركزية ويتأثير مضاد لحركة الأمعاء.

يمتص الكودئين بسهولة بعد تناوله عن طريق الفم ويستقلب في الكبد عمره النصفى في البلازما ٣.٢ ساعات ويفرغ في البول بصورة رئيسية كمستقلبات غير فعالة.

## Ciprofloxacin

### معلومات سريرية:

#### الاستعمالات:

في مرضى فيروس العوز المناعي البشري بمقفة.  
معالجة:

- ألم خفيف إلى متوسط
- تفریح أعراضی للإسهال.

#### الجرعة وطريقة الاستعمال:

يجب تناول جرعة ٣٠٠-٦٠٠ مغ ثلاث أو أربع مرات يومياً، حسب الضرورة.

#### موانع الاستعمال:

- العمر دون السنة.
- سورات الربو القصبي.

#### الاحتياطات:

الاستعمال المديد يمكن أن يؤدي إلى التحمل  
الإلأب أن اختطار التعلق يكون أقل من مركبات  
الأفيون الأخرى.

#### الاستعمال في الحمل:

يجب استعمال الكودئين خلال الحمل فقط عندما  
تكون الحاجة تفوق أي إختطار محتمل للمجنين.

استعماله خلال المخاض يمكن أن يؤدي إلى خمود  
تنفسي بالرضع كافيأ لیتطلب استعمال النالوكسون  
١٠ ميكروغرام/كغ في العضل عند الولادة.

#### التأثيرات الضارة:

تتضمن التأثيرات الضارة المتناسبة مع الجرعة  
غثيان، دوام، وتهدأة.

يمكن أن يؤدي الاستعمال المديد إلى إمساك  
معند وبصورة نادرة إنسداد أمعاء شللي أو تضخم  
قولون سمي.

#### التداخلات الدوائية:

الكودئين يعزز تأثيرات مخمدات دماغية أخرى.

#### تجاوز الجرعة:

يتميز تجاوز الجرعة الخطير بخمود تنفسي، نعاس  
شديد، يتطور إلى ذهول أو غيبوبة وتضيق الحدقتين  
الشديد. الوهط القلبي الوعائي وتوقف القلب هي  
الحوادث النهائية.

تتمسك بالمعالجة الداعمة التهورية الاستطاعية  
وإعطاء أدوية رافعة للضغط وسوائل للمحافظة  
على حجم الدم ودورانه. يجب إعطاء نالوكسون  
حسب الضرورة بفواصل دقيقين.

#### التخزين:

يجب حفظ الكودئين في برات مغلقة بإحكام.

## Doxycycline

## دوكسيسيكليين

الصنف: مضاد جرثومي (تتراسيكلين)  
محافظ أو أقراص ١٠٠ مغ بشكل هيكلات Hyclatce  
مسحوق للزرق ١٠٠ مغ (هيكلات) في أمبول.

### معلومات سريرية:

#### الاستعمال:

#### لمعالجة:

- التهابات المتدثرة الحشرية بما يتضمن ورم  
حبيبي لمفي زهري.
- الورم الحبيبي الإربي.

### معلومات عامة:

دوكسيسيكليين هو مضاد حيوي واسع الطيف  
مشتق من أوكسي تتراسيكلين القريب جداً منه.  
يختلف عن التتراسيكلينات بكونه يمتص بصورة  
أوسع بكثير وينحل بالدم بصورة أكبر وله عمر  
نصفي أطول في المصل، وهو مستقل عن حالة  
الريض الكلوية.

● الزهري في مريضات غير حوامل أرجيات  
ثلبينسيلين.

● مرض الحوض الالتهابي مع أدوية أخرى.

### الجرعة وطريقة الاستعمال:

#### التهابات المتندثرة الحثرية:

١٠٠ مغ فموياً مرتين يومياً لمدة سبع أيام.

الورم جيبى اللمفي الزهري والورم الحبيبي الإربي:

١٠٠ مغ فموياً مرتين يومياً لمدة ١٤ يوماً.

#### الزهري (فيما عدا الزهري العصبي):

١٠٠ مغ فموياً مرتين يومياً لمدة ١٥ يوماً. في

الزهري المتأخر يجب أن تستمر المعالجة لفترة  
١٥ يوم إضافية.

#### الزهري العصبي:

٢٠٠ مغ فموياً مرتين يومياً لمدة ٣٠ يوماً.

#### مرض الحوض الالتهابي:

نمريض المشافي ١٠٠ مغ مرتين يومياً لمدة ١٨١٤  
يوماً مدعمة في الأربعة أيام الأولى بمركب  
سيفترياكسون أو سيفبروفلوكساسين -  
ميترونيدازول. طرق الاستعمال وردت سابقاً.

#### موانع الاستعمال:

فرض حساسية معروف.

#### الاحتياطات:

التهاب المري المزعج يمكن تجنبه إذا جلس

المريض عند ابتلاع المحافظ أو الأقراص وغسلها  
بكوب من الماء فوراً. يجب عدم تناول المحافظ  
والأقراص مع اللبن أو ملاح المغنيزيوم أو الأنيسيوم  
لأنها تعطل امتصاص الدوكسيسيكليين.

#### الاستعمال في الحمل والطفولة المبكرة:

لمركب دوكسيسيكليين بصورة عامة مانع استعمال  
في الحمل وخلال الطفولة المبكرة لأنه يتوضع في  
الأسنان النامية والعظام ويعمل التكلس الهيكلي.  
ويمكن أن ينتج عنه تكون عظم شاذ وتلون أسنان  
دائم وأحياناً يسبب نقص تنسج في ميناء السن.

#### التأثيرات الضارة:

تخريش في جهاز الهضم شائع وتفاعلات سمية  
ضوئية وزيادة الحساسية لحروق الشمس وردت  
في التقارير.

تخميد عابر لنمو العظام يكون بصورة كبيرة  
عكوساً، إلا أن تغير لون الأسنان ونقص تنسج  
الميناء في السن تكون دائمة.

#### التداخلات الدوائية:

قد يعزز تأثير مضادات التخثر الفموية وقد ورد  
في التقارير عن فشل كلوي شديد في مرضى تلقوا  
مخدر مهلجن خلال تناؤلهم دوكسيسيكليين.

#### التحذير:

يجب حفظ محافظ دوكسيسيكليين والأقراص  
ومسحوق الزرؤ في عبوات مغلقة جيداً ومحمية  
من الضوء.

# إريثرومايسين Erythromycine

الصف: مضاد جرثومي مكروليدي.  
محافظة وأقراص ٢٥٠ مغ (بشكل ستياارات أو إيثيل سوكنينات) مسحوق للتعليق الفموي ١٢٥ مغ (بشكل ستياارات أو إيثيل سوكنينات) مرهم عيني ١٪.

## معلومات عامة:

إريثرومايسين هو مضاد حيوي مكروليدي تنتجه المتسلسلة الإريثروس له فعالية كايحة للجراثيم إنتقائية ضد كلا المكورات العقدية والحنثودية وبعض العصيات إيجابية الغرام.

لما كان الإريثرومايسين تزال فعاليته بالعصارة المعدة فإن أشكاله الفموية تكون محمية بالتغليف المعوي. ينتشر الدواء بسرعة إلى داخل الأنسجة كلها ما عدا الدماغ والسائل الدماغي الشوكي. يجتاز الحائل المشيمي وظهر في التفارير عن وجود تراكيز منخفضة في بلازما الجنين. العمر النصفى في البلازما تقريباً ٩٠ دقيقة. تزال زمرة الميثيل جزئياً من الإريثرومايسين في الكبد ويفرغ بصورة كبيرة عن طريق الصفراء والبراز.

## معلومات سريرية

### الاستعمالات:

### المعالجة:

- القريح
- الورم حبيبي اللمفي الزهري، كيديل عن تتراسيكلين.
- التهابات متدثرة خثرية أخرى في مرضى لا يمكنهم تناول تتراسيكلين.
- التهاب الملتحمة الوليدي بالمتدثرة.
- الزهري في مريضات حوامل وأطفال لديهم أرجية للبنسيلين.

### الجرعة وطريقة الاستعمال

يجب عدم كسر أقراص إريثرومايسين إلى نصفين قبل تناولها .

## القريح:

٥٠٠ مغ فموياً ثلاثة مرات يومياً لمدة ٧ أيام.

### الورم حبيبي اللمفي الزهري

٥٠٠ مغ فموياً أربعة مرات يومياً لمدة ١٤ يوماً.

### التهابات متدثرة أخرى

٥٠٠ مغ فموياً أربعة مرات يومياً لمدة ٧ أيام.

### التهاب الملتحمة الوليدي بالمتدثرة

٥٠٠ مغ/كغ بشكل شراب بأربعة جرعات يومية مجزأة لمدة أسبوعين.

### منع الرمد الولادي

يكفي تطبيق مرهم عيني المرة واحدة.

## الزهري:

للبالغين: ٥٠٠ مغ فموياً أربعة مرات يومياً لمدة ١٥ يوماً في الافرنجي المبكر و ٣٠ يوماً للافرنجي المتأخر.

للأطفال: ٥.١٢٥.٧ مغ/كغ فموياً أربعة مرات يومياً لمدة ٣٠ يوماً.

فاعلية إريثرومايسين في الزهري موضع شك ويجب استعماله فقط كأخر اختيار.

### موانع الاستعمال.

فرط حساسية معروف للأريثرومايسين.

### الاحتياطات:

يجب مناظرة الوظيفة الكبدية في مرضى في تاريخهم السابق مرض كيدي.

### الاستعمال في الحمل

لم يتبين للأريثرومايسين تأثير مطفر، ماسخ أو سام للجنين أو المضعف. لذلك يمكن استعماله خلال الحمل.

## التأثيرات الضارة:

غثيان، قيء، إسهال يمكن أن تحدث.

## التهاب الكبد بالركود الصفراوي:

التهاب الكبد بالركود الصفراوي والذي قد يوجد مع أعراض تشير إلى التهاب المرارة الحاد وأحياناً يعقد المسارات الطويلة للمعالجة. تزول الأعراض بسرعة عند التوقف عن الدواء.

## التأقي وتفاعلات فرط حساسية أخرى:

أما التأقي فهي نادرة.

## التداخلات الدوائية:

لمركبات إريثروميسين، كلورام فنكول

وكلينداميسين تأثير كابث للجراثيم متشابه ولها نزعة تضاد عندما تعطى مع بعضها. ينقص الإريثروميسين سرعة استقلاب كاربامازيبين ووارفيرين في الكبد بدرجة يمكن أن تتطلب إعادة إحكام الجرعة.

## تجاوز الجرعة:

تتضمن أعراض تجاوز الجرعة غثيان شديد، قيء، إسهال ورنشاع السعج. قد يكون لضعيف القيا - أو غسل المعدة قيمة إذا أجري خلال ساعات قليلة من تناول الدواء.

## التخزين:

يجب حفظ الأقراص والمعلق بعبوات مغلقة بإحكام.

## Fluconazole

## فلوكونازول

الصف: عامل مضاد للفطريات

أقراص ٥٠مغ، ١٠٠مغ، ٢٠٠مغ  
محلول للرقق ٢مغ/ل في أمبول.

## معلومات عامة:

فلوكونازول هو كايح للفطور مشتق من تريازول فعال بصورة خاصة ضد المستخفيات المحدثة. يمتص بصورة جيدة ويعبر بسهولة الحائل الدموي الدماغى إلى السائل الدماغى الشوكى . يطرح ببطء دون تغيير في البول.

## المعلومات السريرية:

الاستعمالات:

فى مرضى HIV

● المعالجة والوقاية من التهاب السحايا بالمستخفية.

● معالجة داء المبيضات المرنى والفموى المرنى القارم . داء المبيضات السهلي والتهابات المبيضات الجهازية الخطيرة بصورة خاصة بالجهاز البولي، الصفاق والرئتين.

## الجرعة وطريقة الاستعمال:

### التهاب السحايا بالمستخفية.

جرعة فموية أو وريدية ٤٠٠مغ تكون فعالة إذا أخذت يومياً بفترة ١٢ أسبوع على الأقل بعد أن تصبح المزارع من السائل الدماغى الشوكى سلبية المعالجة الداعمة بجرعة ٢٠٠مغ يومياً يجب استمرارها لفترة غير محددة.

### داء المبيضات المرنى والفموى المرنى المقاوم:

٢٠٠مغ كجرعة تحميل يديية يعقبها ١٠٠مغ يومياً لمدة ٢١ يوماً (الحقن الوريدي للمبيضات المرنية).

### داء المبيضات السهلي:

١٥٠مغ كجرعة فموية إفرادية.

### داء المبيضات الجهازية:

٤٠٠مغ فموية أو وريدية كجرعة تحميل يديية يليها ٢٠٠مغ يومياً لمدة ٤ أسابيع على الأقل.

## Fluconazole

### موانع الاستعمال:

فرط حساسية لمشتقات آزول.

### الاحتياطات:

يجب إنقاص الجرعة حسب سرعة تصفية الكرياتينين في مرضى التمثيل الكلوي.

### الاستعمال في الحمل:

لم تتأكد سلامة الاستعمال في الحمل. يجب تحديد الحاجة للمعالجة حسب حالة الأم.

### التأثيرات الضارة:

تحمل فلوكونازول بصورة عامة جيد. الغثيان هو أكثر التأثيرات الضارة تواتراً في التقارير. القيء وتعدد البطن والازعاج ورد ذكرها أيضاً بالتقارير.

ارتفاع مستويات الأنزيم الكبدية الذي يحصل في نسبة مئوية صغيرة تكون عكوسة بسهولة في المراحل المبكرة. يجب التوقف عن المعالجة إذا تنامت علامات تشير لمرض كبد.

يجب الانقطاع عن المعالجة إذا تطورت تفاعلات

الطفح الجلدي خلال المعالجة. وقد ورد في التقارير حصول اضطرابات جلدية تقشرية إلا أن العامل المسبب المرافق لم يتحدد.

### التداخلات الدوائية:

يحصل تثبيط الاستقلاب الكبدي لأدوية أخرى ذوابة بالدهم مثل سيكلوسبورين، فينيستين، مركبات سلفونيل يوريا، ثيوفيللين ووارفارين. يسرع ريفامبيسين تصفية فلوكونازول.

يجب تجنب إعطاء فلوكونازول وتريفونادين بأن واحد لأن ذلك يتراكم باضطرابات نظم قلب خطيرة وأحياناً مميتة.

### تجاوز الجرعة:

لا تتوفر خبرة بتجاوز جرعة فلوكونازول. يمكن تجربة تحريض القيء وغسل المعدة في حالة تجاوز الجرعة العرضي.

### التخزين:

يجب حفظ الأفراس في عبوات محكمة بصورة جيدة، محمية من الضوء.

يجب حفظ المستحضرات الوريدية في عبوات مغلقة بصورة جيدة ويجب تجنب تجمدها.

## غانسيكلوفير Ganciclovir

الصنف: مضاد فطريات

أقراص: ٢٠٠مغ

معلق قموي: ١٠٠مغ/٥مل

### معلومات عامة:

غانسيكلوفير مضاهي للثيميديس غير حلقي للغوانين يعمل كدواء مضاد للفيروس باعراضه لتشكيل شريط وتثبيطه للتكاثر الفيروسي.

يستعمل بصورة نوعية لمعالجة الفيروس المضخم للخلايا الخطيرة. وهو أيضاً فعال ضد فيروسات

الحلأ ولكنه شديد السمية بدرجة لا يكون له قيمة عملية في هذا المجال.

بعد التسريب الوريدي يخترق غانسيكلوفير لداخل الدماغ والسوائل تحت الشبكية له عمر نصفي ٤.٣ ساعات ويفرغ بصورة رئيسية في البول.

## معلومات سريرية:

المضخم للخلايا يجب عدم التوقف عن استعمال غانسيكلوفير خلال الحمل.

### الاستعمالات:

معالجة التهابات الفيروس المضخم للخلايا التي تهدد الحياة أو البصر في مرضى متبقية.

### الجرعة وطريقة الاستعمال:

يجب إعطاء جرعة ٥٥٠ مغ/كغ بالتسريب الوريدي البطيء كل ١٢ ساعة لفترة ٢١.١٤ يوم الأولى. ثم يجب الاستمرار بالمعالجة بـ ٥٥٠ مغ/كغ يومياً لمدة غير محددة.

### مواع الاستعمال:

فرط حساسية معروف بمضاهات بيورين نكلوسيد.

الإعطاء بأن واحد لمركب زيدوفودين وأدوية أخرى كابنة للنقي تتوافق بشذوذات دموية شديدة.

### الاحتياطات:

يجب إحكام الجرعة حسب سرعة تصفية الكرياتينين في مرضى لديهم تعطل الوظيفة الكلوية.

**تجاوز الجرعة:**  
تجاوز الجرعة يسبب تخميد نقي العظم. التدبير العلاجي يكون بشكل كبير داعماً، يكون للديال الدمري فائدة.

يجب مناظرة تعداد الدم كل يومين لفترة ١٤ يوم الأولى. التيقظ يكون متطلباً عند إعطاء غانسيكلوفير بمشاركة أدوية أخرى كابنة للنقي مثل زيدوفودين بنتاميدين وسلفاميثوكسازول/ تري ميثوبريم.

### التخزين:

يجب حفظ بالات مسحوق الزرق بدرجة حرارة أقل من ٢٥ درجة مئوية. يمكن تخزين محاليل التسريب لغاية ٢٤ ساعة بدرجة ٤ درجات مئوية.

### الاستعمل في الحمل:

بسبب الحاجة الطارئة لمعالجة التهابات الفيروس

## كيتوكونازول Ketoconazole

الصف: مضاد فيروسي  
مسحوق للزرق ٥٠٠ مغ في بالة.

### معلومات عامة:

كيتوكونازول هو مشتق إيميدازول اصطناعي له فعالية كابحة للفطريات ضد مجال واسع من الكائنات، يمتص بسرعة من جهاز الهضم ويستقلب

جزئياً في الكبد. يفرغ بصورة كبيرة في البراز بواسطة الصفراء.



## Fluconazole

### معلومات سريرية

#### الاستعمالات:

معالجة داء المبيضات المريئي وداء والفموي المريئي المقاوم في مرضى HIV.

#### الجرعة وطريقة الاستعمال:

##### داء المبيضات المريئي:

٢٠٠-٤٠٠ مغ يومياً حتى تحصل هدأة. يجب اعتبار الحاجة لجرعات محافظة نالبة ٢٠٠مغ يومياً.

##### داء المبيضات الفموي المريئي المقاوم:

٢٠٠مغ مرة واحدة يومياً حتى الحصول على الهدأة. الأطفال < ٢ سنة: ٦.٣مغ/كغ يومياً.

#### موانع الاستعمال:

- فرط حساسية لمستقات الآزوت.
- تعطل الوظيفة الكبدية.
- التعلق المزمع بالكحول.
- العمر دون الستين.

#### الاحتياطات:

يجب تقييم الوظيفة الكبدية قبل وخلال المعالجة بفواصل شهرية.

#### الاستعمال في الحمل:

كيتوكونازول سام للجنين في الحيوانات، يجب تحديد استعماله في الحمل على أساس الحالة الجسدية للأم.

### التأثيرات الضارة:

التفاعلات التأقية ظهرت في تقارير عقب الجرعة الأولى. فرط الحساسية قد يكون موجوداً أيضاً بشكل حكة، قرمزية أو شرى.

غشيان، قيء، ألم بطن، إمساك، إسهال وزيادات عابرة في تراكيز الأنزيمات الكبدية تكون شائعة. يجب التوقف عن المعالجة فوراً إذا كان هنالك دليل على أكثر من تخرب خلوي كبدي شديد.

التثدي واضطرابات طمشية ظهرت أيضاً في التقارير.

#### التداخلات الدوائية:

امتصاص كيتوكونازول بجهاز الهضم يعتمد على درجة الحموضة (pH) وإعطاء أدوية بأن واحد تنقص إفراز حمض المعدة مثل ضواء مستقبل ٢H للهيستامين ومضادات حموضة أخرى يجب تجنبها عندما يكون ذلك ممكناً.

ارتباط كيتوكونازول الواسع لبروتينات البلازما وتحريضه للأنزيمات الكبدية هي المسؤولة عن تداخلات دوائية معينة. قد يزداد التأثير المضاد للتخثر لمركبات الكومارين، واستعمال كيتوكونازول مع ريفامبيسين أو سيكلوسبورين قد يغير استقلاب أحدهما أو كلا الدوائين. يجب عدم إعطاء كيتوكونازول بأن واحد مع إما أستيميزول أو تيرفينادين لأن اضطرابات في نظم القلب قد تتضمن إطالة فترات T-Q ورجفان بطيئي قد يحصل.

#### تجاوز الجرعة:

يجب القيام بتحريض القيء أو غسل المعدة في حال تجاوز الجرعة.

#### التخزين:

يجب حفظ أقراص كيتوكونازول بعبوات مغلقة بصورة جيدة.

# ميترونيديازول Metronidazole

الصف: عامل مضاد للحيوانات الأولية.  
أقراص ٢٠٠مغ، ٢٥٠مغ، ٤٠٠مغ، ٥٠٠مغ  
معلق قمري ٢٠٠مغ (بشكل بنزوات) / ٥مل.

## معلومات عامة:

ميترونيديازول هو مشتق Mitroimidazole-5 له فعالية مضادة للجراثيم اللاهوائية وحيوانات أوالي (بروتوزوا) تتضمن المشعرة المهبلية. يتمتع بصورة كاملة تقريباً بعد إعطائه في الفم. عمره النصفى، حوالي ٨ ساعات ويفرغ بصورة كبيرة في البول. بكلا الشكلين دون تغيير وبشكل مستقلبات.

## معلومات سريرية:

### الاستعمالات:

#### معالجة:

- داء المشعرات المثبت في البالغين.
- داء المشعرات في الولدان المستمر لأكثر من ٤ أسابيع.
- التهاب المهبل الناتج عن الغاردنريلة المهبلية.
- مرض الحوض الالتهابي مع سيروفلوكساسين ودوكسيسيكليين.

### الجرعة وطريقة الاستعمال:

يجب إعطاء ميترونيديازول مع وجبات الطعام أو مباشرة بعدها.

### داء المشعرات:

للبالغين ٢غم بجرعة إفرادية أو ٤٠٠-٥٠٠مغ مرتين يومياً لمدة ٧ أيام.

الرضع أكبر من ٤ أسابيع بالعمر: ١٥مغ/كغ يومياً لمدة ٥ أيام بجرعات مجزأة.

### التهابات الغاردنريلة المهبلية:

للبالغات ٤٠٠-٥٠٠مغ مرتين يومياً لمدة ٧ أيام.

### مرض الحوض الالتهابي:

لمرضى المشافي: ٤٠٠-٥٠٠مغ مرتين يومياً مع

سيروفلوكساسين ٥٠٠مغ فموياً مرتين يومياً ودوكسيسيكليين ١٠٠مغ فموياً يومياً لمدة أربع أيام. (أو بعد ٤٨ ساعة من التحسن السريري) بله ده كسيسكليين ١٠٠مغ فموياً مرتين يومياً لمدة ١٤.١٠ يوماً.

موانع الاستعمال:

- فرط حساسية معروف.
- حمل مبكر.
- تعلق مزمن بالكحول.

### الاحتياطات:

يجب تحذير المرضى بعدم تناول الكحول خلال المعالجة لأن تفاعلات مثل ديسولفيرام Disulfiram قد تحصل.

### الاستعمال في الحمل والإرضاع:

يجب عدم استعمال ميترونيديازول لمعالجة داء المشعرات خلال الحمل المبكر. لتفريغ الأعراض يمكن إعطاء كلوتريمازول ١٠٠مغ بشكل تحاميل مهبلية يومياً لمدة ٧ أيام. يجب التوقف عن الإرضاع من الثدي لغاية ٢٤ ساعة بعد التوقف عن المعالجة لأن ميترونيديازول يفرغ بلين الثدي.

### التأثيرات الضارة:

تحمل السيترونيديازول جيد بصورة عامة إلا أن أعراض خفيفة مثل الصداع، تخريش جهاز الهضم وطعم معدني مستمر تكون شائعة. وبصورة أقل تواتراً يحصل نحاس، طلع وزيادة تلون البول بالغامق.

التفاعلات الأكثر خطورة نادرة وتحصل عادة فقط خلال إطالة فترة المعالجة وتشمل التهاب الفم، وداء المبيضات، وقلة الكريات البيض العكوسة، واعتلال عصبي محيطي حسي يكون عادة خفيفاً وعكوساً بسرعة. وقد تضمنت تقارير عن حصول

## Metronidazole

رنح ونوبات صرعية الشكل بين مرضى يتلقون جرعات أكبر بكثير من تلك الموصى بها حالياً. السدخالات الدوائية: يحوز فمل مضادات الضخر الفموية، قد يحرض الكحول ألم في البطن، قيء، بيغ وصداع. الفينوباربيتال والستيروئيدات القشرية تخفض

مستويات الميترونيدازول في البلازما بينما يرفعها مركب السيميتيدين.

تجاوز الجرعة: لا يوجد معالجة نوعية. قد يكون للقيء وغسل المعدة قيمة خلال ساعات قليلة من تناول الدواء.

### التخزين:

يجب حفظ الأقراص والمعلق بعبوات مغلقة جيداً وبعيدة عن الضوء.

## ميكونازول Miconazole

الصف: مضاد للفطريات  
رهم ٢٪ (٢٠٠مغ/مل) ميكونازول نيترات

### معلومات عامة

ميكونازول هو إيميدازول اصطناعي فعال ضد الفطريات (كلا الفطريات الجلدية والخمائر) والمكورات ايجابية الغرام (أنواع المكورات العنقودية والعقدية).

### الاحتياطات:

يجب التوقف عن المعالجة إذا حصل تخريش أو حساسية، يجب أن لا يلامس ميكونازول العينين.

### الاستعمال في الحمل:

ميكونازول المطبق موضعياً لا يمتص جهازياً ويمكن استعماله بسلامة خلال الحمل والإرضاع.

### التأثيرات الضارة:

حالات معزولة من التحسس وردت في التقارير، متميزة بالتخريش والإحساس بالحرق تستوجب التوقف عن المعالجة.

### التخزين:

يجب تخزين الرهم في مكان معتدل البرودة محمياً من الضوء.

### معلومات سريرية:

#### الاستعمالات:

لمعالجة داء المبيضات المهلي.

#### الجرعة وطريقة الاستعمال

جرعة ١٠٠مل (٢٠٠مغ) من الرهم يجب إدخالها عالياً لداخل المهبل في ثلاثة ليالي متتالية.

#### موانع الاستعمال:

- فرط حساسية معروف لميكونازول
- تعطل كبد شديد

# نيستاتين Nystatin

الصنف : مضاد للفطريات  
فرازج ١٠٠ ألف وحدة دولية  
أقراص ٥٠٠ ألف وحدة دولية

## معلومات عامة:

نيستاتين هو مضاد حيوي بولييني، مضاد فطريات مشتق من المتسلسلة (Noursei .Str). فعال ضد التهابات تسببها مجال واسع من خمائر وفطريات مشابهة للخمائر.

## معلومات سريرية:

### الاستعمالات:

- معالجة داء المبيضات المهبلي.
- معالجة ومنع حصول داء المبيضات الفموي في مرضى (مبقف).

## الجرعة وطريقة الاستعمال

داء المبيضات المهبلي

١٠٠ ألف - ١ مليون وحدة دولية بشكل فرزاج تدخل عالياً لداخل المهبل، كل ليلة لفترة أسبوعين على الأقل.

يجب أن يستمر الاستعمال لمدة ٤٨ ساعة بعد الشفاء السريري. وقد يكون من الضروري إعطاء جرعات أعلى لفترة أطول من المعالجة في مرضى نقص المناعة.

## داء المبيضات الفموي في مرضى HIV

### المعالجة:

قرص واحد أربع مرات يومياً. يجب مص الأقراص وليس بلعها وإبقاءها في الفم لأطول مدة ممكنة. يجب استمرار المعالجة لفترة ٤٨ ساعة على الأقل بعد زوال الأعراض.

الوقاية: قرصان يومياً والاستمرار لفترة غير محدودة.

### موانع الاستعمال والاحتياطات:

يجب الانقطاع عن المعالجة إذا حصلت أعراض تخريش أو تحسس .

الاستعمال في الحمل: لم تتأكد سلامة الاستعمال في الحمل. يجب تحديد الحاجة للمعالجة على أساس حالة الأم.

### التأثيرات الضارة:

غثيان خفيف وغاير، قيء وإسهال يمكن أن تحصل بعد الإعطاء الفموي التخريش نادراً ما يحصل بعد الاستعمال الموضعي.

### التخزين:

يجب تخزين الأقراص بعبوات مغلقة بصورة جيدة يجب تخزين الفرازج بدرجة حرارة أقل من ١٥ درجة مئوية في عبوات مغلقة بصورة جيدة ومحمية من الضوء.

# بنتاميدين Pentamidine

الصف: مضاد للحيوانات الأولية Protozoal  
مسحوق للزرق ٢٠٠مغ بنتاميدين إيزيتيونات في بالة Vial  
مسحوق للاستنشاق (ضوب) ٣٠٠مغ بنتاميدين إيزيتيونات في بالة.

## معلومات عامة

أن يبقى جميع المرضى بوضع مستلقي وتحت  
المشاهدة لفترة ٣٠ دقيقة على الأقل بعد كل  
حقن.

اختطار الرقاة خلال الأيام القليلة الأولى من المعالجة  
يمكن إنقاصه بشكل كبير إذا أعطي ستيريويد  
قشري بسرعة عند بدء المعالجة. إذا كان توتر  
الأوكسجين الشرياني للمريض أقل من ٧٠ ملمم  
زئبقي (٣٣kpa.٩). ضغط الدم، تعداد الدم  
وكيرلتيينين المصل وتراكيز غلوكوز الدم يجب  
مناظرتها يومياً طيلة فترة المعالجة.

التوقف عن المعالجة يحتاج للأخذ بعين الاعتبار  
إذا حصل تدهور في نقي العظم، الوظيفة الكلوية  
أو البانكرياسية.

## الاستعمال في الحمل

يمكن أن يحرص الإجهاض باستعماله في الحمل  
إلا أن ذات الرئة الناجمة عن المتكيسة الرئوية  
الجوئية يجب معالجتها دون تأخير.

## التأثيرات الضارة

السمية الكلوية الخفيفة تحصل بصورة متكررة  
وتكون عادة عكسية بصورة كلية. التسريب الوريدي  
السرير يمكن أن يحدث هبوط ضغط دم حاد  
وغشي. الاستنشاق الفموي يمكن أن يسبب تشنج  
قصبي.

تخرب البانكرياس أولاً يسبب نقص سكر الدم  
الناجم عن تحرر مفرط للأنسولين وفيما بعد قد  
يحصل فرط سكر الدم الناجم عن الأنسولين غير  
الكافي والتهاب البانكرياس.

التأثيرات الضارة الأخرى تتضمن نقص الكالسيوم،  
تأثيرات بجهاز الهضم، تخليط هلاوس، اضطرابات  
بنظم القلب، جساوة موضعية وأحياناً تشكل خراج

بنتاميدين هو دياميدين ثابت له فعالية مضادة  
للحيوانات الأولية يعطى حقناً لأن امتصاصه من  
جهاز الهضم لا يعزل عليه لا يدخل إلى السائل  
الدماغي الشوكي تبقى كميات قابلة للكشف في  
الكبد والكلية لأشهر عديدة نتيجة لارتباط انتقائي  
الإفراغ يحصل بصورة رئيسية بالصفراء. جزء  
صغير يفرغ دون تغيير في البول خلال ٢٤ ساعة.

## معلومات سريرية

### الاستعمالات

للمعالجة والوقاية ذات الرئة الناتجة عن المتكيسة  
الرئوية الجوئية في مرضى HIV.

### الجرعة وطريقة الاستعمال،

### المعالجة

٤مغ/كغ بالتسريب الوريدي على الأقل لفترة ٦٠  
دقيقة يومياً ولمدة ٣ أسابيع على الأقل.

للمرضى الذين لديهم فشل كلوي شديد يجب إعطاء  
التسريبات بايام متناوبة.

### الوقاية:

٣٠٠مغ في ٦مل للاستنشاق الفموي كجرعة  
إفرادية كل ٤ أسابيع وتستمر بصورة غير محدودة  
. يجب توفير رذاذ تعطي حجم معين دون  
٥مكرومول.

### موانع الاستعمال

فرط حساسية معروف للبنتاميدين.

### الاحتياطات

بسبب اختطار هبوط ضغط الدم والغشي يجب

## التخزين

بالآت المسحوق الجاف يجب تخزينها بحرارة أقل من ٣٠ درجة مئوية. المحاليل الممددة يجب تخزينها بدرجة ٨.٢ مئوية وأي جزء غير مستعمل يجب رميه بعيداً مع النفايات خلال ٢٤ من تحضيره.

عقيم. وبصورة نادرة نقص الصفائح الدموية، قلة الكريات البيض اختبارات وظيفة كبدية شاذة وحامى متعددة الأشكال (متلازمة Stevens Johnson) وردت في تقارير.

## راتنج البودوفيلوم Podophyllum resin

الصف: عامل حال للطبقة القرنية

محلول ٢٥.١٠٪

### معلومات عامة

راتنج البودوفيلوم هو مزيج من الراتنجيات المسحوقة المستخلصة من جذور البودوفيلوم بلنتاتوم. يحضر المحلول بتشكيل معجون مع بنجران في الكحول. وهو عامل حال للطبقة القرنية كاوي للتطبيق الموضعي.

واسمة من الجلد ويجب عدم استعماله في معالجة تآليل عنق الرحم، الإحليلية، الشرجية المستقيمة أو فموية.

للمعالجة مانع استعمال خلال الحمل لأن راتنج البودوفيلوم ماسخ وسام للجنين.

### الاحتماءات

مستحضرات راتنج البودوفيلوم يجب استعمالها فقط تحت إشراف طبي عن كثب وذلك بسبب تأثيراته السمية الخطيرة الموضعية والجهازية بصورة كاملة. التي يمكن أن تنتج عن استعماله المفرط أو لفترة طويلة. يزداد الامتصاص الجهازي عندما تكون تطبيقاته على تآليل سهلة التفتت ونازفة.

التأثيرات الضارة: التأثيرات الجهازية للامتصاص الجلدي المفرط تتضمن، غشيان، قيء، ألم بطن وإسهال.

نقص الكريات البيض العابر ونقص الصفائح يحصل أحياناً مما يوفر دليل لتخميد نقي العظم.

يمكن أن ينتج فرط التطبيق العياني سمية عصبية خطيرة والأعراض هي تأخر خصائصي بصورة متميزة في بدء وبطء إختفاء الأعراض. وتتضمن هلاوس بصرية وسعية. وهام. توهان تخليط أو التباس وهذيان.

### معلومات سريرية

#### الاستعمالات

المعالجة الموضعية للتآليل التناسلية.

#### الجرسة وطريقة الاستعمال

محلول ٢٥.١٠٪ يجب تطبيقه على المنطقة المصابة. يجب إتخاذ العناية لتجنب التماس للنسيج السوي. يجب غسل المحلول بصورة كاملة بعد ٤-١ ساعات.

قد تتكرر المعالجة بفواصل أسبوعية بحد أقصى أربع تطبيقات.

المكون الفعال بودوفيلوتوكسين (٥.٠٪) متوفر في بعض البلدان، وله تأثير أكال أقل ويمكن تطبيقه دون إشراف طبي.

موانع الاستعمال:

يجب عدم تطبيق راتنج البودوفيلوم على مناطق

## التخزين

يجب حفظ المحاليل الموضعية في عبوات محكمة الإغلاق محمية من الضوء والحرارة المفرطة، عمر

الراتنج على الرف متفاوت بعض التراكيب تبدأ بالتدرك خلال أيام قليلة من التعرض للضوء أو الهواء أو الحرارة.

## بيريميثامين Pyrimethamine

الصف: عامل مضاد للحبوانات الأولي.  
أقراص ٢٥مغ، ٥٠مغ

### معلومات عامة

بيريميثامين هو مستقلب لحمض الفوليك الذي يعمل بصورة تآزرية مع سلفوناميدات لقتل الاثروفة سريعة التكاثر للمقوسة الفوندية، قد تتدخل الجرعات العالية المطلوبة باستقلاب حمض الفوليك في المضيف..

العمر النصفى بعد إعطائه هو ٤ أيام تقريباً، يستقلب بيريميثامين جزئياً في الكبد ويفرغ في النهاية في البول.

جرعة مخددة ٤.٢ غرام يومياً تستمر لمدة غير محددة. يعطى بيريميثامين لوحده لمرضى لديهم فرط حساسية للسلفوناميدات بجرعات أربع أمثال الجرعة المقترحة إلا أن مثل هذه الأنظمة تترافق باختطار أعظم لتخميذ نقي العظم.

### موانع الاستعمال

- فرط حساسية معروف لبيريميثامين
- خلل الوظيفة الكبدية أو الكلوية شديد
- الحمل خلال الأثلوث الأول فيما عدا عندما تكون سسة الأم معرضة للخطر الشديد.

### الاحتياطات

يجب أن يتلقى كافة المرضى كالسيوم فولينات بأن واحد لمنع عوز حمض الفولينيك الناتج عن جرعات يومية عالية من بيريميثامين. للبالغين والأطفال ٥.٣مغ فموياً كل ثلاثة أيام الجرعة تحتاج للإحكام حسب التعداد الدموي مرتين أسبوعياً وقد يتجاوز ١٥مغ كل ثالث يوم وقد أعطيت جرعات أعلى بكثير دون تأثيرات غير مرغوبة.

### الاستعمال في الحمل

لمركب البيريميثامين بصورة عادية مانع استعمال خلال الأثلوث الأول إلا أن يجب عدم تأخير إعطائه عندما تكون صحة الأم مهددة بخطر شديد ويجب إعطاؤها فيما بعد لإنقاذ نقل المرض الخلقي.

### معلومات سريرية

#### الاستعمالات

معالجة التهاب السحايا بالمقوسات والمظاهر الأخرى لداء المقوسات النشط في مرضى (HIV).

#### الجرعة وطريقة الاستعمال

تعطى كمية إجمالية مقدارها ٢٠٠مغ بجرعات سجزاة في اليوم الأول، يتبعها ٧٥.٠مغ يومياً لمدة ٦ أسابيع على الأقل. ثم يجب إعطاء معالجة تخميذية بجرعة يومية ٢٥.٠مغ تستمر لمدة غير محددة.

يجب إعطاء بيريميثامين بهذه الجرعة دائماً مع سلفاديازين ٨.٦ غرام فموياً سجزاة على أربع جرعات يومياً لفترة ٦ أسابيع على الأقل يليها

## التأثيرات الضارة

القيء، غث، رخ، رعاش ونوبات ظهرت في التقارير وبالجرعات العالية المتطلبه لعلاج داء المقوسات قد يسبب بيريميثامين قلة الصفيحات الدموية، قلة الحبيبات، وفقر دم الأروسة الكبيرة الناجم عن عوز الفوليتينك أسيد.

## التداخلات الدوائية

مختلف الأدوية الأخرى بما في ذلك كافة السلفوناميدات ، تري ميشوبريم وميشوتريكسات تعمل بصورة تآزرية مع بيريميثامين بتثبيط استقلال فوليك أسيد. يجب تجنب إعطاء الأدوية بأن واحد عدا عن استعمال سلفاديازين المخطط له.

## تجاوز الجرعة

الجرعات المفرطة من بيريميثامين مميتة بصورة كاملة وتحدث قيء، قيء، ونوبات.

لتحريض القيء وغسل المعدة قيمة عند إجرائها خلال ساعات قليلة من تناول الدواء . يمكن السيطرة على الاختلاجات بإعطاء ديازيبام حقناً.

## التحذير

يجب حفظ الأقراص بعبوات مغلقة بصورة جيدة محمية من الضوء والرطوبة.

سيكتينومايسين فمضلع فمضلع فمضلع فمضلع فمضلع  
الصف: مضاد للجراثيم.

# سبكتينومايسين Spectinomycin

الصف: مضاد للجراثيم.

مسحوق للزرق ٢ غرام (بشكل هيدروكلوريد) في البالة.

## معلومات عامة

سبكتينومايسين تنتجه المتسلسلة المنظارية وهو الأكثر فعالية ضد النيسرية البنية والذي يشبط فيه تنسكل البروين.

يتمص بسرعة بعد الحقن العضلي ويبلغ تراكيز الذروة في البلازما بعد ساعة لا يرتبط بصورة معتدة بروتينات البلازما ويفرغ دون تغيير في البول.

## معلومات سريرية

### الاستعمالات

### المعالجة

- السيلان الشرجي التناسلي والسيلان المنتثر.
- التهاب الملتحمة بالمكورات البنية في البالغين والولدان.
- القريح، كبدل عن إريثرومايسين.

## الجرعة وطريقة الاستعمال

السيلان الشرجي التناسلي غير المصحوب بمضاعفات  
٢غم في العضل بجرعة منفردة.

التهابات المكورات البنية المنتشرة  
٢غم في العضل مرتين يومياً لمدة ٧ أيام.

التهاب الملتحمة (الرمد) بالمكورات البنية

للبالغين: ٢غم في العضل بجرعة منفردة.

للولدان: ٢٥مغ/كغ بجرعة منفردة (بحد أقصى ٧٥مغ)

### القريح

٢غم في العضل بجرعة منفردة.

### موانع الاستعمال

فرط حساسية معروف



## سبيكتينومايسين Spectinomycin

فيجب استعماله في النساء الحوامل فقط عندما تكون الفائدة تفوق أي اختطار محتمل للجنين .

### التأثيرات الضارة

تفاعلات فرط الحساسية نادراً ما تحصل.  
الألم في موضع الزرق، الغشيان، الحمى، الودام، الشرى وردت في التقارير

### التخزين

يجب تخزين مسحوق الزرق في بالات.

### الاحتياطات

يجب أن يستعمل سبيكتينومايسين في مرضى التعلقل الكلوي فقط عندما تكون المعالجة البديلة غير مناسبة.

### الاستعمال في الحمل

بما أن الاستعمال السليم في الحمل غير مؤكد،

## سلفاديازين Sulfadiazine

الصنف: مضاد جرثومي

أقراص: ٥٠٠مغ

مسحوق للزرق: ٢٥٠مغ/مل في أمبول

### معلومات عامة

سلفاديازين هو مثبّط لاستقلاب فوليك أسيد في الجراثيم والحيوانات الأوالي (بروتوزوا) يعمل بصورة بارزية مع بيريميثامين.

يمتص سلفاديازين بسرعة من جهاز الهضم ويتوزع بصورة واسعة في الجسم.

عمره النصفى في المصل حوالي ١٢.١٠ ساعة. بعد أستلة جزئية في الكبد يفرغ في البول.

### معلومات سريرية

#### الاستعمالات

#### لمعالجة

● التهاب الدماغ بالمقوسات وأعراض أخرى لالتهاب المقوسات في مرضى HIV.

● ورم حبيبي لمفي زهري.

#### الجرعة وطريقة الاستعمال

داء المقوسات في مرضى HIV:

كمية إجمالية ٨.٦ غرام فموياً أو في الوريد في

أربع جرعات مجزأة يوماً تعطى لمدة ٦ أسابيع على الأقل، يليها جرعة مخمدة ٤.٢ غرام يومياً وتستمر لفترة غير محددة.

لمعالجة داء المقوسات يجب دائماً إعطاء سلفاديازين بمشاركة بيريميثامين ٢٠٠مغ بجرعات مجزأة في اليوم الأول يليها ١٠٠.٧٥مغ يومياً لمدة ٦ أسابيع على الأقل ثم معالجة تخشيدية بجرعة يومية ٥٠.٢٥مغ تستمر لمدة غير محدودة.

### ورم حبيبي لمفي زهري

١ غرام فموياً أربع مرات يومياً لمدة ٧ أيام.

### موانع الاستعمال

- فرط حساسية معروف للسلفوناميدات
- الحمل خلال الأثلوث الأول إلاّ عندما تكون صحة الأم معرضة لخطر شديد
- خلل وظيفي شديد كبدي أو كلوي.

### الاحتياطات

مرضى HIV المعالجين بسلفاديازين مع بيريميثامين يجب أن يتلقوا معالجة بكالسسيوم فولينات نان واحد لمنع عوز الفولسنيك أسد.

بالنسبة للبالغين والأطفال يعطى في البدء ٥.٣ مغ فموياً كل ثالث يوم. تحتاج الجرعة للإحكام حسب تعداد الدم مرتين اسبوعياً وقد تتجاوز ١٥ مغ كل ثالث يوم وقد أعطيت جرعات أكبر بكثير دون ظهور تأثير غير مرغوب.

في هؤلاء المرضى يجب متابعة تعداد الدم مرتين اسبوعياً طيلة فترة المعالجة للكشف عن علامات خمود نقي العظم. يجب إيقاف إعطاء الدواء فوراً إذا ظهرت علامات افتراضية لفرط الحساسية مثل الطفح الجلدي، البول الداكن والقرمزية.

انحلال سلفاديازين في البول أقل بكثير من السلفوناميدات الأخرى. يجب المحافظة على نتاج عالي من البول القلوي خلال معالجة داء المقوسات لتجنب التبلور. وفي كافة المرضى، إعطاء أدوية أخرى بأن واحد تتدخل باستقلاب حمض الفولي، (عدا بيريميثامين) يجب تجنبها عندما يكون ذلك ممكناً.

### الاستعمال في الحمل

إعطاء السلفوناميدات خلال الحمل يمكن أن يحدث تفاعلات فرط حساسية شديدة في الأم. تأثيراتها في إزاحة بيليروبين من مواضع الارتباط بالبروتين قد أدت إلى قلق، على أساس المعطيات المأخوذة من الولدان الخدج. لأن ذلك قد يدمس اليرقان النووي. رغم أن السلفوناميدات تعبر بسهولة الحائل المشيمي لا يوجد دليل قاطع بأن الجنين

يتعرض لاختطار الآب أنه يجب عدم إعطاء سلفاديازين خلال الأثلوث الأول الآب عندما تكون صحة الأم معرضة لخطر شديد.

### التأثيرات الضارة

الغثيان، القيء، الإسهال والصداع تحصل أحياناً. تفاعلات فرط الحساسية الممرضة بالسلفوناميد يمكن أن تكون شديدة وتتضمن تفاعلات جلدية نادرة تهدد الحياة مثل الحامى متعددة الأشكال (متلازمة ستيفنز جونسون) وتقرن الأسجة المتوترة البشرية السمي.

قد ينتج عن بيلة البلورات عسر التبول ومغص كلوي وبيلة دموية وانسداد كلوي حاد.

أما التفاعلات الأخرى غير المتكررة فتتضمن قلة السحببات، قلة الصفائح الدموية القرمزية، ندرة المحببات وفقر دم لا تنسجي والتهاب الكبد السمي، انحلال الدم يحصل أحياناً في أفراد لديهم عوز لأنزيم غلوكوز ٦ فوسفات ديهيدروجيناز.

### تجاوز الجرعة

قد يكون الإدرار القسري المستمر مفيداً ويجب المحافظة على بول قلوي خلافاً لذلك تكون المعالجة أعراضية.

### التخزين

يجب حفظ الأقراص في عبوات مغلقة جيداً ومحمية من الضوء. يجب حفظ محلول الحقن في أمبولات.

## سلفاميثوكسازول / تري ميثوبريم

الصف: مضاد جرثومي  
أقراص ١٠٠مغ سلفاميثوكسازول + ٢٠مغ تري ميثوبريم، ٤٠٠مغ + ٨٠مغ، ٨٠٠مغ - ١٦٠مغ  
محلول مركز للتسريب الوريدي ٤٠٠مغ + ٨٠مغ في أمبول ٥مل.  
معلق فموي ٢٠٠مغ + ٤٠مغ في ٥/٥مل.

### معلومات عامة

لمكونا منتج المشاركة هذا طيف مضاد للجراثيم مشابه ولكليهما فعالية مضادة للحوانات الأوالي. يحملان بصرة تازرزية لأنها يشيطان خطرات مختلفة في التشكل الأتزمي للمركب تتراهدروفوليك أسيد وهي عملية استقلابية ضرورية في الكائنات الحساسة.

يمتص تري ميثوبريم بسرعة أكبر ويتوزع بصورة أوسع في الأنسجة ويدخل في السائل الدماغي الشوكي بصورة أسرع من السلفاميثوكسازول. كلا المكونين يرتبط بصورة معتدلة بروتينات البلازما وكل منهما يفرغ بصورة كبيرة دون تغيير في البول بسرعة تعطي عمر نصفي للبلازما حوالي ١٢ ساعة.

### معلومات سريرية

#### الاستعمالات

- معالجة ورم حبيبي إربي
- معالجة القريح (كبدل عن الإريشومايسين) والسيلان في مناطق تبقى فيها الذراري حساسة ويمكن القيام بمناطرة منتظمة
- معالجة وإتقاء ذات الرئة الناجمة عن المتكيسة الرئوية الجؤجؤية

#### الجرعة وطريقة الاستعمال

##### الورم الحبيبي الاريبي،

سلفاميثوكسازول ٨٠٠مغ + تري ميثوبريم ١٦٠مغ فموياً مرتين يومياً لمدة ١٤ يوماً.

##### القريح:

سلفاميثوكسازول ٨٠٠مغ + تري ميثوبريم ١٦٠مغ فموياً مرتين يومياً لمدة ٧ أيام.

### السيلان

سلفاميثوكسازول ٤٠٠مغ + تري ميثوبريم ٨٠٠مغ فموياً بجرعة منفردة مرة واحدة يومياً لمدة ثلاث أيام.

ذات الرئة الناجمة عن المتكيسة الرئوية الجؤجؤية في مرضى مبقة

### المعالجة

إعطاء فموي: سلفاميثوكسازول ١٠٠مغ/كغ + تري ميثوبريم ٢٠مغ/كغ بجرعتين إلى أربعة جرعات مجزأة يومياً لمدة ثلاثة أسابيع على الأقل.

التسريب الوريدي لمرضى معتلين بشدة: سلفاميثوكسازول ٧٥مغ/كغ + تريميثوبريم ١٥مغ/كغ يومياً في أربعة جرعات مجزأة، يعطى كل منها في محلول ٥٪ غلوكوز في الماء بأكتر من ٦٠ دقيقة.

أشكال الجرعات الفموية يجب أن تستعمل كبديل بالسرعة التي يمكن للمريض أن يتلعتها.

### الوقاية:

سلفاميثوكسازول ٢٥مغ/كغ + تري ميثوبريم ٥مغ/كغ بجرعتين مجزأتين يومياً لمدة ثلاثة أيام متتالية في كل أسبوع طيلة فترة استمرار التنبيب المناعي.

### موانع الاستعمال

- فرط حساسة معروف.
- خلل وظيفي شديد كبدي أو كلوي

### الاحتياطات

في مرضى مبقة مصابين بذات الرئة الناجمة عن المتكيسة الرئوية الجؤجؤية والذين يكون لديهم توتر الأوكسجين الشرياني أقل من ٧٠ملم زئقي،

اختطار الوفاة خلال الأيام القليلة من المعالجة يمكن إنقاذها بصورة كسرة إذا أعطى ستروئيد قشري بنفس سرعة البدء في المعالجة.

يجب تعليق المعالجة أو إيقافها إذا ظهر طفح أو أي ظاهرة أخرى من فرط الحساسية للسلفوناميد.

إختطار البيلة البللورية السلفوناميدية ينقص بالمحافظة على نتاج بولي بومي ليتر ونصف على الأقل. عندما يكون ممكناً يجب قياس تراكيز السلفوناميد في البلازما بصورة دورية.

يجب نصح المرضى بطلب استشارة طبية إذا حصل لديهم بلعوم مؤلم أو متفرح أو حمى خلال المعالجة. يمكن أن يكون لهذه النصيحة قيمة أعظم من المناظرة الروتينية لتعداد الخلايا البيض.

نظراً لأن المرضى المسنين قد يكونون أكثر حساسية للتفاعلات الضارة الشديدة خصوصاً لاعتلال الدم فيجب أن لا تطول معالجتهم بصورة غير ضرورية .

مرضى عوز الفولات قد يعطّلون إضافة كالسيوم فولات لمنع فقر دم الأرومة الضخمة.

الذي يستجيب لكالسيوم فولينات تفاعلات فرط الحساسية المعرّضة لسلفوناميد يمكن أن تكون شديدة وتتضمن تفاعلات جلدية مهددة للحياة مثل حمامى متعددة الأشكال ومتلازمة ستيفنز-جونسون و تقشر الأنسجة المتموتة الجلدية السمي.

تفاعلات أخرى تتضمن قلة المحبيبات، ندرة المحبيبات، فقر دم لا تنسجي، نقص الصفيحات القرمزي، سمية كبدية وإنحلال الدم تحصل أحياناً في أفراد غلوكوز ٦ فوسفات ديهيدروجيناز.

### التداخلات الدوائية

متطلبات المحافظة لمركبات السلفونيل يوريا ومضادات التخثر الكومارينية غالباً ما تنقص نتيجة لإزاحتها من بروتينات البلازما بواسطة سلفاميثوكسازول الاستعمال بأن واحد لمبتطبات أخرى لاستقلاب الفولات (مثل بيريميثامين، ميتوتريكسات، ومضادات اختلاج أخرى) تزيد إختطار فقر دم الأرومة الضخمة.

### تجاوز الجرعة

تتضمن أعراض تجاوز الجرعة الحاد، قياء، دوام وتخليط بلبها اضطرابات بصرية، حبرات، قرمزية ويرقان. البيلة البللورية، البيلة الدموية وانقطاع البول قد تحصل أيضاً.

الإقيا، أو غسل المعدة قد يكون له فائدة خلال ساعات قليلة من ابتلاع الدواء. شريطة أن يكون النتاج البولي كافياً يجب المحافظة على تناول كمية كبيرة من السوائل. يمكن أن يكون للديال الدموي فائدة بطرح بعض الدواء خلافاً لذلك تكون المعالجة أعراضية وداعمة.

### التخزين

حب تخزين الأقراص، المعلق الفموي ومركز التسريب محمية من الضوء بعبوات مغلقة بصورة جيدة.

### الاستعمال في الحمل

يفضل تجنب مشاركة سلفوميثوكسازول وتري ميثوبريم بالحمل لأنها تؤدي إلى يرقان نووي في الوليد. إلا أن معالجة المرضى المصابين بالمتكيسة الرئوية الجؤجؤية المهدة للحياة يجب عدم تأخيرها بأي طرف كان.

### التأثيرات الضارة

غثيان، قياء، التهاب اللسان وطفح جلدي شائع في مرضى ميقف يتلقون سلفاميثوكسازول / تري ميثوبريم بالمتكيسة الرئوية الجؤجؤية، حمى ناكسة قلة عدلات، قلة صفيحات دموية وزيادات في مستويات الترانس أميناز المصلية تحصل أيضاً بصورة متكررة.

تري ميثوبريم قد يحدث فقر دم الأرومة الضخمة

## التتراسيكلين Tetracycline

الصف: مضاد جرثومي (تتراسيكلين)  
محافظ أو أقراص ٢٥٠ مغ تتراسيكلين هيدروكلوريد  
مرهم عيني ١٪ تتراسيكلين هيدروكلوريد

### معلومات عامة

التتراسيكلين هو مضاد حيوي واسع الطيف سفتق من أنواع المتسلسلة. يحدث كبح الجراثيم بتثبيته لتشكيل البروتين ويتركز بصورة انتقائية في كائنات حساسة.

يحصل الامتصاص بصورة رئيسية من المعدة والأمعاء الدقيقة. تحصل تراكيز الذروة في البلازما خلال ٤ ساعات وتلاشي بعمر نصف حوالي ٨ ساعات. يحدث الأفرغ بصورة رئيسية بالترشح في البول. ينتج عن دوران الدم المعوي الكبد تراكيز عالية للتتراسيكلين متراكمة في الكبد والصفراء. تستمر التراكيز الكابحة للجراثيم لغاية ٦ ساعات بعد استعماله الموضعي.

يجتاز التتراسيكلين المشيمة ويقرغ في لبن الثدي.

### معلومات سريرية

#### الاستعمالات

#### لمعالجة

- التهابات المتدثرة الخثرية بما يتضمن الورم حبيبي اللمفي الزهري.
- الورم الحبيبي الإربي.
- الزهري في مريضات غير حوامل أرجيات للبنسيلين.

الوقاية (وعندما لا تكون المعالجة الجهازية متوفرة) معالجة التهاب الملتحمة للخدج الناجم عن النيسرية البنية والمتدثرة الخثرية.

#### الجرعة وطريقة الاستعمال

#### التهابات المتدثرة الخثرية

٥٠٠ مغ فموياً ٤ مرات يومياً لمدة ٧ أيام

ورم حبيبي لمفي زهري والورم الحبيبي الإربي  
٥٠٠ مغ فموياً ٤ مرات يومياً لمدة أربع عشر يوماً.

#### الزهري

٥٠٠ مغ فموياً ٤ مرات يومياً لمدة ١٥ يوماً. في الزهري العصبي والزهري المتأخر يجب أن تستمر المعالجة لفترة ١٥ يوماً إضافية.

#### التهاب العين (الرمد) الوليدي،

#### الوقاية

تطبيق إفراي للمرهم يجب أن يكون كافياً.

#### المعالجة

يجب إدخال المرهم إلى كل عين مرة كل ساعة أثناء تحويل الرضيع إلى العيادة.

#### موانع الاستعمال

- فرط حساسية معروف
- تعطل كلوي شديد
- الحمل والطفولة المبكرة (فيما عدا الاستعمال الموضعي للوقاية أو لمعالجة الرمد الوليدي)

#### الاحتياطات

يمكن التخلص من التهاب المريء إذا كان المريض جالساً خلال ابتلاع المحافظ أو الأقراص ويغسلها إلى الأسفل فوراً بكوب من الماء. المحافظ والأقراص يجب عدم تناولها مع اللبن أو أملاح المغنيزيوم أو الألمنيوم لأن هذه تعطل امتصاص التتراسيكلين.

المحافظ والأقراص ذات الفعالية المنتهية يجب رميها. هناك تقارير بأن التتراسيكلين المتدرك يسبب خلل وظيفي كلوي لا يتميز عن متلازمة فانكوني وأفات جلدية مشابهة لأعراض الذئبة الحمامية الجهازية.

## الاستعمال في الحمل والطفولة المبكرة

للتتراسيكلين بصورة عامة مانع استعمال في الحمل وخلال الطفولة المبكرة لأنه يتوضع بالأسنان النامية والعظام ويعطل التكلس الهيكلية ويمكن أن يؤدي إلى تكون شاذ للعظم وتلون دائم للأسنان ونقص تنسج المينا السني.

## التأثيرات الضارة

تخريش جهاز الهضم شائع لدى نفاذ التبييت الجرثومي السوي مما يسمح بفرط نمو لكائنات مقاومة. يجب تمييز الإسهال المخرش عن التهاب الأمعاء الناجم عن التهاب إضافي بالمكورات العنقودية إيجابية زرع وشخصية ومن التهاب القولون ذو الغشاء الكاذب الناتج عن المطثية العسيرة.

التفاعلات السمية الضوئية ينتج عنها أحياناً تغيرات جلدية مثل البارفيرية وانصبغ الأظافر.

تفاعلات فرط الحساسية نادرة. الطفح حصبي الشكل، الشرى، اندفاعات جلدية ثابتة، التهاب الجلد التقشري. تشقق الشفة. التهاب اللسان الحكة والتهاب المهبل وردت في التقارير كذلك الوذمة الوعائية، التأقي والأورام الدماغية الكاذبة.

## التداخلات الدوائية

قد يتعزز فعل مضادات التخثر الفموية . تضمنت التقارير فشل كلوي شديد في مرضى تلقوا دواء مخدر مهلجن خلال تناول التتراسيكلينات.

## التخزين

يجب حفظ محافظ وأقراص ومرهم التتراسيكلين في عبوات مغلقة جيداً ومحمية من الضوء.

### الجدول المنشأة للتدبير العلاجي للمتلازمات المصادفة بصورة شائعة:

هنالك مشكلة أساسية في التدبير العلاجي لمعظم الأمراض المنقولة جنسياً وهي الصعوبة في التوصل إلى تشخيص دقيق. وحتى في البلدان حيث تكون التسهيلات المخبرية المتطورة متوفرة، غالباً ما لا يكون من الممكن التوصل إلى تشخيص دقيق عندما يكون المريض مصاباً بمرض ينتقل جنسياً يحضر لأول مرة للمعالجة. الجداول التالية المنشأة أعدت لمساعدة كافة العاملين الصحيين في التدبير العلاجي التجريبي لمعظم المتلازمات الأكثر مصادفة بصورة شائعة.

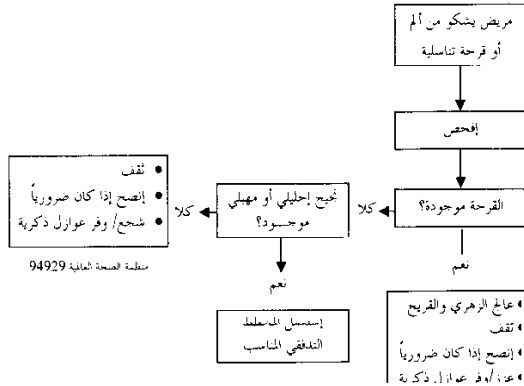
يجب أن لا تحل محل المحاكمة السريرية ولا تتحاشى الحاجة للاختبارات المؤكدة والتقصي عندما تكون التسهيلات المخبرية متوفرة.

يجب على العاملين في المجال الصحي عند مصادفة مريض للمرة الأولى مصاب بمرض منتقل جنسياً أن يأخذوا فرصة توفير المعلومات لمنع حصول المرض بما يتضمن العوازل الذكرية وعلى أهمية تبليغ ومعالجة الشركاء الجنسيين.

يجب عليهم أيضاً أن يوفروا الاستنصاح إذا كان ذلك ضرورياً مثلاً لمساعدة المريض على التغلب على مشكلة العدوى بفيروس العوز المناعي البشري. والمعلومات الإضافية حول هذه المسائل يمكن إيجادها في منشورات منظمة الصحة العالمية ذات العلاقة، مثلاً التدبير العلاجي لمرضى الأمراض المنتقلة جنسياً. تقرير منظمة الصحة العالمية لمجموعة دراسة (سلسلة التقارير التقنية لمنظمة الصحة العالمية رقم ٨١٠، ١٩٩١) الذي يوجه الأنظار للقضايا العملية في الاستنصاح لإنقاذ الاختطار، مبادئ السرية الموثوقة والنواحي الثقافية والقانونية لإعلام الشريك الجنسي، ومرض الإيدز في أفريقيا: كتيب للأطباء et P Piot and al.، ١٩٩٢ الذي يتضمن فصلاً عن الاستنصاح والدعم النفسي للمرضى المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري.

## قرحات تناسلية (الدعم المخبري غير متوفر)

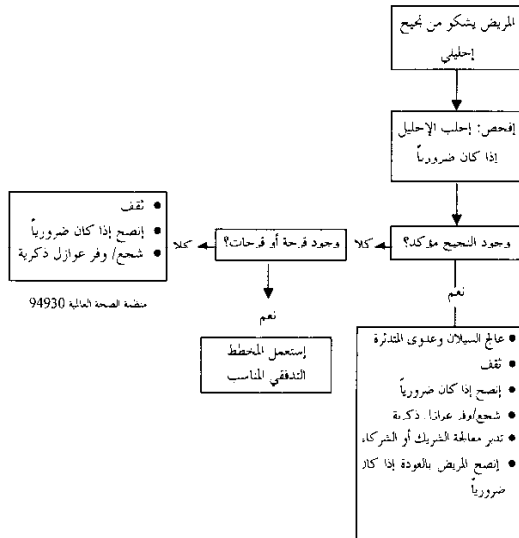
### Gental Ulcers (Laboratory support not available)



## نجيح إحصلي (الدعم المخبري غير متوفر)

### Urethral discharge

### (Laboratory support not available)

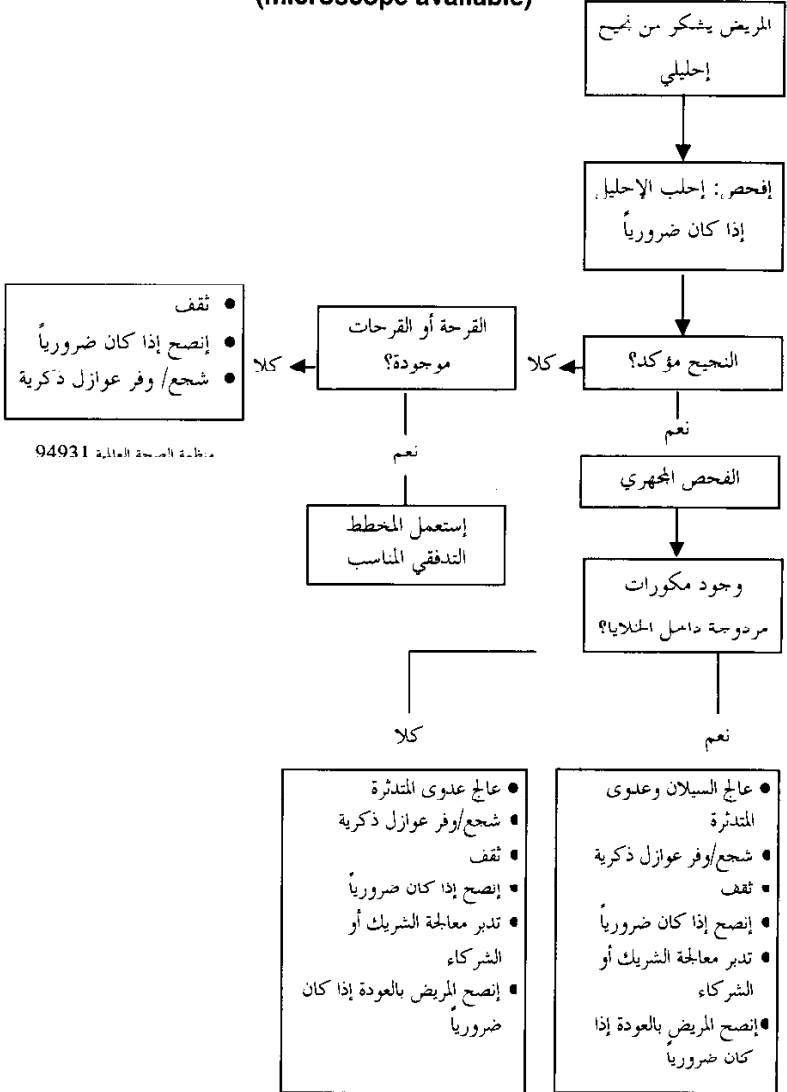




## نجيح إحصلي (المجهر متوفر)

### Urethral discharge

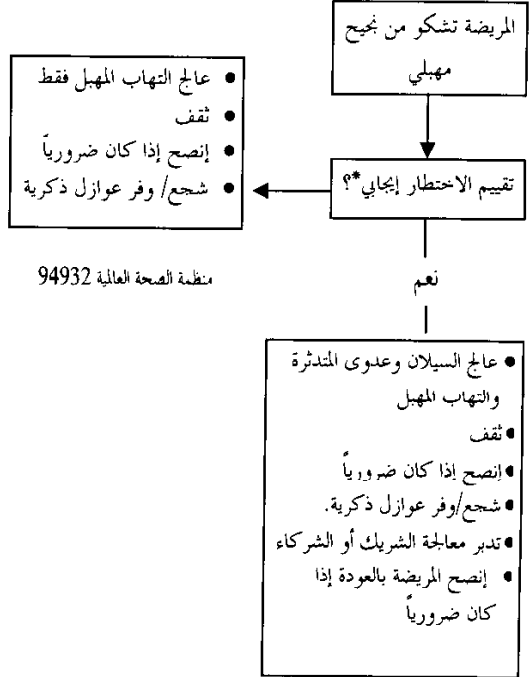
(microscope available)



## نجيح مهبلي (فحص مهبلي وإختبارات مخبرية غير ممكنة)

### Vaginal discharge

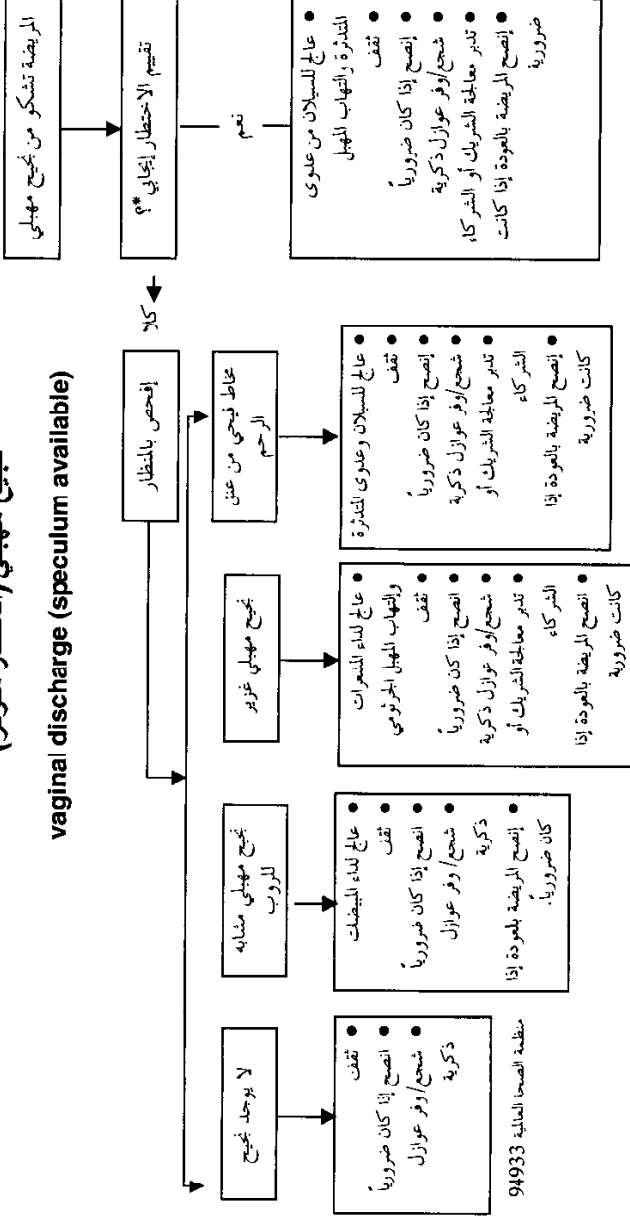
### (Vaginal examination and laboratory tests not possible)



\* تقييم الاختطار يكون إيجابياً إذا كان شريك المريضة لديه أعراض أو إذا كان أياً من الشرطين التاليين ينطبقان على المريضة: العمر أقل من 21 سنة، عازبة ولها أكثر من شريك، شريك جديد بالأشهر الثلاثة الماضية.

## نجاح مهبي (المنظار متوفر)

### vaginal discharge (speculum available)

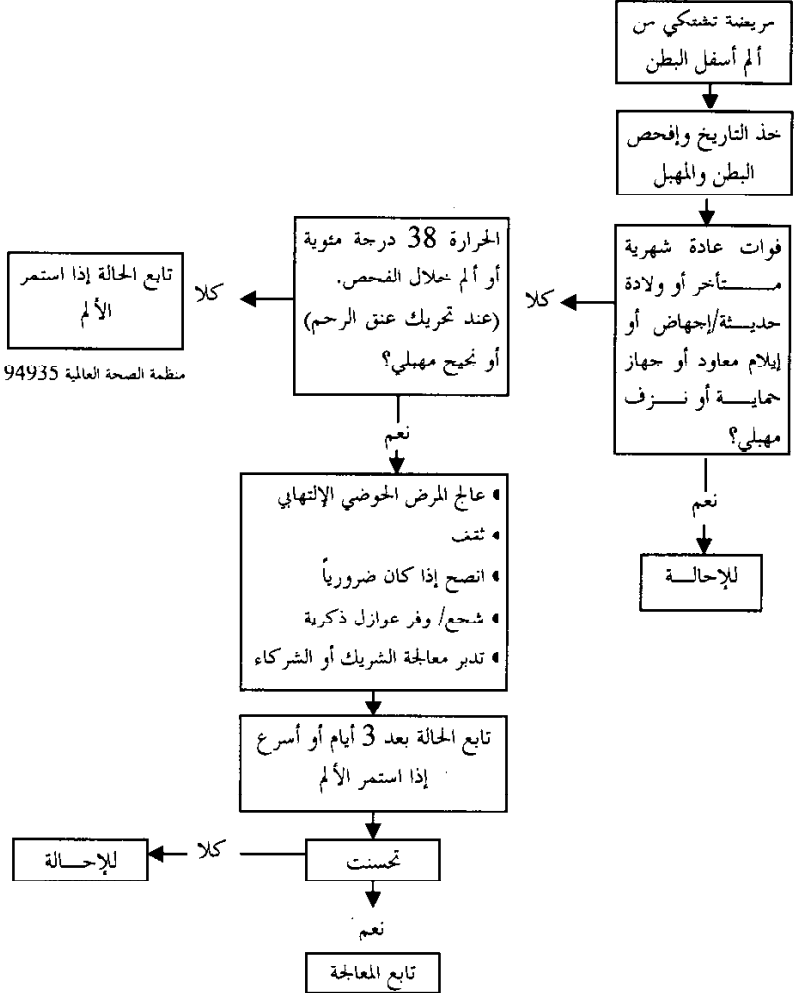


• يكون تقسيم الاختطار إيجابياً إذا كان لدى شريك المريضة أعراض أو إذا كان هناك ما يلي يطمئنان على المريضة:  
 الصبر أقل من 21 سنة عازبة، أكثر من شريك، الشريك الجديد لي الثلاثة أشهر الأخيرة.



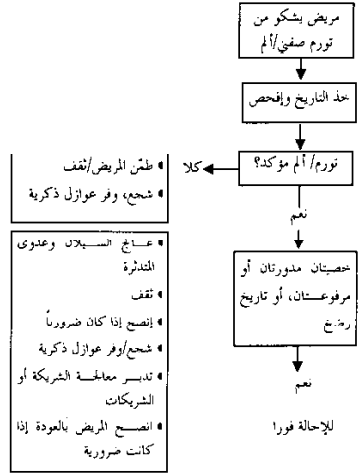
## ألم في أسفل البطن عند النساء

### Lower addominal pain in women



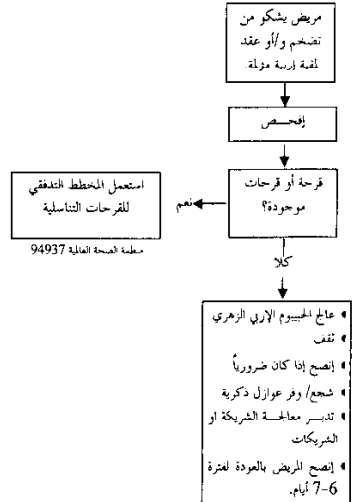
## نورم صفتني

### Scrotal Swelling

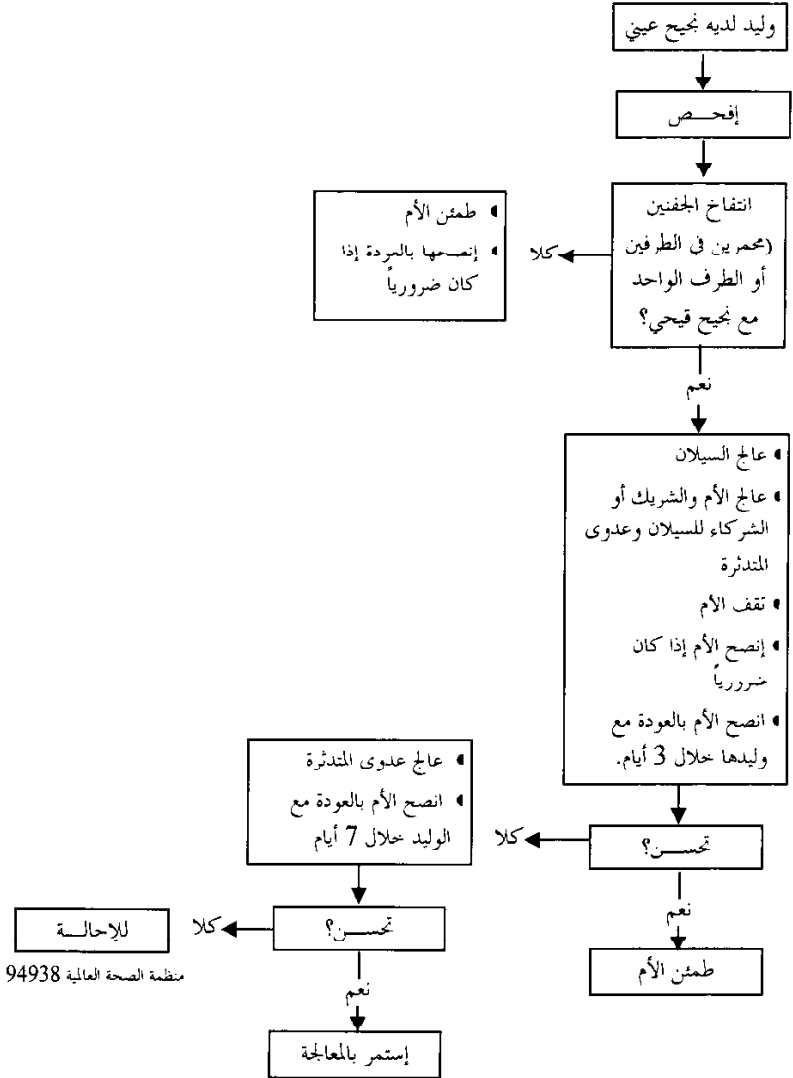


### تبلل إربي

### Inguinal bubo



## التهاب الملتحمة الوليدي (الرمد) (الدعم المخبري غير متوفر)











## الأدوية المستعملة في الأمراض المنتقلة جنسياً وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية HIV

يتم إعداد كتيّب منظمة الصحة العالمية للمعلومات التمودجية لوصف الأدوية بهدف توفير أحدث المعلومات السريرية المستقلة حول الأدوية الأساسية، بما في ذلك التناسيل المتعلقة بالجرعة، والاستخدام، وموانع الاستعمال، والاحتياطات، والآثار الضائرة، والحرص من هذا الكتيّب أن يكون مرجعاً يمكن للسلطات الوطنية الاقتباس منه، ولاسيما سلطات البلدان النامية الراغبة في إعداد كتيّبات بوصفات الأدوية، وصحائف المعطيات، ومواد التدريس. يشتمل هذا المجلد على الأدوية المستخدمة لمعالجة داء السيلان، والمتدثرة التناسلية، والزهري، وغير ذلك من الأمراض الشائعة المنقولة جنسياً. كما يغطى المجلد أدوية معالجة وكبت العدوى بفيروس الايدز والعداوى الأخرى المرتبطة بها.



ISBN : 92 - 9021 - 366 - 3