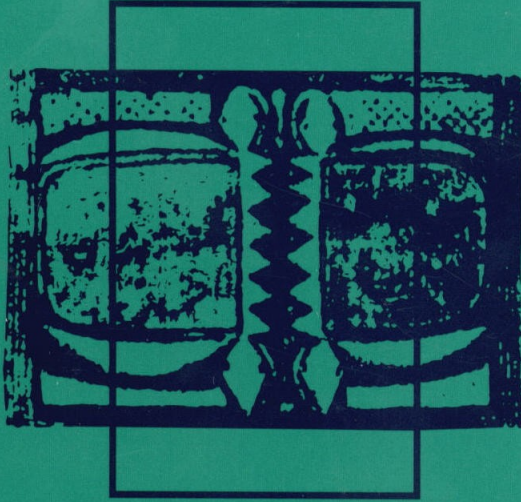


الدلائل الإرشادية

لكافة



السُّلْحَى
 فِي السُّجُونِ



اللجنة الدولية للصليب الأحمر

2000



مُنظمة الصّحة العالميّة
 المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

WHO/TB/98.250

الأصل : باللغة الإنكليزية

الدلائل الإرشادية لمكافحة السل في السجون

لجنة التأليف :

ديرموت ماهر

مالغورزاتا غرز مسكا

البرنامج العالمي لمكافحة السل
منظمة الصحة العالمية
جنيف - سويسرا

رودي كوننكس

هارنان رايز

اللجنة الدولية للصليب الأحمر

مع تصدير كتيبة :

السير جون كروفنتون

أستاذ الأمراض التنفسية والسل
جامعة أدنبرغ - سكوتلاندا

و

الدكتور كورنيليو سوماروغا

رئيس اللجنة الدولية للصليب الأحمر



اللجنة الدولية للصليب الأحمر

2000



منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
القاهرة

GUIDELINES FOR THE CONTROL OF TUBERCULOSIS IN PRISONS

© منظمة الصحة العالمية، 2000

هذه الوثيقة ليست من المنشورات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية، وجميع الحقوق المتصلة بها محفوظة للمنظمة. غير أنه يجوز استعراض هذه الوثيقة أو تلخيصها أو الاقتباس منها أو استنساخها أو ترجمتها جزئياً أو كلياً، على أن لا يكون ذلك لأغراض البيع أو الاستخدام لغايات تجارية. وفي حال الرغبة في الحصول على الإذن باستنساخ هذا العمل أو ترجمته كاملاً لأي غرض من أغراض الاستخدام من قبل هيئات تجارية، توجه الطلبات والاستفسارات إلى البرنامج العالمي لمكافحة السل، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا، الذي يسره أن يقدم أحدث المعلومات حول أي تغيير طارئ على النص، وحول الخطط الخاصة بإصدار طبعات جديدة أو بإعادة الطباعة، وحول أي تعديلات أو ترجمات إقليمية متاحة. أما الآراء الواردة في وثائق تحمل أسماء كاتبها فيحمل مسؤوليتها أولئك الكاتيون وحدهم.

شكر وتقدير

يتقدم البرنامج العالمي لمكافحة السل واللجنة الدولية للصليب الأحمر بجزيل الشكر والتقدير للمنظمات التالية التي أسهمت في هذه الدلائل الإرشادية

الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة

أطباء بلا حدود

الأطباء من أجل حقوق الإنسان

رابطة السل الهولندية الملكية (KNCV)

وإن أعضاء لجنة التحرير يتقدمون بعميق الشكر والتقدير لكل من المساهمين

تين ديمولينار، أنتوني هاريس، كارولين فيرنانديز دي لاهوز،

ميشيل ليفي، سيس فاندر لوو، كريستين ماثيو.

المحتوى

- 5 تمهيد
- 7 تصدير
- 9 قائمة بالمختصرات

الجزء الأول : معلومات مبدئية عن السل والسجون

- 11 1- السل : حقائق أساسية، العبء العالمي ومبادئ مكافحة
- 17 2- السجون
- 21 3- السل في السجون

الجزء الثاني : مكافحة السل في السجون

- 29 4 - الالتزام السياسي بمكافحة السل في السجن
- 31 5 - الكشف عن الحالات
- 37 6 - تعريف للحالات وفئات المعالجة المعيارية
- 43 7 - معالجة السل
- 51 8 - رصد استجابة المرضى للمعالجة
- 55 9 - الإمداد بالأدوية المضادة للسل والمواد التشخيصية
- 57 10 - الوقاية من السل

الجزء الثالث : توطيد برنامج مكافحة السل في السجن

- 63 11 - تنفيذ برنامج لمكافحة السل في السجن .
- 67 12 - رصد وتقييم أداء البرنامج

- 71 الملحق 1 : الاتفاقات الدولية التي تضمن خدمة السجناء
- 73 الملحق 2 : إعلان باكو
- 75 الملحق 3 : عناوين مفيدة
- 79 الملحق 4 : نماذج من الاستمارات والسجلات المستعملة في أنشطة مكافحة السل



تمهيد

لقد وُحِّدَتْ منظمة الصحة العالمية WHO واللجنة الدولية للصليب الأحمر ICRC قواهما لإنتاج هذه الدلائل الإرشادية. وهدفهما تحسين مكافحة السل في السجون والمؤسسات الأخرى حيث يُحتجز الناس. وتطبق الدلائل الإرشادية على المحتجزين تحت الوصاية Custody: في السجون، ومحطات الشرطة، ومراكز السجون الاحتياطية، ومراكز الاحتجاز أو مأوى المحتاجين أو المقطوعين، والمستشفيات الأمنية، والمستعمرات الجزائية، وسجناء مخيمات الحروب.

هناك اتفاقيات دولية عديدة تكفل خدمة السجناء (الملحق 1)، فصحيح أن السجناء محتجزون في السجون لكنهم يحتفظون ببعض الحقوق الخاصة في السجن، ويتضمن ذلك الحماية من الأذى مع تأمين مزيد من الرعاية الصحية تكافئ ما يحصل عليه عامة المجتمع. عملياً، لا يستجيب لهذه الاتفاقيات كاملاً إلا القليل من السلطات القائمة على بعض السجون. وأما الشائع فمعايير رديئة من الرعاية الصحية والعناية الوصائية. وعلى الرغم من قلة ومحدودية المعلومات المتاحة عن صحة السجناء فقد أصبح واضحاً وبشكل متزايد أهمية تأمين الحاجات الصحية لهم، بما في ذلك الحاجة إلى مكافحة السل. ويجب ألا تكون الإصابة بالسل جزءاً من العقوبات التي يخضع لها السجناء.

إنَّ السُّلَّ شائعٌ في كثير من سجون العالم وكثيراً ما تكون المعالجة غير مستنيرة ولا كافية. وتشكل السجون مستودعاً للسل، بما في ذلك السل المقاوم للأدوية. يعتبر السل مشكلة داخل السجون أو خارجها في المجتمع الأوسع، إذ يدخل الناس إلى السجون ثم يخرجون منها ثم يعودون إليها.. ومن هنا تنبع الحاجة الماسة لتأسيس مكافحة فعالة للسل في السجون. وتتطلب مكافحة السل الناجحة في أي بلد المكافحة الفعالة للسل في السجون. لقد أوصت منظمة الصحة العالمية باستراتيجية لمكافحة السل (معروفة باسم شائع هو «المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر» DOTS) تعتمد على كشف حالات السل وشفائها مع منح أولوية للحالات الإعدائية infectious. وتتطلب الملامح المميزة للسجون والسجناء أساليب معينة لتنفيذ استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS. ويجب على الخدمات الصحية بالسجون تنفيذ هذه الاستراتيجية بالتعاون الوثيق مع البرنامج العالمي لمكافحة السل.

إن الدلائل الإرشادية العملية ضرورية لسلطات السجن لتكون قادرة على تنفيذ استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر (DOTS)، فقد يكون واضعاً القرار السياسي، أو القرارات عموماً غافلين عن مدى اتساع مشكلة السل في السجون وما يكمن فيها من إمكانية الانتشار إلى المجتمعات الأوسع، وظهور المقاومة للدواء. وهكذا فإن الدلائل الإرشادية تُظهر لصانعي القرار السياسي بجلاء الحاجة إلى مكافحة السل في السجون. وإن هناك بلداناً عديدة ذات معدلات انتشار منخفضة عادة قد قامت بإعداد دلائل خاصة بها. وعلى أية حال، فهناك حاجة لوضع دلائل إرشادية عالمية يمكن أن تستخدم في أي بلد ذي انتشار معدل سلّي مرتفع بين السكان. إن البرنامج العالمي لمكافحة السل (GTB) التابع لمنظمة الصحة العالمية واللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC) قد أسهم في هذه الدلائل الإرشادية وقدم خبرات في مكافحة السل عند السجناء وتوفير الخدمة لهم.

وفيما يلي أهداف الدلائل الإرشادية: (أ) وصف مختصر لعبء الذي يلقيه السل في السجون؛ (ب) إبراز الصعوبات المميزة التي تتوق تنفيذ المكافحة الفعالة للسل في السجون؛ (ج) إبراز فوائد تحسين مكافحة السل في السجون؛ (د) توجيه الإداريين على إقامة خدمات لمكافحة السل في السجون وإدارتها؛ (هـ) توجيه العاملين بالخدمات الصحية في السجن على كشف السل عند السجناء وشفائهم.

إنَّ هذه الدلائل موجهة مبدئياً لسلطات السجن (الإدارة والعاملين الصحيين)، ومنتخذي القرارات والقرارات السياسية في الوزارات ذات العلاقة (كوزارة العدل، والداخلية، والصحة ..)، والمنظمات اللاحكومية، والوكالات المتبرعة، والبرنامج الوطني لمكافحة السل . ويقدم الجزء الأول معلومات مبدئية حول السل والسجون وعلاقتها الخاصة بسلطات السجن ومنتخذي القرار في الوزارات ذات العلاقة. ويقدم الجزء الثاني دلائل إرشادية لمكافحة السل في السجن وعلاقتها الخاصة بالعاملين الصحيين بالسجن. أما الجزء الثالث فيقدم إرشادات لسلطات السجن الوطنية والمنظمات اللاحكومية حول كيفية إنشاء برنامج مكافحة السل في السجن.

تتطلب هذه الدلائل الإرشادية اختبارات ميدانية في أحوال مختلفة، ونحن نرحب بالتعليقات حول هذه الدلائل، إذ أنها ستساعد في تحسين الطبقات المستقبلية. ونرجو إرسال أي تعليق على البرنامج العالمي لمكافحة السل لمنظمة الصحة العالمية.

ولطلب نسخ من هذه الدلائل الإرشادية يرجى الاتصال بالعنوان التالي : مطبوعات منظمة الصحة العالمية WHO ، التوزيع والمبيعات، 1211 جنيف 27. سويسرا WHO Publications, Distribution and Sales, 1211 Geneva 27 Switzerland ،

أو

قسم المعلومات العامة للجنة الدولية للصليب الأحمر ICRC . (1202 جنيف) سويسرا.
ICRC Public Information Division, 1202 Geneva, Switzerland.



تصدير

يتضح مدى انتشار السل في السجون عند توافر الأرقام الدالة على ذلك ، وفي أحيان كثيرة، يزداد انتشار السل في السجون عنه بين سكان البلد. وليس ذلك بالمدهش، إذ يأتي كثير من السجناء من الشرائح السكانية الأكثر حرماناً اجتماعياً واقتصادياً. ويعانون في السجن كثيراً من الأذى العاطفي، والجسدي أحياناً. وكثيراً ما تسهل التجمعات من انتشار العدوى السلية. ومن العادة أن تكون خدماتهم الطبية دون مستوى الخدمات التي يلقاها عموم السكان خارج السجن. وقد يسبب ذلك معالجة سيئة لمرضى السل، فالمعالجة الجيدة يجب أن تعني بالغالبية العظمى من المرضى، وقد تحافظ المعالجة الرديئة على حياة المرضى لكنهم سيقبضون مصدراً للعدوى. ويزداد الأمر تفاقمًا مع نشر المرضى المعالجين معالجة ناقصة للعصبات المقاومة للأدوية المتعددة إلى رفاقهم والهيئة التي تخدمهم. وعندما يُطلق سراحهم فقد يصيبون عوائلهم وسائر مجتمعهم بالعدوى. وكثيراً ما لا يكون هناك تنسيق للتأكد من استمرار المعالجة التي بدأت في السجن.

وفي الدول ذات الانتشار الواسع للسل بشكل خاص، يعتبر سل السجناء خطراً مهماً يهدد الصحة العمومية. وكثيراً ما يكون هناك انقلاب للسجناء وعودتهم للحجز الاحترازي مجدداً. وقد يسجنون لفترة كافية لحدوث المرض، ولكنها غير كافية لتمام المعالجة الفعالة (حتى ولو كانت المعالجة المتاحة جيدة)، ثم يطلق سراح الكثيرين فينقلون العدوى للآخرين.

ويمكن القول نظرياً بأن المعالجة الجيدة للسل ومكافحته تكون أسهل في الأوساط النظامية ذات البيئة المغلقة. ولكن الواقع العملي يختلف عن ذلك، فالسل يهدد السجناء وهيئة السجن والصحة العمومية تهديداً حقيقياً. تتركز هذه الدلائل على خبرات أكثر حداثة، وتحدد الحوائل الكثيرة التي تعيق التشخيص والمعالجة الفعالة للمرض. وتقدم الدلائل الإرشادية توجيهاً مفيداً حول كيفية التغلب على هذه الحوائل. والخدمات الصحية للسجن ليست دائماً تحت مراقبة وزارة الصحة الوطنية. وتظهر الدلائل الإرشادية أهمية تنسيق الخدمتين معاً.

نحن نأمل من السياسيين والمعالجين والأطباء العاملين في الوزارات ذات العلاقة، على المستوى الوطني والدولي أن يهتموا بالمشكلة. وفي الحقيقة فإن الرأي العام في كثير من الدول سيقراً هذه الدلائل الإرشادية بانتباه. وكلنا ثقة بأن هذا التحذير يؤكد على وضع كل الجهود لتنفيذ التوصيات المطلوبة. وفي كثير من الدول يكون البديل حالة خطرة جداً وتسير نحو الأسوأ، بل الأشد سوءاً.

السير جون كروفنتون

أستاذ متقاعد في الأمراض التنفسية والسل

جامعة أدنبرغ - سكوتلاندا

الدكتور كورنيليو سوماروغا

رئيس اللجنة الدولية للصليب الأحمر

جنيف - سويسرا



قائمة بالمختصرات

العصية الصامدة للحمض	Acid-Fast Bacilli	AFB
متلازمة العوز المناعي المكتسب	Acquired Immuno Deficiency Syndrome	AIDS
عصية كالسميت - غيران	Bacille Calmete - Guérin	BCG
المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر (الاسم المسجل للاستراتيجية التي توصي بها منظمة الصحة العالمية من أجل مكافحة السل)	Directly Observed Treatment Short-cours (the "brand name" for the WHO recommended strategy for tuberculosis control)	DOTS
الدواء الذي تنتهي صلاحيته قبل غيره يُصرف أولاً	First Expiry, First Out	FEFO
البرنامج العالمي لمكافحة السل	Global Tuberculosis Programme	GTB
قناع تحزيمي عالي الكفاءة	High Efficiency Particulate Air mask	HEPA mask
فيروس العوز المناعي البشري	Human Immunodeficiency Virus	HIV
اللجنة الدولية للصليب الأحمر	International Committee of the Red Cross	ICRC
الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease	IUATLD
منظمة للاحكومية	Non-Governmental Organization	NGO
البرنامج الوطني لمكافحة السل	National Tuberculosis Programme	NTP
السل الرئوي	Pulmonary Tuberculosis	PTB
معالجة كيميائية قصيرة الأمد	Short-Course Chemotherapy	SCC
مرض منقول جنسياً	Sexually Transmitted Disease	STD
السل	TuBerculosis	TB
برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز	United Nations Programme on HIV AIDS	UNAIDS
منظمة الصحة العالمية	World Health Organization	WHO



الجزء الأول

معلومات مبدئية عن السل والسجون

السل : حقائق أساسية، العبء العالمي ومبادئ المكافحة

السل

1-1

حقائق أساسية

1-1-1

المتفطرة السلية *Mycobacterium tuberculosis*

السل داء جرثومي تسببه أساساً المتفطرة السلية، ويُعبّر كثير من الناس عن هذه العصويات التي تسبب السل باسم العصيات الدرّية السلية Tubercle Bacilli (لأنها تسبب آفات تدعى بالدرّنات Tubercle)، أو باسم العصيات الصامدة للحمض Acid-Fast Bacilli (AFB)، وعندما تلون بطريقة «تسيل - نلسن» Ziehl-Neelsen تبدو هذه العصيات الدرنية حمراء اللون تحت المجهر. ويرجع ذلك إلى صمودها للحمض (وهي تحافظ على الصبغ الأحمر حتى بعد غسلها بالحمض والكحول). ويمكن للعصية السلية أن تبقى هاجعة في النسيج سنوات كثيرة.

سرّاية العدوى Transmission of infection

تسري العدوى نتيجة حَمْل الهواء للقطرات العدوائية Infectious droplets. ويعتبر الشخص المصاب بسل الرئة (السل الرئوي)، الذي يعاني من السعال، المصدر الرئيسي للسل الرئوي Pulmonary Tuberculosis. ويكون مثل هذا الشخص المصاب عادة إيجابي اللطاخة. ويُنتج البلغم قطرات بلغمية عدوائية صغيرة جداً، فسُعلة واحدة يمكن أن تنتج 3000 قطيرة. ثم تجف هذه القطيرات لتشكل «نوى القطيرات droplet nuclei». وتحدث السراية بشكل عام داخل الأبنية indoors حيث يمكن لنوى القطيرات أن تبقى في الهواء فترة طويلة. وتزيل التهوية الجيدة نوى القطيرات، وتقتل أشعة الشمس المباشرة العصيات السلية بسرعة، ولكن هذه العصيات يمكنها أن تعيش في الظلام عدة ساعات. وهناك عاملان يحددان الخطورة الشخصية للتعرض هما: تركيز نوى القطيرات في الهواء الملوث، وزمن تنفس ذلك الهواء.

احتمال خطر الإصابة بالعدوى Risk of infection

يعتمد احتمال خطر الإصابة بالعدوى الشخصية على درجة التعرض للقطرات واستعداد الشخص للعدوى. ويحدث أعظم احتمال خطر الإصابة للعدوى نتيجة التعرض لشخص إيجابي اللطاخة البلغمية بالنسبة لعصيات السل الرئوي (PTB). وأما احتمال خطر انتقال العدوى من شخص سلبي اللطاخة البلغمية فهو احتمال منخفض. والأخفض من ذلك كله أن يكون الانتقال من السل خارج الرئة.

وهكذا يكون السجناء تحت احتمال خطر إصابة عالٍ لعدوى المتفطرة السلية. وكثيراً ما تزيد ظروف السجن من التعرض للعدوى: بسبب فرط الازدحام، وتأخر تشخيص وشفاء الحالات العدوائية، والتهوية الرديئة، وقلة أشعة الشمس. وأما استعداد السجناء للإصابة فغالباً ما يكون بسبب سوء التغذية.

احتمال خطر تفاقم العدوى إلى المرض Risk of progression of infection to disease

عند حدوث العدوى بالمتفطرة السلية يبقى الشخص مصاباً بها سنوات كثيرة، (من المحتمل طول

الجزء الأول

(العمر). وفي حال عدم الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV ، فإن الغالبية العظمى من المصابين بالمتفطرات السلوية (90%) لا تتفاقم حالتهم إلى الإصابة بداء السل. وعند مثل هؤلاء الأصحاء الذين ليس لديهم أعراض - المصابين بالعدوى - قد تكون إيجابية اختبار التوبر كولين الجلدي tuberculin skin test الدلالة الوحيدة على الإصابة بالعدوى.

يمكن أن يتطور حدوث داء السل عند المصابين بالعدوى في أي وقت، ويمكن لهذا المرض أن يصيب معظم أنسجة أو أعضاء الجسم، إلا أن الرئتين تصابا بشكل خاص. وتقع أكبر فرصة لحدوث المرض خلال سنة إلى سنتين من العدوى ثم تتناقص هذه الفرصة بثبات مع تقدم العمر. ويمكن أن تلعب الشدات العاطفية والجسدية المختلفة دور الزناد trigger في إطلاق تفاقم العدوى إلى الإصابة بالداء. وأما الزناد الأكثر أهمية فهو ضعف المقاومة المناعية خاصة بواسطة العدوى بفيروس العوز المناعي البشري. وفي كثير من البلدان تنتشر العدوى بهذا الفيروس مع الإدمان على الكحول وسوء التغذية بين السجناء أكثر من عموم السكان. وإن هذه العوامل مع ضغوط بيئة السجن ذات الشدات الكاملة، كلها تحرض على تطور العدوى نحو حدوث الداء السلي.

التاريخ الطبيعي للسل غير المعالج Natural history of untreated tuberculosis

إذا لم يعالج المرضى المصابون بالسل فإن 50% منهم يموتون بعد 5 سنوات. ويشفي 25% منهم، ويبقى 25% منهم مصابين بإصابة سلية عدوانية مزمنة.

إمراض السل Pathogenesis of tuberculosis

2-1-1

العدوى الأولية Primary infection

سدت العدوى الأولية عند أول تعرض للعصية السلوية، وإن نوى الفطريات المستنشقة صغيرة جداً بما يكفي لتجاوز الدفاعات المخاطية - الهديبية للقصبية حتى تصل إلى الأسناخ الرئوية فتلجج فيها. وتبدأ العدوى بانقسام العصيات السلوية في الرئة انقساماً متعدداً، وهذه هي بؤرة غون Ghon focus. وتقوم الأوعية اللمفية بنزح العصيات السلوية إلى العقد اللمفية النقيرية (في السرة الرئوية) hilar lymph nodes ، فيشكل مجموع بؤرة غون وما يتعلق بها من تخضم العقد اللمفية النقيرية ما يدعى بالمعقد الأولي Primary complex. ومن هذا المعقد يمكن أن تنتشر العصية إلى سائر أنحاء الجسم.

تتطور الاستجابة المناعية (فرط التحسس المتأخر والمناعة الخلوية) بعد حوالي 4 - 6 أسابيع من العدوى الأولية. وحجم الجرعة العدوانية من العصيات وقوة الاستجابة المناعية تحددان ماذا سيحدث بعد ذلك. وفي معظم الحالات توقف الاستجابة المناعية تضاعف العصيات، ولكن قد يبقى بعض هذه العصيات. وقد يبقى تفاعل التوبركولين الجلدي العلامة الوحيدة على العدوى. وفي حالات قليلة لا تكون الاستجابة المناعية كافية لمنع تضاعف العصيات، وعندئذ يحدث المرض خلال أشهر قليلة.

بعد العدوى الأولية وتشكل المعقد الأولي، لا يحدث عادة داء سريري (90% من الحالات) (باستثناء إيجابية اختبار تفاعل التوبركولين الجلدي). بينما تتطور في عدد قليل من الناس تفاعلات فرط التحسس، كالحمى العقدية. وقد تحدث المضاعفات الرئوية الجنبية، كالتهاب الرئة السلي، والانحماص الفصي (انضغاط قصبي)، والانصباب الجنبي. وقد يوجد أحياناً داء منتشر كتضخم العقد اللمفية (الرقبية عادة)، والتهاب السحايا، والتهاب التأمور، والداء السلي الدخني.

السل التالي للسل الأولي Post-primary tuberculosis

يحدث السل التالي بعد السل الأولي بفترة كامنة تستمر أشهراً أو سنوات من العدوى الأولية. وقد تحدث نتيجة الاستنشاق reactivation أو عودة العدوى reinfection.

الجزء الأول

ويعني الاستنشاق بأن العصابات الهاجعة تبقى في النسج أشهراً أو سنوات بعد العدوى الأولية ثم تبدأ بالتضاعف، وقد يحدث ذلك كاستجابة للزناد، كضعف الجملة المناعية بعدوى فيروس العوز المناعي البشري. وأما عودة العدوى فتعني تكرر العدوى في شخص قد أصيب سابقاً بعدوى أولية.

يصيب السل التالي للسل الأولي الرئتين عادة، لكنه يمكن أن يصيب أي جزء من الجسم. وإن الأشكال الوصفية لإصابة العصابات السلية الرئوية بعد السل الأولي هي كما يلي: التخرب الرئوي الواسع مع التكهف، إيجابية اللطاخة البلغمية، إصابة الفص العلوي، لا توجد عادة ضخامة العقد اللمفية ضمن الصدر. وأما الأشكال الأكثر شيوعاً للسل خارج الرئتين فهي كما يلي: الانصباب الجنبي، تضخم العقد اللمفية (الرئوية عادة)، سل العمود الشوكي، سل العظام والمفاصل الأخرى، سل الجملة العصبية المركزية، (التهاب السحايا، الورم السلي الدماغي)، التهاب التأمور (انصبابي / مضيق)، سل معدي معوي (لناقفي أعوري، صفاقي). وإن الأشكال الأقل شيوعاً للسل خارج الرئة هي: الدبيلة (تجمع قيحي في جوف) empyema، الجهاز التناسلي عند الذكور (التهاب البربخ، التهاب الخصية)، وسل الجهاز التناسلي عند الإناث (القنوي المبيضي، البطانة الرحمية)، سل الكلية، سل غدة الكظر، سل الجلد.

3-1-1 أثر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري على السل

إن فيروس العوز المناعي البشري HIV من أكثر عوامل الخطر دفعا للعدوى بالمتفطرة السلية لأن تتفاقم نحو الداء السلي. وإن الشخص الذي يعدى بفيروس العوز المناعي البشري والمتفطرة السلية في آن واحد تكون لديه نسبة خطر تصل إلى 50% لتتفاقم نحو المرض السلي. ويمكن أن يحدث السل أثناء أي مرحلة من الإصابة بالفيروس المذكور. وعند تطور العدوى بفيروس العوز المناعي البشري ينخفض عدد اللمفاويات CD4 وتتردى وظيفتها. وتصبح الجملة المناعية وبشكل متزايد غير قادرة على مجابهة النمو والانتشار الموضعي للمتفطرة السلية.

يبقى الداء الرئوي أكثر أشكال السل شيوعاً عند المصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري مع ازدياد نسبة سلبية اللطاخة عندهم. وعلى أية حال فإن السل المنتشر وخارج الرئة أكثر شيوعاً لدى المصابين بهذا الفيروس من غير المنعدين به. وتعتمد درجة ظهور الداء السلي الرئوي على درجة الكبت المناعي، فالعدوى المبكرة بفيروس العوز المناعي البشري المسبب للإيدز HIV مع مناعة جيدة يجعل الصورة السريرية تشبه كثيراً ما بعد الداء الأولي. وكثيراً ما تكون نتيجة اللطاخة البلغمية إيجابية، وكثيراً ما تبدي الصورة الشعاعية المصدر كهوفاً. ومع تقدم العدوى بالفيروس HIV ونقص المناعة، كثيراً ما يحدث الانتثار الموضعي للإصابة. وكثيراً ما تشبه الصورة السريرية الداء الأولي وكثيراً ما تكون نتيجة اللطاخة البلغمية سلبية بينما تبدي الصورة الشعاعية غالباً ارتشاحات بلا كهوف. وأما الأشكال الأكثر شيوعاً للسل خارج الرئة فهي تضخم العقد اللمفية، الانصباب الجنبي، الانصباب التأموري، الداء الدخني، التهاب السحايا.

وهكذا يتضح وقع الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري على السل في كشف الإصابة وتشخيصها، ويتضمن ذلك نقص التشخيص (بإضاعة تشخيص حالات كثيرة من المصابين) under-diagnosis للسل الرئوي الإيجابي اللطاخة البلغمية وفرط التشخيص over-diagnosis بتشخيص خاطئ لغير المصابين على أنهم من المصابين.

2-1 العبء العالمي للسل

2-1-1 حجم العبء العالمي

إن ثلث السكان في العالم منعدون بالمتفطرة السلية، وفي عام 1995 م، كان هناك 8 مليون إصابة جديدة في مختلف أنحاء العالم و 3 مليون وفاة. وتشكل هذه الوفيات 25% من مجمل وفيات البالغين الذي كان من الممكن تجنبها في البلدان النامية وتحديث 95% من حالات السل و 98% من الوفيات الناجمة عن السل

الجزء الأول

في الدول النامية في الفئة العمرية المنتجة اقتصادياً (15 - 50 سنة). وتعزى 15% من حالات السل في مختلف أنحاء العالم للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري. وهذه النسبة بازياد مع ازدياد انتشار جائحة العدوى بهذا الفيروس.

2-2-1 أسباب العبء العالمي Reasons for global burden

إن الأسباب الرئيسية لازدياد العبء العالمي للسل ما يلي :

- الفقر واتساع الفجوة بين الفقراء والأغنياء في مختلف سكان العالم، مثلاً في سكان الدول النامية وسكان المدن الداخلية في الدول المتقدمة.
- الإهمال (عدم كفاية الكشف عن الحالات وتشخيصها ومعالجتها).
- تغير الديمغرافيا (ازدياد تعداد السكان وتغير تركيبة العمر).
- تأثير جائحة فيروس العوز المناعي البشري.

3-2-1 فشل الجهود العالمية في مكافحة السل

Failure of global tuberculosis control efforts so far

على الرغم من اكتشاف العصية السلية عام 1882 م والأدوية المضادة للسل عام 1994 م فإن الجهود العالمية لمكافحة السل قد فشلت فشلاً ذريعاً، وتشمل أسباب هذا الفشل ما يلي :

- عدم كفاية الالتزام السياسي والتمويل؛
- عدم كفاية تنظيم الخدمات؛
- عدم كفاية التدبير العلاجي للحالات (الفشل في شفاء الحالات المشخصة)؛
- الاعتماد المفرط على لقاح البي سي جي BCG .؛

4-2-1 السل - طارئة عالمية Tuberculosis - a global emergency

لقد أعلنت منظمة الصحة العالمية أن السل طارئة عالمية، لأنه خارج عن قدرة السيطرة والمكافحة في كثير من أنحاء العالم. وقد فشلت برامج السل سابقاً في كثير من الدول النامية، لأنها لم تُشَفِ مرضى السل تماماً خاصة المرضى العدوائيين (من لديهم لطاخات البلغم إيجابية)، والأسباب الرئيسية حول ذلك ما يلي :

- فشل التأكد من أن مرضى السل قد شُخِّصوا وعولجوا بشكل صحيح وتام؛
- استعمال أنظمة علاجية غير كافية، وفشل استعمال أنظمة المعالجة المعيارية؛
- فشل التأكد من أن مرضى السل قد أتموا معالجتهم كاملة.

الجزء الأول

Principles of tuberculosis control مبادئ مكافحة السل 3-1

Objectives of tuberculosis control أغراض مكافحة السل 1-3-1

- إنقاص نسبة الوفيات mortality والمراضة morbidity وانتقال المرض.
- منع تطور حدوث المقاومة تجاه الدواء.

The way to achieve tuberculosis control طريق تحقيق مكافحة السل 2-3-1

أكثر الطرق ذات الفعالية مردوداً من حيث حساب الفعالية بالنسبة للتكلفة في منع انتشار المرض وانتقاله تلك التي تحقق شفاء الحالات العدوائية باستخدام الأدوية المضادة للسل. ويتحقق طريق بلوغ السيطرة على السل بتطبيق المعالجة المعيارية القصيرة الأمد (SCC) short-course ويجب أن تكون المعالجة تحت الإشراف المباشر - على الأقل - أثناء الطور البدئي من المعالجة.

Impact of a high cure rate تأثير معدل الشفاء المرتفع 3-3-1

إن البرنامج الذي يحقق معدل شفاء 85% من مرضى السل الرئوي الإيجابي للطاخة، له أثر واضح فيما يلي :

- ينخفض مباشرة انتشار prevalence السل ونسبة انتقاله transmission.
- تنخفض نسبة وقوع incidence السل تدريجياً.
- تصبح مقاومة الدواء المكتسبة أقل (فتجعل المعالجة المستقبلية للسل أسهل وأكثر يسراً وأقل كلفة).

نتائج فشل شفاء الحالات العدوائية 4-3-1

Consequences of failure to cure the infectious cases

تفشل الخدمات الصحية في كثير من أنحاء العالم، وفي كثير من السجون، في شفاء الحالات السلية العدوائية. ويحدث ذلك عندما تكون مضادات السل متوفرة لمعالجة مرضى السل ولكن تنظيم الخدمات الصحية غير كاف لضمان تمام تطبيق المعالجة المعيارية. فالمرضى الذين كان من الممكن أن يموتوا بلا علاج قد يعيشون به، ولكن على شكل حالات مزمنة عدوائية. ويكون هناك ازدياد في تجمعة pool الحالات العدوائية وازدياد انتقال السل. وتظهر مقاومة الدواء لتصبح الجائحات القابلة للمعالجة جائحات غير قابلة للمعالجة.

استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر لتحقيق مكافحة السل 5-3-1

The DOTS strategy to achieve tuberculosis control

كاستجابة لهذه الطارئة العالمية تبنت منظمة الصحة العالمية استراتيجية للسيطرة الفعالة على السل ومكافحته، معروفة باسم شائع بالمعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS. ومبادئ هذه الاستراتيجية المنظمة كما يلي :

- إتاحة شبكة لامركزية للتشخيص والمعالجة ؛
- إدارة برنامج جيد يركز على مساءلة أو محاسبة ومراقبة الرعاية الصحية ؛
- مجموعة تقييم ذاتي داخلي لكشف الحالات الجديدة والناكسة والتقييم الكامل لنتائج المعالجة التي تتحصل بدراسة التحليل الأترابي (cohort analysis).

العزى الأولى

6-3-1 مضمومة حول سياسة مكافحة السل Policy package for tuberculosis control

6-3-1

يعتمد نجاح استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS على تنفيذ مضمومة مؤلفة من خمس نقاط :

- التزام حكومي بمكافحة فعالة للسل من خلال البرنامج الوطني لمكافحة السل (NTP) عادة.
- كشف الحالات من خلال البحث عنها بالكشف المجهرى للمشتبه في إصابتهم بالسل، وذلك في مراكز الخدمات الصحية العامة.
- تطبيق المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر، على الأقل، على جميع الحالات الإيجابية اللطاخة ضمن ظروف التدبير العلاجي المناسب للحالات.
- تقديم جميع الأدوية الأساسية المضادة للسل بانتظام دون انقطاع.
- مجموعة رصد لمراقبة وتقييم البرنامج والإشراف عليه.

7-3-1 مكافحة السل في وجه جائحة فيروس العوز المناعي البشري HIV
Tuberculosis control in the face of the HIV epidemic

7-3-1

إن تأثير فيروس العوز المناعي البشري HIV يبرز مواطن ضعف برنامج مكافحة السل. وتُظهر جائحاته الحاجة للتركيز على التعرف على مرضى السل العدوائيين وشفائهم. ومبادئ مكافحة السل واحدة رغم تعدد المرضى المتعددين بفيروس العوز المناعي البشري وإن مكافحة السل في وجه جائحات الإيدز تجعل الاستجابات التالية ضرورية :

- (أ) تقوية ودعم خدمات مكافحة السل.
- (ب) تقوية التنسيق بين خدمات مكافحة السل وخدمات مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً والإيدز (HIV/AIDS/STD).
- (ج) تعزيز معايير تشخيص السل الرئوي وخارج الرئة.

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Maher D. Chaulet P, Spinaci S, Harries A. Treatment of tuberculosis : guidelines for national programmes. Second edition. WHO/TB/97.220. Geneva, WHO, 1997.

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis guide for low-income countries. 4th edition. pmi Verlagsgruppe. Frankfurt, 1996.

Crofton J, Horne N and Miller F Clinical Tuberculosis. The MacMillan Press Limited. London. 1992.

Davies PDO. Clinical Tuberculosis. Chapman and Hall Medical, 1994.

Harries AD, Maher D. TB/HIV: A Clinical Manual. WHO/TB/96.200 Geneva, 1996.

Dolin PJ, Raviglione MC, Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. Bulletin of the World Health Organization 1994; 72 (2): 213-220

Raviglione MC, Snider DE. Kochi A-Global epidemiology of tuberculosis. Morbidity and Mortality of a worldwide epidemic. JAMA 1995 : 273: 220-226.

Enarson DA. The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease model National Tuberculosis Programmes. Tubercle and Lung Disease 1995; 76: 95-99.

السُّجون

2

السجناء ومجتمع السجن Prisoners and prison society

1-2

نزلاء السجون في العالم Global prison population

1-1-2

يقدر تعداد المسجونين في العالم في أي يوم من الأيام بعشرة ملايين إنسان. ويتضمن ذلك رئيسياً الناس في السجون، ومحطات الشرطة ومراكز إعادة التوقيف، ومراكز التوقيف المؤقت للاجئين، ومشافي الضمان، ومستعمرات العقوبات الجزائية، ومخيمات سجناء الحرب. وإن هؤلاء السجناء في العالم بازدياد مستمر. وبما أن معدّلات دخول وخروج السجناء إلى السجن مرتفعة ولذلك فإن 4-6 أمثال ذلك الرقم يمكن دخوله إلى السجن كل عام. وإن العاملين في السجن والزائرين الذين يأتون ويذهبون، يمثّلون جزءاً من نزلاء السجون.

السجناء Prisoners

2-1-2

لا يمثّل السجناء شريحة تمثل مقطعاً عرضياً من المجتمع، فالرجال يشكلون السواد الأعظم من السجناء، وتتراوح أعمارهم بين 15-44 سنة، وثقافتهم ضعيفة وهم من الزمرة المتّزديّة اقتصادياً واجتماعياً، وكثيراً ما ينتمون للأقليات أو المهاجرين، وقد عاش الكثير منهم على هامش المجتمع. وعلى أية حال وبحسب الظروف يمكن لأي فرد من المجتمع أن يجد نفسه في السجن. ويدخل الناس السجن متعرضين لخطورة عالية من اعتلال صحتهم بنسبة تزيد عن خطورة باقي الناس. وكثيراً ما تتعرض صحة المسجون للمرض أثناء مكوثه في السجن بسبب ظروف السّجن. وتستمر خطورة المرض والموت في ازدياد عند السجناء حتى بعد إطلاق سراحهم.

مجتمع السجن وبنيتة الهرمية Prison society and hierarchy

3-1-2

تختلف مجتمعات السجن بين دولة وأخرى، وبين السجون في الدولة الواحدة. وتمثّل السلطة غير الرسمية للسجناء قوة تنظيمية هرمية توازي إدارة السجن الرسمية. وقد تكون هذه السلطة التنظيمية الهرمية تماثل السلطة الرسمية في قوتها أو تفوقها في بعض الأحيان. وقد تتحمل إدارة السجن هذه القوة غير الرسمية وتتصالح معها حيث يساعد ذلك في المحافظة على النظام. وكثيراً ما تكون السلطة القوية بين السجناء غير معروفة بالنسبة للعالم الخارجى والسلطات الطيبة، وإن قواعد وقوانين السلطة التنظيمية الهرمية اللارسمية لها تأثيرات مباشرة على العناية بالسجناء المصابين بالسل. فمثلاً يمكن أن يكون وضع المريض في تركيبة القوة هذه مؤثراً على قرار العاملين بالرعاية الصحية حول تعيين المرضى الذين يجب معالجتهم وأين يجب أن تتم تلك المعالجة.

الحياة في السجن Prison life

4-1-2

كثيراً ما تحرض ظروف الحياة اليومية في السجن على المرض. إذ كثيراً ما تكتظ السجون بالناس مع وجود معايير متدنية من النّصْح hygiene (حفظ الصحة). وتغلب على الحياة السائدة روح العقاب والعنف. وكثيراً ما يكون السجناء مُستضععين، مهذّدين بالاعتداء عليهم سواء من قِبَل قوة سلطة السجن والشرطة أو من قِبَل السجناء الآخرين ابتغاء الاعتداءات الجنسية وغيرها من متطلباتهم. والأشكال المختلفة من التصرفات اللاقانونية تؤدي غالباً إلى إنكار حدوث مثل تلك الفعاليات. وعلى الرغم من لا شرعيتها، فمن الشائع حدوث ممارسة الجنس بين الرجال (اللواط) واستعمال المخدرات حقناً. وهكذا فإن ظروف الحياة اليومية للسجن يمكن أن تحرض على انتقال العدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV، وبالتالي تحرض على انتقال السل مباشرة، وبشكل غير مباشر نتيجة تسهيل انتقال فيروس العوز المناعي البشري.

حركة السجناء Movement of prisoners

5-1-2

لا يمثل السجن نظاماً مغلقاً، فكثيراً ما يدور الناس بين مجتمع السجن والمجتمع الأكبر. وصحيح أن السجن يحرم المسجونين من حريتهم ولكن ذلك لا يدوم عادة إلا إلى فترة محدودة قبل عودتهم إلى المجتمع. فهناك نسبة من السجناء يدخلون السجن ثم يغادرونه ثم يعودون إليه. ومن الشائع في كثير من الدول نقل السجناء من سجن لآخر. ويمكن أن تنتهي أحكام السجن فجأة في ظروف من العفو الخاص، أو العفو العام. وهناك أناس يمكثون مؤقتاً في مراكز توقيف للصيانة custody، ومراكز حجز حتى يتم نقلهم إلى السجن أو إلى أن يطلق سراحهم. كما ينتقل السجناء داخل السجن حيث تنقلهم السلطات من قسم لآخر في السجن ذاته.

إدارة السجن Prison administration

2-2

المسؤولية عن السجون Responsibility for prisons

1-2-2

تختلف الوزارة المسؤولة عن نظام السجن من دولة لأخرى مثل وزارة العدل أو وزارة الداخلية أو الشؤون الوطنية home affairs أو أمن الولاية state security. وفي مواجهة الأولويات في الميزانية فإن توفير الاعتمادات المالية للسجن ليست بذات أولوية.

المسؤولية عن الخدمات الصحية في السجن Responsibility for prison health services

2-2-2

مع العجز المالي العام في السجن، هناك عجز مالي أيضاً في الخدمات الصحية للسجن. وكثيراً ما تكون مسؤولية هذه الرعاية الصحية تابعة للوزارة المختصة بالسجن غير وزارة الصحة. ولذلك كثيراً ما تكون هذه الرعاية الصحية مهملة ولا يقدم لها المال الكافي. وعدم وجود بيانات حول الحالة الصحية للسجناء يعكس هذا الإهمال. فتقدير الحاجات الصحية وتقييم احتياجات الخدمات والخطط الصحية غير ممكنة بدون وجود بيانات صحية.

وقلة الإمداد المالي المترافق غالباً بنقص الخبرات والتدريب يجعل هيئة السجن الصحية ضعيفة الدوافع، وهي غير فاعلة في بعض السجون وذات مسؤولية قليلة. وفي مثل هذه الظروف قد يكون من الصعب منع تحويل الموارد عن الهدف المقصود. وهذه المشاكل تزيد الصعوبات تعقيداً حول إمكانية تزويد السجناء برعاية صحية ذات مستوى كاف.

احتياجات الرعاية بالسل Provision of tuberculosis care

3-2-2

للسجناء حقوق الرعاية الصحية الأساسية المساوية لتلك المتاحة خارج السجن. وفي معظم الحالات تكون مسؤولية الرعاية الصحية للسجن تابعة لسلطة السجن وليست للخدمات الصحية الوطنية. وبالتالي فإن رعاية السل ستكون واقعة تحت مسؤولية خدمة الرعاية الصحية للسجن دون أي ارتباط بالبرنامج الوطني لمكافحة السل NTP. وفي كثير من السجون تكون رعاية السجناء المسلولين دون مستوى المعايير الأساسية. وهناك القليل من المعلومات حول البحث عن حالات السل ونتائج معالجتها.

في بعض الحالات تكون رعاية السجن الصحية جزءاً من نظام الرعاية الصحية الوطني وفي هذه الحالة تقع رعاية السل تحت مسؤولية البرنامج الوطني لمكافحة السل NTP. وتعكس معايير رعاية السجناء المسلولين معايير الرعاية التي يُطبق بها البرنامج الوطني للسل. والمعلومات الأساسية التي تُجمع حول السجناء المصابين بالسل تعكس المعايير الأساسية لنظام تسجيل المعطيات والبلاغات في البرنامج الوطني للسل NTP.



مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Thorburn KM. Conditions in prisons. Lancet 1998; 351 : 1003-4.

Tomasevski K. Prison health. International standards and national practices in Europe. Helsinki : HEUNI, 1992.

Tomasevski K. Prison health law. Europ J Health Law 1994; 1 : 327-341.

Levy M. Prison health services. Br Med J 1997; 315 : 1394-1395.

Reyes H, Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. Br Med J 1997; 315: 1447-1450.



الجزء الأول

السل في السجون TUBERCULOSIS IN PRISONS

3

مدى شدة مشكلة السل في السجون

1-3

Extent of the problem of tuberculosis in prisons

توافر المعلومات Availability of information

1-1-3

إن أحد عواقب إهمال الرعاية الصحية في السجن فقدان المعطيات التي تبين صحة السجناء، فقليل من السجون تسجل المعطيات بشكل منظم حول البحث عن الحالات ونتائج المعالجة. فتسجيل حالات السل ونتائج المعالجة تمثل العنصر الرئيسي في استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS لمكافحة السل. فنقطة الانطلاق في تكوين مكافحة الفعالة للسل تكمن في جمع المعلومات الموثوقة عن كشف الحالات ونتائج المعالجة. وفي حال فقدان التسجيل الروتيني والإبلاغ عن الحالات فإن معظم المعلومات عن السل في السجون ستأتي عن دراسات تجرى في أماكن خاصة.

دراسات المسح المبلغ عنها حول سل السجون surveys of tuberculosis in prisons

2-1-3

إن معدلات حالات السل المنشورة في السجون تعتبر من بين أعلى المعدلات المسجلة على الإطلاق. ويبين الجدول 1 معلومات منشورة عن عبء السل في السجون.

الجدول 1 - معلومات منشورة عن عبء السل في السجون

معدل الإبلاغ السنوي عن 100 ألف (جميع الأشكال مالم يبلغ خلاله)	عدد حالات السل المبلغ عنها	موقع السجن (السنة)
820	غير متوفر	سيبيريا - روسيا ¹ (1993)
7.000	غير متوفر	تومسك - روسيا ² (1996)
4.667	غير متوفر	أذربيجان ³ (1994)
2.640	غير متوفر	مولدوفا ⁴ (1996)
456	53 حالة من أصل 6,974 سجين (معظمهم من دول ذات انتشار مرتفع للسل) خلال 20 شهراً	جدة - المملكة العربية السعودية ⁵ (1995-1993)
7.200 (5.800 حالة إيجابية اللطاحة)	134 حالة ضمنها 108 حالة يبدي فحص البغم فيها إيجابية العصبية السلية) من أصل 1,861 سجين خلال عامين.	بواك - ساحل العاج ⁶ (1992-1990)
678 حالة إيجابية اللطاحة	12 حالة جديدة إيجابية اللطاحة من أصل 898 سجين خلال عامين	11 إقليمياً من 24 إقليمياً في كمبوديا ⁷ (1992-1996)
الانتشار (جميع الأشكال) لكل 100.000 نسمة	كشف حالات سلية بالتحري screening	موقع السجن (السنة)
5.100	47 حالة في 914 حالة قد تم تحريها بين السجناء	زومبا ، مالاي ⁸ (1996)

المراجع

- ¹ Drobniewski F, Tayler L, Ignatenko N, et al. Tuberculosis in Siberia - an epidemiological and microbiological assessment. Tubercle 1996; 77: 199-206.
- ² Wares DF, Clowes CI. Tuberculosis in Russia. Lancet 1997; 350: 957.
- ³ Coninx R, Eshaya-Chauvin B, Reyes H. Tuberculosis in prisons. Lancet 1995; 346: 238-9.
- ⁴ Bollini P. HIV/AIDS prevention in prisons : a policy study in four European countries. Joint WHO/UNAIDS European Seminar on HIV/AIDS, sexually transmitted diseases and tuberculosis in prisons. 14-16 December 1997, Warsaw.
- ⁵ AI Shareef NH, Fontaine R. Tuberculosis in a prison in Jeddah, Saudi Arabia. Saudi Epidemiology Bulletin 1996.
- ⁶ Koffi N, Ngom AK, Aka-Danguy E, et al. Smear-positive pulmonary tuberculosis in a prison setting: experience in the penal camp of Bouake, Ivory Coast. Int J Tuberc Lung Dis 1997; 1 (3) : 250-253.
- ⁷ Kim San K. Government of Cambodia National Tuberculosis Programme Annual Report 1998.
- ⁸ Nyangulu DS, Harries AD, Kans'ombe C, et al. Tuberculosis in a prison population in Malawi. Lancet 1997; 350 : 1284-87.

وليس المهم فقط ارتفاع معدل حدوث حالات السل في السجون، بل ارتفاع نسبة الحالات المميتة في غالب الأحيان، فقد كانت نسبة هذه الحالات المميتة من السل بين سجناء أذربيجان³ تبلغ 24%. وإذا حدث ارتفاع معدل العدوى بالسل وارتفاع نسبة الحالات المميتة في سجن ما، فإن الحكم بالسجن قد يصبح حكماً بالموت.

أسباب شيوع السل في السجون

2-3

Reasons why tuberculosis is common in prisons

احتمال خطر الإصابة بالسل قبل وأثناء وبعد السجن
Tuberculosis risk before, during , and after imprisonment

1-2-3

يدخل كثير من الناس السجن وهم من أوساط ذات خلفية اجتماعية اقتصادية متردية. ولذلك فهم يدخلون السجن واحتمال خطر الإصابة عالٍ للعدوى بالعصية السلية أو داء السل. وبسبب ظروف السجن يصبح السجناء معرضين واحتمال خطر الإصابة عالٍ من اكتساب العدوى وتطور حدوث المرض. وبما أن الخدمات الصحية في السجن تفشل في تنفيذ مكافحة فعالة وضمان الشفاء من السل فإن السجناء يكونون معرضين لاحتمال خطر مرتفع بأن يغادروا السجن وهم مصابون بالسل. وبسبب المعالجة الناقصة غير المعيارية فالسل في هذه الحالة لا يكون شائعاً فحسب بل ومقاوماً للأدوية.

انتقال السل Transmission of tuberculosis

2-2-3

إنَّ السجناء ذا اللطاخة البلغمية الإيجابية بالنسبة لعصية السل الرئوي PTB هو مصدر العدوى . ويشمل ذلك المُشخَّصين حديثاً، والمزمنين، وهي حالات كثيرة ما تكون مقاومة للأدوية. والعوامل التالية تزيد من عدد السجناء المعرضين للعدوى :

الجزء الأول

- تأخر كشف الحالة من خلال تأخر التشخيص (إهمال المشاكل الصحية للسجناء، عدم كفاية الخدمات الصحية في السجن، عدم كفاية تسهيلات الفحص المجهرى للطاخة البلغمية).
- عدم كفاية الخدمات الطبية في مراكز إعادة التوقيف تحت الوصاية custody أو مراكز التوقيف لبيان المشتبه في إصابته بالسل، أو لبدء العلاج. (بسبب مقاومة بدء علاج الداء المزمن عندما يكون هناك احتمال للإفراج عن السجين).
- نقل السجناء المصابين بالسل العدوائي بين السجون وفي داخلها.
- فرط الازدحام (حيث يكون حيز زنازة السجن محدوداً لكل شخص مع طول بقاءه فيها).
- الفشل في عزل الحالات العدوائية عن باقي السجناء.
- تؤدي المعالجة الناقصة التي تقل عن المعيارية إلى فشل شفاء المرضى وتطول زمن الحالة العدوائية.

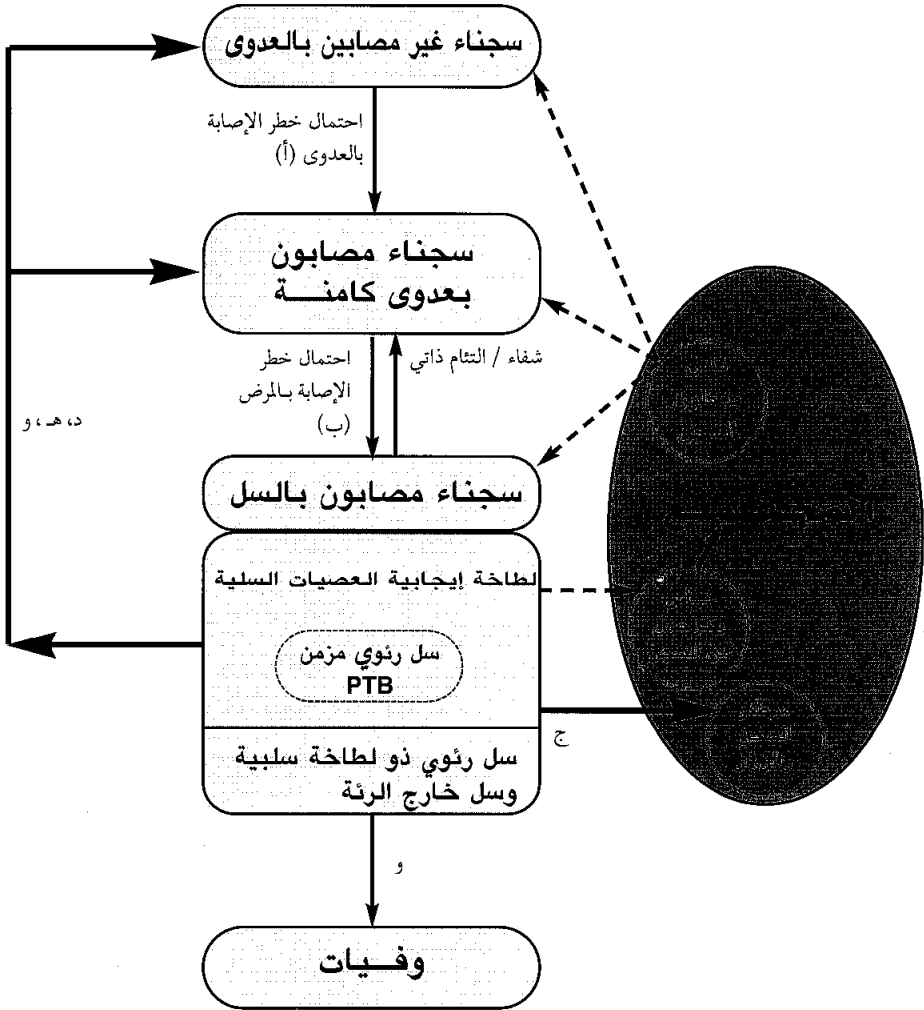
زيادة التعرض لجرعة عدوائية من العصيات السلية ويمكن أن ينشأ ذلك عن :

- التهوية الضعيفة (ويحدث ذلك حتى لو وجدت النوافذ، فالسجناء قد يغلقونها أو يسدوننها للمحافظة على الحرارة والدفء في أيام البرد).
- لا يقوم المساجون العدوائيون المصابون بالعصيات السلية الرئوية PTB بتغطية أفواههم أثناء السعال أو استخدام حاويات البلغم.

ظروف السجن، مثلاً قد يحرض سوء التغذية تفاعل العدوى الكامنة وتفاقم المرض. وقد يكون السجناء معرضين لاحتمال خطر عال من سوء التغذية نتيجة سوء تغذية مسبق، وعوز وجبة السجن من الكالوري، أو سوء نوعية الغذاء. ويمكن أن تكون وجبة السجن كافية لكن بعض السجناء قد يقاؤها بشئ آخر أو يقامر عليها مع مساجين آخرين أو بأي طريقة أخرى يفقد معها وجبته. وقد يحرم بعض المساجين بشكل منتظم مساجين آخرين مستضعفين من وجبتهم بشكل دائم.

يمكن أن يكون انتقال السل جزءاً من مشكلة خاصة بالسجناء غير المحكومين (ينتظرون إخلاء سبيلهم، تحت المحاكمة أو صدور الحكم) فقد يطلق سراح مثل هؤلاء السجناء في أي وقت بوساطة المحكمة. وكثيراً ما لا توجد مرافق في سجون إعادة التوقيف ومراكز التوقيف بانتظار الحكم، وأما خدمات الرعاية الصحية فمحدودة أو غير موجودة. ومن الشائع وجود فرط الازدحام. وتطول إجراءات القضايا والمحاكمات يؤدي إلى تطاول زمن البقاء الذي يجب أن يكون قصيراً. قد تواجه خدمات الرعاية الصحية، عندما تكون متاحة، ممانعة لبدء كشف الحالات السلية أو معالجتها. ويبيد الشكل التالي انتقال السل ضمن السجون وخارجها.

الشكل 1 : انتقال السل داخل وخارج السجن



مفتاح الشكل

←----- حركة الناس

← تطور العدوى والمرض

← انتقال المرض

أ = ظروف السجن تزيد خطورة انتقال السل .

ب = الخلفية الاقتصادية - الاجتماعية الضارة . عدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV . ظروف السجن كتنقص التغذية

ج = نتائج تأخر التشخيص والمعالجة .

د = فقدان التنسيق بين السجن والخدمات الصحية العامة .

هـ = فرط الازدحام ، سوء التهوية ، سوء التّصحّح (حفظ الصحة) .

و = الانتقال بين السجون وضمنها .

استجابة الخدمة الصحية للسجن The prison health service response

كثيراً ما تكون خدمات السجن الصحية ذات تجهيزات ضعيفة لا تلبّي إمكانية تنفيذ مكافحة الفعالة للسل. ولا تولي سلطات السجن الأولوية لصحة السجناء ولذلك تهملها عادة. وحصّة الخدمات الصحية من الميزانية غير كافية. وكما أن تمييز السل كمشكلة صحية خاصة ونوعية في السجن لا تؤدي بالضرورة إلى العمل.

إن موظفي الرعاية الصحية في السجون والذين يتلقون أجوراً منخفضة وتدريباً سيئاً غالباً ما يفتقدون الخوافز. وكثيراً ما تكون وسائل حفظ السجلات الطبية ضعيفة أيضاً. وأما ثقافة المريض فكثيراً ما تكون قليلة أو معدومة. ومرافق ووسائل تشخيص السل غير كافية عادة، فبدون الفحص المجهرى الموثوق للطاخة البلغمية لا يمكن اكتشاف الحالات العدوائية. ولا يوجد عادة تحرّص صحي health screening للسجناء عند دخولهم إلى السجن. وقد لا توجد مرافق كافية لعزل المرضى العدوائيين عن باقي السجناء. وقد تقيد هيئة الوصاية إتاحة عرض السجناء لفرص الرعاية الطبية، مع وجود فرص الرشوة والإجبار. وقد تشارك الهيئة غير المدربة، وأفرادها عادة ليسو من عاملي الرعاية الصحية، في انتقاء السجناء الذين تتاح لهم فرص الرعاية الصحية.

تصّيب أولويات مكافحة السل على كشف الحالات العدوائية ومعالجتها وشفائها. وكثيراً ما لا تؤدي المعالجة في السجن إلى الشفاء. ويعزى ذلك إلى الإمداد بأدوية غير مناسبة، واستعمال طرق علاج غير معيارية، وفشل التأكد من استكمال المعالجة عن طريق المراقبة المباشرة. وقد تكون النتيجة عندئذ حالة أكثر إزماًناً، مع ازدياد انتقال العصبية السلية، وازدياد الجائحة سوءاً بسبب مقاوم للأدوية.

البنية الهرمية وسلوك السجناء Prison hierarchy and prisoner behaviour

تمثل السلطة الهرمية للسجناء بنية قوية توازي سلطة إدارة السجن الرسمية. وقد تؤثر هذه البنية الهرمية غير الرسمية على مكافحة السل في السجن. وقد يكون هناك تمييز أو تفريق في قبول وصاية المستشفى، أو جُور في انتقاء المرضى للمعالجة وسوء استعمال الأدوية المضادة للسل. وقد لا يقبل السجناء ذوو المنزلة العالية سجيناً من ذوي المنزلة المنخفضة أن يكون بينهم في نفس الجناح من المستشفى ذاتها.

لقد أصبحت الأدوية الحديثة المضادة للسل - خاصة الريفامبيسين - مرغوبة جداً لأن عوز المعالجة يؤدي لموت بعض المسجونين. وقد يحاول السجناء اختزان الأدوية المضادة للسل لاستعمالهم الشخصي. وقد تباع الأدوية المضادة للسل في السوق السوداء، وقد يستعملها السجناء كعملات يتداولونها في السجن، فقد يبيعونها للحراس، أو يعطونها لأقاربهم أثناء الزيارات العائلية، أو يستخدمونها في القمار أو تسديد الديون. وقد يحاول مرضى السل، سواء بشكل شخصي أو تحت ضغط عصابات السجن، الاحتفاظ بأدويتهم المضادة للسل، فيحاولون استعمال الخدع لتجنب بلعهم تحت رقابة الهيئة الصحية، وتهريب الأقراص tablets إلى زناناتهم ليدخلوها في دائرة تعاملات السجن. ويستطيع السجناء الأكثر نفوذاً في السجن الحصول على الأدوية بطرق مختلفة. أحدها ممارسة الضغط على السجناء الذين يتلقون العلاج، الأدنى منهم ضمن البنية الهرمية، لسلب أقراصهم. ومن الطرق الأخرى دخولهم في برنامج معالجة السل حتى وإن لم يكونوا مصابين بالسل. وقد يرشي السجناء الطبيب لتسجيله كمريض مصاب بالسل، أو يرشي تقني المختبر لتسجيل

الجزء الأول

لطاخته البلغمية على أنها إيجابية. وقد يبدل السجنين عينة البلغم السلبية بأخرى إيجابية من سجين مصاب بالسل. وقد يحاول السجناء المسلمون الالتحاق ببرامج معالجة السل لأنها توفر لهم بعض المنافع الخاصة. ويتضمن ذلك الطعام والتكيف الأفضل، والتشدد الأمني الأقل، وحقوق الزيارة الأفضل.

5-2-3 دافع السجناء Prisoner's motivation

يجد كثير من المصابين بالسل الذين بدؤوا بالمعالجة صعوبة متابعتها عندما تخف أو تزول أعراض المرض. وقد يجد السجنين صعوبة خاصة في إيجاد الدافع لمتابعة المعالجة. ولا يحقق السجن بيئة داعمة لهذا الأمر، وكثيراً ما يكون السجنين في قلق مباشر أكثر من خطر عدم تلقي جرعة دورة كاملة من العلاج، فهم يعتقدون بأن دلائل وجود السل الفعال قد تعيق إطلاق سراحهم من السجن، لذلك قد يحاولون الحصول على عينات بلغمية سلبية من سجناء آخرين ويقدمونها على أنها لهم.

3-3 السل المرتبط بفيروس العوز المناعي البشري HIV - related : tuberculosis

1-3-3 العبء العالمي للإيدز The global burden of HIV/AIDS

في نهاية عام 1997 م، أظهرت التقديرات وجود 30,6 مليون إنسان في شتى أصقاع الأرض مصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV. وإن أكثر الطرق شيوعاً لانتقال هذا الفيروس عالمياً هو طريق ممارسة الجنس بين الرجال والنساء.

2-3-3 فيروس العوز المناعي البشري في السجون HIV/AIDS in prisons

إن انتشار فيروس العوز المناعي البشري HIV بين السجناء أكثر منه بين عموم السكان. ومعظم السجناء المنعدين بفيروس العوز المناعي البشري HIV يأتون من شرائح اجتماعية ذات معدلات انتشار لهذا الفيروس أعلى من غيرهم، ولذلك يدخلون السجن وهم منعقدون بهذا الفيروس. والسجن يضع السجناء تحت خطورة متزايدة لاكتساب عدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV.

3-3-3 انتقال فيروس العوز المناعي البشري في السجون HIV transmission in prisons

إن أكثر الطرق شيوعاً لانتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV في السجون يتم بواسطة الأدوية الوريدية (المخدرات) واللواط. على الرغم من محاولة سلطة السجن منع تلك الفعاليات. وتُعاقب كثير من الدول على حيازة العقاقير غير القانونية (المخدرات) أو المتاجرة بها في السجن. وكثيراً ما يتابع المدمنون على الأدوية استعمالها في السجن بما في ذلك الأدوية الوريدية. وسواء قبلت سلطات السجن بذلك أم لا فإن تهريب المخدرات إلى السجن واستعمالها وممارسة الجنس بين الرجال، كل ذلك يحدث في كثير من بلدان العالم. وإن إنكار أو تجاهل هذه الحقائق لا يساعد في منع انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV ضمن السجن.

من الشائع تعاطي المخدرات في كثير من السجون بين الذين توطدت عندهم تلك العادة سابقاً أو ممن تعرضوا لها حديثاً داخل السجن. ويتشارك السجناء بالمحاقن والإبر (وقد يستعملون أجهزة حقن يصنعونها بأنفسهم) ونادراً ما يستطيعون تعقيمها. وإن التشارك باستعمال أجهزة الحقن الملوثة يمكنه أن ينقل فيروس العوز المناعي البشري HIV فوراً.

الخلاصة

يمكن للمسجونين أن يمارسوا اللواط، ولكن العازل الذكري ليس متاحاً بشكل عام. وانتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV بواسطة ممارسة الجنس عن طريق الشرج عالية جداً، خاصة إذا كانت الممارسة بالقوة (اغتصاب). والسجناء عرضة للاعتداء من جهتين اثنتين، قوة سلطة السجن الرسمية وكثيراً ما ترافقها أيضاً حاجات بعض السجناء (بما في ذلك الحاجات الجنسية) التي قد يحققونها بعنف شديد. وتشمل العوامل التي تساعد على زيادة التعرض للاعتداء الازدحام وجو العقاب والعنف، وأحياناً نشوء مجموعات استعباد ضمن البنية الهرمية للسجن. وهكذا فالسجناء المُستضعفين المعرضين للاعتداء تحت احتمال خطر متزايد لانتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV. ويمكن أن يكون هناك علاقة جنسية بين النساء والرجال في سجون النساء حيث يوجد هيئة سجن من الذكور. ويقع ضباط السجن أيضاً تحت احتمال خطر متزايد لعدوى فيروس العوز المناعي البشري، ويمكن أن يحدث هذا التعرض نتيجة وخزة بإبرة مستعملة في حقن المخدرات أثناء البحث، أو من خلال اتصال جنسي مع المساجين. وبما أن هناك حركة للناس من السجن وإليه، فإن فيروس العوز المناعي البشري HIV سينتقل إلى المجتمع الأكبر.

4-3-3 السل المرتبط بفيروس العوز المناعي البشري HIV في السجن HIV-related tuberculosis in prisons

إن فيروس العوز المناعي البشري HIV يُصنّفُ جائحة السل لوجود تراكم بين جمهرة المنعدين بفيروس العوز المناعي البشري HIV والمنعدين بالمتفطرة السلية. ويعني التراكم أن كثيراً من المنعدين بفيروس العوز المناعي البشري HIV يصابون بعدوى المتفطرة السلية، وبالمقابل فكثير من المنعدين بالمتفطرة السلية يصابون بعدوى فيروس العوز المناعي البشري. وهذا هو واقع الحال في كثير من السجون حيث أن نسبة حالات السل المعزّوة إلى الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري HIV عالية.

عواقب مكافحة السل السيئة في السجن

Consequences of poor tuberculosis control in prisons

السل شائع بين السجناء، وإن فشل مكافحة السل في السجون يسبب الكثير من المعاناة والموت بين السجناء. فإذا لم يعالج المرض أو عولج معالجة سيئة فإن السجناء المصابين سيعدون سجناء آخرين وكذلك أقربائهم الذين يزورونهم، وهيئة السجن.

ويطلق سراح بعض السجناء قبل اكتمال معالجتهم. ولذلك فمن الضروري أن يكون هناك تنسيق بين السجن والخدمات الصحية العامة لإحالة مرضى السل عند إطلاقهم من السجن إلى مراكز الخدمات الصحية العامة. ويؤدي فقدان هذا التنسيق إلى فقدان الخدمات التي يحصل عليها المريض من خدمات الصحة العامة، وعدم إتمام المعالجة مع احتمال خطر انتشار السل في المجتمع.

وفشل سلطات السجن في مكافحة المرض القابل للوقاية والعلاج يمكن أن يجر السجناء لسيئاً جام غضبهم على جهاز السجن. مما يؤدي إلى مشاكل أمنية في السجن. تسدل جدران السجن ستائر على حرية المساجين ولكنها لا تستطيع أن تمنع حرية انتشار السل. وبشكل السجن مستودعاً للسل الذي لا يهدد السجناء وحدهم بل موظفو السجن والزوار والمجتمع الأكبر. أما تطبيق المعالجة الناقصة التي تقل عن المعيارية في السجن فيعقد احتمال خطر انتشار السل داخله وخارجه مع احتمال خطر مقاومة الدواء. وإن فشل مكافحة السل في السجون هذه الأيام سيؤدي في المستقبل إلى جائحة تكون مكافحتها أكثر صعوبة وتكلفة. إن البرنامج الوطني الفعال لمكافحة السل يجب أن يشمل مكافحة السل الفعالة في السجن.

السجن فرصة لمكافحة فعالة للسل

Prison as an opportunity for effective tuberculosis control

يمكن أن يكون السجن بيئة مثالية لمكافحة السل، وفي تخطيط وتنفيذ مكافحة السل الفعالة، يمكن للخدمات الصحية في السجن أن تستفيد من الميزات الخاصة ببيئة السجن. فالسجناء بالحرف الواحد جمهرة حبيسة (مقبوض عليها)، وهذا ما يسهل استعراف السجناء المصابين بالسل وحثهم على التمسك بالمعالجة ودقة الإبلاغ عن الحالات وتسجيلها. وإن بعض السجناء لا يمتلكون مزيداً من الرعاية الصحية وهم في المجتمع، أما في السجن فيمكن لهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية التي تمنحهم فرصة التزود بالرعاية الصحية اللازمة، بما في ذلك الرعاية من السل. وإن إبراز مشكلة السل في السجون يمكن أن يجعل مسؤولي السجن أكثر حذراً وتيقظاً لباقي المشاكل الصحية الشائعة فيه. واستنهاض وسائل مكافحة السل يمكن أن يمهّد الطريق نحو تمويل أفضل للخدمات الصحية في السجن. ولذلك فإن تنفيذ استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS في السجون يمكن أن يخدم كمدخل لتحسين الخدمات الصحية في السجون بشكل عام. وإن فرصة مكافحة السل بفعالية في السجون يمكن أن تسهم أيضاً في مكافحة السل الفعالة في المجتمع الأكبر. وإن فائدة مكافحة السل الفعالة في السجن هي أن هذه المكافحة تنقص من انتقال السل بما في ذلك السل المقاوم للأدوية في المجتمع الأكبر.

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

- World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on a joint WHO/UNAIDS European seminar, Warsaw, Poland, December 1997. WHO, Copenhagen, Denmark, 1998. EUR/ICP/CMD5 08 02 15.*
- World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the Global HIV/AIDS epidemic. 1997, Geneva, Switzerland.*
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Prisons and AIDS. UNAIDS technical update. UNAIDS best practice collection. April 1997, Geneva, Switzerland.*
- WHO Global Programme on AIDS. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva, Switzerland, 1993. WHO/GPA/DIR/93.3*
- Harding TW, Schaller G. HIV/AIDS policy for prisons or prisoners? In: Mann J, Tarantola DJM, Netter tw (Eds.) AIDS in the world, pp 761-769. Cambridge (MA) : Harvard University Press, 1992.*
- Coninx R, Pfyffer GE, Mathieu C, et al. Drug resistant tuberculosis in prisons in Azerbaijan : case study. Br Med J 1998; 316: 1493-1495.*

الجزء الثاني

مكافحة السل في السجون

الالتزام السياسي بمكافحة السل في السجن

POLITICAL COMMITMENT TO TUBERCULOSIS CONTROL IN PRISONS

لماذا يكون الالتزام السياسي ضرورياً ؟

نجد أن الالتزام السياسي الضعيف في مكافحة السل في السجون موجود في كثير من الدول التي تكون فيها معدلات انتشار السل مرتفعة. ولذلك فالالتزام السياسي ضروري لإحداث تغيير ثم دعم تحسين مكافحة السل والسيطرة عليه. وفي عام 1997 في باكو - أذربيجان قامت منظمة الصحة العالمية WHO واللجنة الدولية للصليب الأحمر ICRC باجتماع لبحث مسألة السل في السجون، وأصدر المشاركون إعلاناً يطالب بإلحاح بالتزامات الحكومات بمكافحة السل في السجن (انظر الملحق 2).

وبدون الالتزام السياسي سيستمر السل دون ضبط ومكافحة في كثير من السجون. وستبقى السجون أرضية صالحة لتربية السل ومصدراً لانتقاله إلى عموم المجتمع. وكثيراً ما يكون تردّي نظم الإبلاغ وتسجيل المعلومات وعدم كفاية المعالجة سبباً في استمرار نشوء سلّ مقاوم للأدوية مهدداً بذلك كامل المجتمع.

إنّ التزام السياسيين وصانعي القرار ضروري للتأكيد على المقاييس الخاصة لتنفيذ برنامج مكافحة السل في السجن، ويجب على وزارة الصحة أن تولي الرعاية الصحية للسجن أولوية صحية خاصة. ومن الضروري التنسيق بين وزارة الصحة وأي من الوزارات المسؤولة عن السجون (العدل، الداخلية، قضايا الدولة الوطنية، أمن الولاية). وإنّ التمويل الكافي لخدمات السجن الصحية بما في ذلك تأمين رواتب الموظفين، ومرافق التشخيص وتأمين الاحتياطي من الدواء، كل ذلك ضروري لضمان رعاية صحية كافية للسجن. وهناك حاجة ملحة لتحسين ظروف السجن، خصوصاً فرط الازدحام وكذلك تحسين التغذية والتّصّحّح hygiene.

إنّ الالتزام السياسي ضروري لضمان فعالية التعديلات التي تجري على برنامج مكافحة السل في السجن. ويعني ذلك ضمان إتمام المعالجة لكي نضمن معدلاً عالياً من شفاء المسلولين. ومن الدراسات الاستباقية perspective الصحية العمومية تبين أن نتائج البرنامج غير الفعال لمكافحة السل أسوأ من عدم معالجة الداء على الإطلاق. فالبرنامج غير الفعال يؤدي إلى مزيد من الحالات المزمنة، ومزيد من الانتقال وخطورة مقاومة الدواء. وتصبح الجائحة القابلة للعلاج غير قابلة له.

تطبيقات إدارية للالتزام بضمان إتمام المعالجة

ADMINISTRATIVE IMPLICATIONS OF COMMITMENT TO ENSURING COMPLETION OF TREATMENT

1. بلدان ذات برنامج وطني فعال لمكافحة السل Countries with an effective NTP

إن المعالجة لجميع السجناء ممكنة فقط عندما يكون هناك برنامج فعال لمكافحة السل خارج السجن ويضمن إتمام معالجة السجناء المسلولين بعد إطلاق سراحهم. مثالياً يجب أن يكون برنامج مكافحة السل في السجن جزءاً متكاملاً مع البرنامج الوطني الفعال لمكافحة السل NTP. وفي هذه الحالة يستطيع السجناء المصابون بالسل إتمام معالجتهم بعد إطلاق سراحهم في المرافق الصحية العامة.

الجزء الثاني

2-2-4 بلدان لا تطبق البرنامج الوطني الفعال لمكافحة السل Countries without an effective NTP
لا تطبق بعض البلدان البرنامج الوطني الفعال لمكافحة السل، وفي هذه البلدان لا يمكن ضمان متابعة إتمام معالجة هؤلاء السجناء المسؤولين الذين يطلق سراحهم دون استكمال معالجتهم. ولذلك ينصح بأن يسجلوا في برنامج المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS فقط السجناء المسؤولين الذين تكون أحكامهم أطول من مدة معالجة السل.

3-2-4 سجناء لم يصدر بعد حكم عليهم Unsentenced prisoners

إن الالتزام بضمان إقام المتابعة يوجب تحقيق اعتبارات خاصة بالنسبة للسجناء الذين (ينتظرون إثبات التهمة أو المحاكمة أو صدور الحكم). ولا يمكن التنبؤ بفترة التوقيف الاحتياطي للوصاية remand custody لكنه غالباً ما يكون أقصر من تمام مدة المعالجة. ويجب أن تؤكد السلطات على تمام معالجة السجناء المسؤولين الذين لم يصدر بعد حكم عليهم سواء أطلق سراحهم أم حوكموا بالسجن. والسلطات التي من شأنها إصدار الأحكام تكون هي المسؤولة عن هؤلاء السجناء ولذلك تحتاج إلى إحداث روابط وثيقة مع كلا السلطتين الصحييتين في المجتمع وفي السجن. والتأكيد على إتمام المعالجة أمر حاسم. وما لم يحدث ذلك فإن مجموعة المسجونين تحت الوصاية ولم تصدر عليهم أحكام بعد يعدون مصدرًا لانتقال السل في السجن وفي المجتمع الأكبر.

4-2-4 التنقلات بالسجن Prison transfers

ويحتاج الالتزام بإتمام المعالجة إلى تطبيق اعتبارات خاصة فيما يتعلق بنقل السجناء ضمن السجن وبين السجون المختلفة. وتكون إدارة برنامج مكافحة السل أكثر نجاحاً ووضوحاً عندما تبدأ معالجة المسلول وتستكمل بالكامل في المركز ذاته. ويجب أن تضمن سلطات السجن تمام الطور الأول من المعالجة على الأقل قبل النقل بين السجون. وعندما يكون المسلول في الطور المستمر للمعالجة وينتقل إلى سجن آخر فعلى سلطات السجن التأكد من تمام المعالجة في السجن الآخر.

3-4 صحة السجون كمسؤولية لسلطات الصحة العمومية

Prison health as the responsibility of public health authorities

إنَّ خبرات إيتاء الرعاية الصحية قد تراكمت في عدد من أنظمة السجون. وبشكل عام فإنَّ سلطات الصحة العمومية تقوم بإيتاء الرعاية الصحية في السجون بفعالية أكبر من سلطات السجون ذاتها. ولذلك فإنَّ جعل مسؤولية السجن الصحية تابعة لسلطات الصحة العمومية له مزايا إضافية. ويقوي ذلك الروابط بين الرعاية الصحية في المجتمع وفي السجن. كما أنَّ التزام الحكومة بتحسين صحة السجن قد يحقق تغييراً إدارياً حاسماً.

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Reyes H, Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons.

Br. Med J 1997; 315 : 1447-1450.

الجزء الثاني

الكشف عن الحالات CASE-FINDING

5

أساليب الكشف عن الحالات Approaches to case-finding

1-5

هناك أسلوبان للكشف عن الحالات : أ) استعراف الحالات المشتبه بإصابتها بالسل بين السجناء الذين يحضرون إلى الخدمات الصحية ثم إجراء الكشف عن المصابين بالسل . ب) تحري السجناء screening للكشف عن السل . وتعطي الأولوية القصوى في مكافحة السل لكشف الحالات السلبية العدوائية بين الحالات المشتبه بها، حيث أن هذه العملية هي أكثر الطرق مردوداً من حيث حساب الفعالية بالنسبة للتكلفة cost-effective.

الأسلوب التشخيصي Diagnostic approach

2-5

تولى الأولوية القصوى في مكافحة السل لاستكشاف وشفاء الحالات العدوائية. أي المرضى الذين يكون تحري اللطاخة البلغمية عندهم إيجابياً لعصية السل الرئوي PTB. ولذلك يجب تحري لطاخة كل مريض لديه صورة سريرية تجعله من المشتبه بإصابتهم بعصية السل الرئوي PTB. ومعظم حالات السل المشتبه بها هي حالات جوارلة ambulatory. وهناك حالات مشتبه بإصابتها بالسل ذات شدة مرضية عالية أو ملزمة للفراش ولذلك تحتاج لتحريات كما في حالات المرضى الداخليين (داخل المستشفى) In-patient.

إن التحري السريري للسجناء بتقدير الأعراض (وبشكل رئيسي استمرار السعال مدة أكثر من ثلاثة أسابيع) يؤدي إلى استعراف المشتبه بإصابتهم بالسل. وإن أكثر الطرق مردوداً من حيث حساب الفعالية بالنسبة للتكلفة لاستكشاف الحالات العدوائية بين حالات السل الرئوي PTB المشتبه بها في الجمهرات التي ينتشر فيها السل بصورة كبيرة هي الفحص المجهرى للطاخات البلغمية. والشك بإيجابية اللطاخة البلغمية يثبت بوجود عصية السل الرئوي في لطاخة البلغم. ويحتاج السجين ذو اللطاخة الإيجابية للعصية السلية إلى التسجيل والمعالجة والشفاء. وليست صورة الصدر الشعاعية ضرورية في معظم الحالات.

وفي بعض البلدان تعتبر صورة الصدر الشعاعية البسيطة، هي الاختبار الأولي لكشف السل في الحالات المشتبه بإصابتها. ويجب فحص بلغم هذه الحالات فحصاً مجهرياً سواء أجزى لهم صورة صدر شعاعية أم لا. ولا يعتبر زرع البلغم عملياً ولا يوصى به.

إن تشخيص الحالات الفردية من السل الرئوي أو خارج الرئوي مع سلبية اللطاخة البلغمية هو فعالية سريرية، ويعتمد ذلك على بعض الإجراءات التشخيصية كالتاريخ السريري والفحص والاختبارات التشخيصية.

في الجمهرات ذات الانتشار العالي للسل لا يعطي اختبار التوبركولين الجلدي إلا قيمة قليلة لتشخيص السل عند البالغين. فاختبار التوبركولين الإيجابي لا يميز بحد ذاته العدوى بالمتفطرات السلية عن الإصابة المرضية بالسل. وإن التعرض السابق للمتفطرات البيئية يمكن أن يعطي نتائج إيجابية كاذبة. وبالعكس قد يكون اختبار التوبركولين سلبياً حتى عندما يكون المريض مصاباً بالسل. وتشمل الحالات التي كثيراً ما تترافق بسلبية اختبار التوبركولين الجلدي : العدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV، وسوء التغذية الشديد، والسل الدخني.

Clinical features of PTB الأشكال السريرية للسل الرئوي

3-5

Symptoms الأعراض

1-3-5 إن أكثر الأعراض أهمية في تشخيص السل الرئوي PTB هو السعال لمدة أكثر من ثلاثة أسابيع وإنتاج البلغم وفقدان الوزن.

وأكثر من 90% من المرضى المسلولين الإيجابي للطاخة يحدث لديهم السعال سريعاً بعد بدء المرض. وعلى أية حال، فالسعال ليس عرضاً نوعياً خاصاً بالسل الرئوي خصوصاً في بيئة السجن غير الصحية. فالسعال شائع عند المدخنين والمصابين بعدوى الطرق التنفسية العلوية والسفلية الحادة. ولكن معظم العدوى التنفسية الحادة تبرا خلال ثلاثة أسابيع، ولذلك يشته بعدوى السل الرئوي إذا استمر السعال أكثر من ثلاثة أسابيع، ويجب في هذه الحالة إخضاع عينة من البلغم للفحص المجهرى .

ويمكن لمرضى السل الرئوي أن يعانون من أعراض أخرى يمكن أن تكون تنفسية أو بنوية (عامة أو جهازية) . وأكثر الأعراض التنفسية أهمية نث الدم haemoptysis والألم الصدري وعسر التنفس breathlessness . وأكثر الأعراض البنيوية أهمية : الحمى والتعرق الليلي والتعب وفقدان الشهية (القهم)

Physical signs العلامات الجسمية

2-3-5

العلامات السريرية الجسمية لمرضى السل الرئوي غير نوعية ولا تساعد في تمييز السل الرئوي عن الأمراض الأخرى.

Diagnostic sputum smear microscopy الفحص المجهرى التشخيصي للطاخة البلغم

4-5

Collection of sputum samples جمع عينات البلغم

1-4-5

يجب أن يخضع المشتبه بإصابته بالسل ثلاث عينات من بلغمه للفحص المجهرى . ففرصة كشف العصبية السلية أكثر احتمالاً في حالة فحص ثلاث عينات من فحص عيتين أو عينة واحدة. ويتراكم البلغم في الطرق الهوائية طوال الليل، ولذلك فإن البلغم المأخوذ في الصباح الباكر يمكن أن يحتوي على العصبيات السلية أكثر من البلغم المأخوذ في آخر النهار. تؤخذ عادة من المريض الخارجي، المشتبه بإصابته بسل رئوي، عينة واحدة لإخضاعها للفحص المجهرى ووضع المريض تحت المراقبة كمرضى خارجي out-patient، ولكن المريض الداخلي in-patient يؤخذ منه ثلاث عينات من البلغم الصباحي الباكر مع مراقبته ضمن المستشفى. ويجب أن يُنصَح العاملُ الصحيُّ المريض المشتبه بإصابته بالسل الرئوي أن يسعل ويخرج البلغم من جدار بلعومه الخلفي، ثم يسعل جيداً لاستخراج البلغم . وعلى المشتبه به أن ينتج عينات البلغم في منطقة جيدة التهوية.

قد يحاول بعض السجناء إدراج أنفسهم في برنامج معالجة السل لأنه قد يوفر لهم بعض المنافع الخاصة. وقد يحصل بعض السجناء على عينات بلغمية إيجابية بالإكراه أو الخداع. وقد تتضمن وسائل الخداع إخفاء عينة البلغم الإيجابية من السجناء الآخرين، في أيديهم أو داخل أفواههم. ولذلك على الهيئة مراقبة استخراج السجنين للبلغم أثناء أخذ العينة، وقد يكون من الضروري أن يغسل السجنين يديه وفمه (بتمضمض) قبل ذلك. وبالعكس يحاول بعض السجناء المصابين بالعدوى السلية المغادرة أو حتى التهرب من الالتحاق بالبرنامج. فمثلاً يعتقد البعض بأن اكتشاف السل الفعال قد يؤخر إطلاق سراحهم، وفي هذه الحالة يحاولون الحصول على عينات من البلغم الطبيعي من سجناء آخرين.

الرئوي

الفحص المجهرى للطاخة Smear microscopy 2-4-5

يتضمن الدليل المعنون (المرشد السلي للدول المنخفضة الموارد IUATLD) إرشاداً تقنياً ممتازاً للفحص المجهرى التشخيصى للطاخة البلغم من أجل كشف السل .

5-5 صور الصدر الشعاعية في التشخيص Chest X-ray in diagnosis

يجب أخذ عينات البلغم من جميع الحالات المشتبه بإصابتها بالسل الرئوي لإجراء الفحص المجهرى التشخيصى للطاخة .

1-5-5 دواعي إجراء الصورة الشعاعية للمصدر Indications for chest X-ray

في المرضى المسلولين الإيجابيى للطاخة

في هذه الحالات القليلة من السل الرئوي الإيجابيى للطاخة حيث تكون صورة الصدر ضرورية. تكون دواعي إجراء الصورة كما يلي :

- مضاعفات مشتبهة عند مريض مصاب بعسرة تنفس ويحتاج إلى معالجة نوعية، كاسترواح الصدر Pneumothorax (وأما الانصباب التأموري أو الجنبي مع لطاخة إيجابية فنادرة).
- نفث الدم الشديد أو المتكرر (لنفي توسع القصبات أو الورم الرشاشي aspergilloma).
- لطاخة إيجابية من أصل ثلاثة (في هذه الحالة تكون الصورة الشعاعية غير الطبيعية ضرورية لتكون معياراً إضافياً لتشخيص السل الرئوي الإيجابيى للطاخة البلغمية).

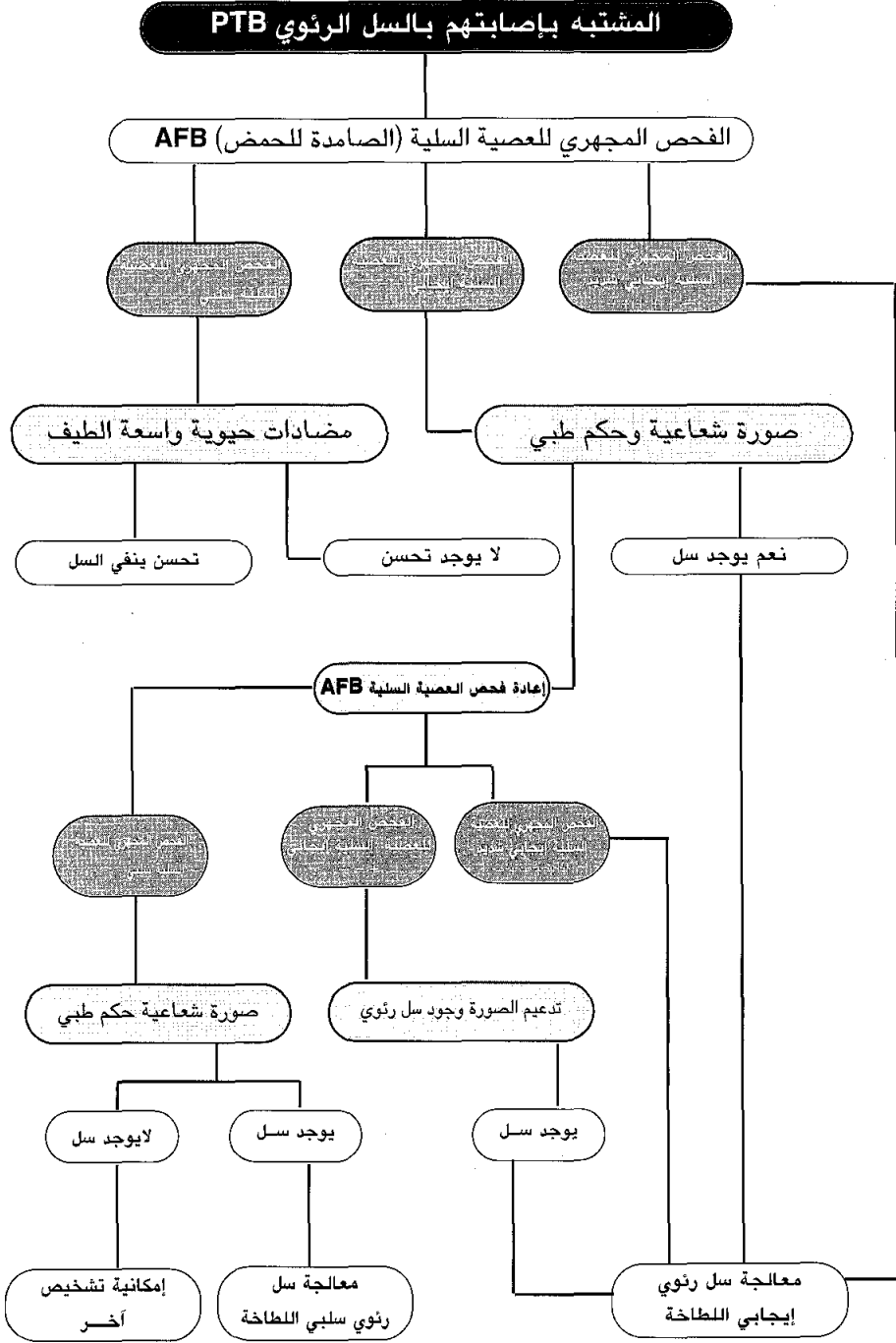
في الحالات المشتبه بإصابتها بالسل مع لطاخة بلغمية سلبية

يحتاج المريض إلى إعادة التقييم إذا استمر السعال رغم تطبيق دورة من المضادات الحيوية ولم يبد فحص البلغم المجري على ثلاث لطاخات أي إيجابية. وكثيراً ما يجرى لهم تكرار فحص البلغم بعد أسبوعين. وإذا كان الطبيب ما يزال مشتبهاً بالسل على الرغم من سلبية اللطاخات، فإن المريض يحتاج إلى صورة شعاعية للمصدر، ونتائج الصورة المرافقة للسل الرئوي ليست نوعية، فهناك أمراض أخرى غير السل الرئوي يمكنها أن تعطي نتائج شعاعية تقليدية ونوعية معاً.

خطة التدبير العلاجي المعياري للمشتبه بإصابته بالسل الرئوي Standardised management plan for PTB suspects

6-5

الشكل 2 : مخطط الإجراءات لتلخيص أسلوب التشخيص المُحيز لدى المشتبه بإصابتهم بالسل الرئوي



7-5 السسل خارج الرئة Extrapulmonary TB

الأشكال الشائعة للسل خارج الرئة هي : تضخم العقد اللمفية lymphadenopathy، الانصباب الجنبي، الداء التأموري، الداء الدخني، التهاب السحايا، سل النخاع. ويأتي المرضى عادة بأشكال بنوية (الحمى، التعرق الليلي، نقص الوزن) وأشكال موضعية تتعلق بموقع المرض. والسل خارج الرئة شائع في المرضى الإيجابيين لفيروس العوز المناعي البشري HIV .
وحيث أن التشخيص النهائي للسل خارج الرئة صعب عادة فقد يكون التشخيص ظنياً (ترجيحياً) ويعني ذلك أنه يتم بنفي باقي الحالات. وتعتمد درجة تأكيد التشخيص على وسائل التشخيص المتاحة كالصور الشعاعية المتخصصة، وإجراءات الخزعة. وتوجد أيضاً إصابة سلية رئوية PTB مزدوجة عند كثير من مرضى السل خارج الرئة، ولذلك فهم يحتاجون إلى فحص البلغم لتحري العصية الصامدة للحمض AFB ، وإلى صورة شعاعية للمصدر.

8-5 التحري Screening

تولى أعلى أولوية في مكافحة السل لكشف وشفاء الحالات العدوائية، أي : السجناء المسلولين إيجابياً للطاخة البلغمية. ويتم استعراض المشتبهين بإصابتهم بالسل الرئوي بتقييم الأعراض (رئيسياً: السعال مدة تتجاوز ثلاثة أسابيع) عند المساحين الذين يحضرون إلى خدمات السجن الصحية. ويبقى الفحص المجهرى للطاخة البلغم أعلى الطرق مردوداً بالنسبة للفعالية لقاء التكلفة لاستعراض الحالات العدوائية بين المشتبهين بإصابتهم بالسل الرئوي في الجمهرات ذات الانتشار العالي للسل. وحيث تتاح الموارد والمرافق فمن المفيد تطبيق إجراءات إضافية لتحري السجناء بحثاً عن السل الرئوي. وإن الزمرتين المستهدفتين رئيسياً هما السجناء كزمره داخل السجن، والمتماسين مع الحالات العدوائية. والمتماسون هم السجناء المتشاركون في المأوى ذاته مع الحالة الدالة case index. ويبدأ التحري في هاتين الزمرتين بالسؤال عن الأعراض التنفسية. وفي حال وجود حالات تعاني من السعال مدة ثلاثة أسابيع فأكثر عندئذ يجب فحص البلغم مجهرياً كأقل تحرر يمكن إجراؤه. وأما إجراء التحري الإضافي فيمكن أن يكون بالصورة الشعاعية للمصدر. وفي حالات وجود معدل انتشار سلي مرتفع نوعاً ما، مع مدخول متوسط فإنه يمكن أن يكون للدولة موارد ومرافق تسمح بإجراء التحري لجميع السجناء من الزمرتين بالصور الشعاعية للمصدر. وأما اختبار التوبر كولين الجليدي ففائدته قليلة في تشخيص السل عند البالغين في الجمهرات ذات الانتشار السلي العالي.

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Maher D, Chaulet P, Spinaci S, Harries A. Treatment of tuberculosis :
guidelines for national programmes.

Second edition. WHO/TB/97.220. Geneva : WHO, 1997.

Harries AD, Maher D. TB/HIV: A Clinical Manual. WHO/TB/96.200. Geneva : WHO, 1996.

Toman K. Tuberculosis. Case finding and chemotherapy. Geneva: WHO. 1979.

International Union Against tuberculosis and Lung Disease.
Tuberculosis guide for low-income countries.

Fourth edition. pmi Verlagsgruppe. Frankfurt. 1996.

Crofton J, Horne N and Miller F. Clinical Tuberculosis. The MacMillan Press Limited. 1992.



الجزء الثاني

تعريف الحالات وفئات المعالجة المعيارية

Standardised case definitions and treatment categories

تعريف الحالات Case definitions

يشير تشخيص السل إلى تمييز حالة فعالة ، أي أن المريض يعاني من مرض مصحوب بأعراض ناجمة عن آفات مسببة عن المتفطرة السلية M. tuberculosis وعند وضع تشخيص السل من الضروري تعريف نمط حالة السل . أي وضع تعريف للحالة .
ويبدي الإطار التالي أربعة أهداف لوضع تعريف الحالة :

- للتسجيل والإبلاغ عن المريض بصورة ملائمة .
- لتقييم النزعة trend في نسبة الحالات الإيجابية للطاخة ونكس هذه الحالات الإيجابية مع الحالات التي عولجت مرة أخرى .
- لتخصيص الحالات بفئة علاجية معيارية .
- للتحليل الأترابي cohort analysis .

ويبدي الإطار التالي الأسباب الثلاثة لتوافق المعالجة مع الفئة المعيارية :

- تخصيص أولويات الموارد لمعالجة الحالات الإيجابية للطاخة البلغمية .
- تجنب المعالجات الناقصة للحالات الإيجابية للطاخة البلغمية، وبالتالي منع المقاومة المكتسبة .
- زيادة استخدام الموارد في الاستعمالات ذات المردود المرتفع بالنسبة للتكلفة، وتقليل الآثار الجانبية على المرضى بتجنب المعالجة المفرطة غير الضرورية .

ويبدي الإطار التالي أربع مُحدِّدات لتعريف الحالة :

- موضع السل
- شدة السل
- الباكترولوجيا (نتائج لطاخة البلغم)
- تاريخ المعالجة السابقة للسل

مُحدِّدات تعريفات الحالة Determinants of case definitions

موضع المرض : رئوي أو خارج الرئة

تشابه أنظمة المعالجة بشكل عام، بصرف النظر عن موضع الإصابة (على الرغم من أن بعض السلطات تجبذ طوراً مديداً ومستمرّاً في معالجة التهاب السحايا السلي). وتأتي أهمية تحديد موضع الإصابة من تحقيق أهداف التسجيل والإبلاغ .

ملاحظة :

- يدل السل الرئوي على مرض يصيب المَتن الرئوي lung parenchyma . ولذلك فإنَّ وجود تضخم العقد اللمفية السلي داخل الصدر (منصفية أو تقيرية أو كليهما) أو انصباب الجنب السلي دون وجود تبدلات غير طبيعية في صور الصدر الشعاعية يشكل حالة من السل خارج الرئة .
- المريض المصاب بالسل الرئوي وخارج الرئة هو حالة من السل الرئوي .
- تعريف حالة السل خارج الرئة مع وجود عدة مواضع مصابة يعتمد على الموضع الذي يمثل الشكل الأشد إصابة في هذا المرض .

شدة السل Severity of tuberculosis

2-2-6

إن المقدار الذي يحمله المريض من العصبات ودرجة الإصابة المرضية، والموضع التشريحي للإصابة كلها عوامل تدخل في اعتبارات تحديد شدة الداء السلي، وبالتالي اختيار المعالجة الأنسب . ويتضح دور موضع الإصابة لتحديد وتصنيف شدة المرض بحسب ما تمثل إصابة العضو تهديداً حاداً ومهماً للحياة، (مثلاً : سل التأمور)، أو بحسب احتمال إحداثها لخطر إعاقاة شديدة تالية (كالسل النخاعي) ، أو كليهما (كالتهاب السحايا) .

تصنيف الأشكال التالية من السل خارج الرئة على أنها شديدة :

التهاب السحايا، الداء الدخني، التهاب التأمور، التهاب الصفاق، التهاب الجنب ثنائي الجانب أو الواسع، سل النخاع، السل المعوي، السل البولي التناسلي .

وتصنف الأشكال التالية من السل خارج الرئة على أنها أقل شدة: سل العقد اللمفية، انصباب الجنب وحيد الجانب، سل العظم (باستثناء سل النخاع) ، سل المفاصل المحيطة، وسل الجلد .

البكتريولوجيا (نتيجة اللطاخة البلغمية)

3-2-6

Bacteriology (result of sputum smear)

تأتي أهمية تحديد نتيجة اللطاخة في الحالات الرئوية مما يلي :

- تحديد الحالات الإيجابية اللطاخة البلغمية (لأنها الحالات الأكثر عدوانية ونسبة وفياتها متزايدة)
- تسجيل الحالات والإبلاغ (إنَّ الحالة الإيجابية اللطاخة هي الحالة الوحيدة التي من أجلها أتاحت المراقبة الجرثومية - البكتريولوجية - لتحصيل الشفاء) .

السل الرئوي الإيجابي اللطاخة Smear-positive pulmonary tuberculosis

نميز حالتين رئيسيتين :

إما أن يكون لدى المريض نتيجة لطاختين إيجابيتين على الأقل بالفحص المجهرى للعصية الصامدة للحمض AFB .

أو لطاخة واحدة إيجابية للعصية الصامدة للحمض مع وجود تبدلات شعاعية غير طبيعية تتناسب مع السل الرئوي ويكون قرار الطبيب بالمعالجة الكيميائية المضادة للسل لدورة علاجية كاملة .

الجزء الثاني

أو : أن يكون للمريض لطاخة إيجابية واحدة بالفحص المجهرى، وتكون نتيجة زرع المتفطرة السلية إيجابية.

السل الرئوي السلبي اللطاخة Smear-negative pulmonary tuberculosis

إما أن يستكمل المريض جميع المعايير التالية:

من العينات مجموعتان (تم أخذهما بفواصل أسبوعين على الأقل) سلبيتان بالنسبة للعصية الصامدة للحمض بالفحص المجهرى، مع وجود تبدلات شعاعية تتماشى مع السل الرئوي مع فقدان الاستجابة السريرية حتى بعد أسبوع من المعالجة بالمضادات الحيوية الواسعة الطيف. ويكون قرار الطبيب : معالجة كيميائية مضادة للسل بدورة علاجية كاملة.

أو : أن يتم المريض المعايير التالية :

إنهـاك

عينتان من البلغم على الأقل سلبيتان بالفحص المجهرى للعصيات الصامدة للحمض وتتماشى التبدلات الشعاعية مع السل الرئوي الشديد المنتشر (خلالي، دخني).
ويكون قرار الطبيب : معالجة كيميائية مضادة للسل بدورة علاجية كاملة.

أو : أن بلغم المريض ذي اللطاخة البدئية السلبية بالفحص المجهرى، قد أرسل للزرع ثم تبين أن نتيجة هذا الزرع إيجابية.

ملاحظة : بتأمل التعريفات السابقة يتضح بأنه في حال غياب الزرع فإن صورة الصدر الشعاعية المعيارية ضرورية لتوثيق حالات السل الرئوي السلبية اللطاخة.

ولا تقبل نتائج الفحص بالتنظير التالقي fluoroscopy كدليل وثائقي على السل الرئوي PTB.

4-2-6

تاريخ معالجة سابقة : العودة بعد الانقطاع عن المعالجة (default)، فشل المعالجة، النكس

من المهم أن نعرف الحالة بحسب ما إذا تلقى المريض سابقاً معالجة مضادة للسل أم لم يتلق معالجة سابقة وذلك تحقيقاً للأغراض التالية :

- استعراف المرضى المعرضين لاحتمال خطر اكتساب مقاومة للدواء ووصف العلاج المناسب.
- المراقبة الأبيديولوجية.

3-6

تعريفات Definitions

حالة جديدة

مريض لم يأخذ من قبل علاجاً للسل، أو أخذ أدوية مضادة للسل لا تقل عن أربعة أسابيع.

حالة ناكسة

مريض أعلن شفاؤه من أي شكل من أشكال السل في الماضي من قبل طبيب، بعد دورة علاجية كيميائية واحدة، ثم أصبح إيجابي لطاخة البلغم.

الجزء الثاني

حالة فشل المعالجة

مريض إيجابي اللطاخة ظل كذلك أو أصبح إيجابي اللطاخة مجدداً بعد خمسة أشهر أو أكثر من بدء المعالجة. أو مريض كان أصلاً سلبياً اللطاخة قبل بدء المعالجة ثم أصبح إيجابي اللطاخة بعد الشهر الثاني منها.

حالة معالجة بعد الانقطاع (التي كانت تعرف سابقاً بالعودة بعد التخلف).

مريض يقطع المعالجة مدة شهرين أو أكثر، ثم يعود إلى الخدمة الصحية ببلغم إيجابي اللطاخة (وأحياناً سلبياً اللطاخة، ولكن يظل مصاباً بالسل تبعاً لما يحكم به التقييم السريري والشعاعي).

حالة مزمنة

مريض ظل أو أصبح إيجابي اللطاخة بعد إتمام نظام علاجي لإعادة المعالجة تحت الإشراف الكامل.

ملاحظة :

- على الرغم من أن حالات السل الرئوي السلبية اللطاخة وحالات السل خارج الرئة قد تمثل هي أيضاً حالات فشل في المعالجة أو حالات ناكسة أو مزمنة، فإن من المنتظر أن يكون ذلك نادر الحدوث (على نحو ما تدعمه البيانات الباكترولوجية والباثولوجية).

أهمية تعاريف الحالات بالنسبة للتسجيل والتبليغ وفئات المعالجة

4-6

تستخدم تعاريف الحالات لثلاثة أغراض هي تسجيل الحالات registration والتبليغ عنها notification (التقارير ربع السنوية «الفصلية») وتعيين فئات المعالجة.

تسجيل الحالات

- عند التشخيص، يتم تسجيل كل مريض بالسل في سجل المنطقة تحت إحدى الفئات الست التالية:
- حالة جديدة (إيجابية اللطاخة، وسلبية اللطاخة، وخارج الرئة)
 - حالة ناكسة
 - حالة فشل
 - حالة معالجة بعد الانقطاع (بعد التخلف عن المعالجة)
 - حالة محوثة (من وحدة تسجيل وإبلاغ أخرى)
 - حالة أخرى (الحالات المزمدة مثلاً).

التبليغ عن الحالات

- يقوم مسؤول السل بالمنطقة بتبليغ الحالات إلى منسق السل في المقاطعة أو الإقليم عن طريق تقارير ربع سنوية (فصلية) مستقاة من سجل السل بالمنطقة، عن الفئات التالية من المرضى :
- الحالات الجديدة (إيجابية اللطاخة، وسلبية اللطاخة، والحالات خارج الرئة)
 - الحالات الناكسة

فئات المعالجة

يتوقف النظام العلاجي المجدد لكل مريض، على فئة المعالجة (الأولى أو الثانية أو الثالثة أو الرابعة) حسب ما يعنيه تعريف الحالات.

الجزء الثاني

5-6 فئات المعالجة المعيارية Standardised treatment categories

يعتمد وضع فئات المعالجة المعيارية على تعريف الحالة، ويقع المريض المسلول في إحدى أربع فئات للعلاج، وضع الفئات مهم من أجل الأولوية، وتمنح أعلى أولوية للفئة الأولى من المرضى بينما تكون أدنى أولوية للفئة الرابعة ويظهر الجدول أدناه المرضى الذين ينتسبون لكل فئة :

فئة علاج السل	المرضى
الفئة الأولى	<ul style="list-style-type: none"> • سل رئوي جديد مع إيجابية اللطاخة. • مرضى بشكل سلبي شديد مشخص حديثاً ومنهكون.
الفئة الثانية	<ul style="list-style-type: none"> • ناكس . • فشل معالجة. • العودة بعد انقطاع المعالجة
الفئة الثالثة	<ul style="list-style-type: none"> • سل رئوي سلبي اللطاخة مع إصابة متنية محدودة. • سل خارج الرئة (أشكال أقل شدة)
الفئة الرابعة	<ul style="list-style-type: none"> • الحالات المزمنة

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Maher D, Chaulet P, Spinaci S, Harries A. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. Second edition. WHO/TB/97.220 Geneva : WHO, 1997.

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis Guide for Low Income Countries. Fourth edition. pmi Verlagsgruppe. Frankfurt, 1996.

Managing TB at District Level. A Training Course. WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1992. WHO/TB/96.211



المرحلة الثانية

7 معالجة السل TUBERCULOSIS TREATMENT

1-7 الالتزام الإداري لضمان إتمام المعالجة

إنَّ القدرة على ضمان إتمام المعالجة شرط أساسي في توطيد برنامج مكافحة الفعالة للسل في السجن. وفي تلك الدول التي تطبق برنامج وطني فعال لمكافحة السل، توجد علاقة متبادلة بين السجن والبرنامج الوطني لمكافحة السل وذلك ضروري لضمان متابعة السجناء المسلولين لعلاجهم بعد إطلاق سراحهم. وفي الدول التي لا تطبق برنامج وطني فعال لمكافحة السل، ولا يسجل في برنامج المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS في السجن سوى السجناء المسلولين الذين تتجاوز مدة أحكامهم مدة المعالجة السلية.

2-7 أنظمة المعالجة السلية المعيارية Standardised tuberculosis treatment regimens

إنَّ أهداف المعالجة المضادة للسل ما يلي : شفاء المريض وإبعاد احتمال الموت الناجم عن السل أو عن تأثيراته المتأخرة ومنع النكس وخفض انتقال السل للآخرين. وهناك كثير من الأنظمة العلاجية المضادة للسل الممكنة التطبيق. وعلى أية حال فإن منظمة الصحة العالمية WHO والاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة IUATLD يجبذان أنظمة علاجية معيارية مضادة للسل. ومن المهم متابعة هذه الأنظمة العلاجية المعيارية وجعلها متوافقة مع سياسة البرنامج الوطني لمكافحة السل NTP فإذا طبقت بدقة وبشكل مناسب فإن هذه الأنظمة تحقق كامل الأهداف المرجوة من المعالجة المضادة للسل المذكورة أعلاه. وهذه الأنظمة ميسورة التكلفة. وفي الحقيقة ميز البنك الدولي المعالجة الكيمائية القصيرة الأمد (SCC) كواحدة من أكثر المداخلات الصحية فعالية بالنسبة للتكلفة.

3-7 أنظمة المعالجة السلية Tuberculosis treatment regimens

للأنظمة العلاجية طوران : طور بدئي (شديد)، وطور الاستمرار.

1-3-7 حالات جديدة

طور بدئي (شهران)

أثناء الطور البدئي يحدث قتل سريع للعصيات السلية، ويصبح المرضى العدوانيون لا عدوانيين خلال أسبوعين تقريباً، وتحسن الأعراض وتنقلب اللطاخة البلغمية من إيجابية إلى سلبية خلال شهرين عند الغالبية العظمى من المرضى. إنَّ المعالجة تحت الإشراف المباشر ضرورية في الطور البدئي للتأكد من أن المريض قد تناول جميع جرعاته جرعة جرعة. وذلك يحمي من حدوث مقاومة الريفامبيسين. كما أن احتمال خطر مقاومة الدواء يكون أعلى أثناء المراحل الباكرة من المعالجة الدوائية المضادة للسل عندما يكون هناك الكثير من العصيات السلية.

طور الاستمرار (4 - 6 شهراً) Continuation phase (4-6 months)

في طور الاستمرار تكون الأدوية الضرورية قليلة ولكن تستمر المعالجة بها مدة أطول والأدوية هنا تزيل ما تبقى من العصيات السلية. وقتل العصيات الأكثر صموداً أمام المعالجة يمنع النكس بعد إتمام المعالجة. ولذلك تحبَّد دائماً المعالجة تحت الإشراف المباشر عندما يتلقى المريض الريفامبيسين في الطور المستمر. وإذا كانت الظروف المحلية لا تسمح بالمعالجة تحت الإشراف المباشر، فمن المفضل بعد ذلك الإشراف الوثيق قدر الإمكان. مثلاً مراقبة أسبوعية في الاستمرار

الجزء الثاني

في طور الاستمرار الذي لا يحتوي على الريفامبيسين. وخطورة مقاومة الدواء تكون أقل في طور الاستمرار عندما تكون العصيات السلية أقل.

2-3-7 حالات إعادة المعالجة Retreatment cases

ينتهي طور البدء هنا بعد ثلاثة أشهر، ويدوم طور الاستمرار خمسة أشهر. وتحبذ المعالجة تحت الإشراف المباشر في جميع أنظمة المعالجة.

4-7 الأدوية الأساسية المضادة للسل The essential anti-tuberculosis drugs

1-4-7 الأدوية والجرعات الموصى بها Drugs and recommended doses

الجدول 2: الأدوية الأساسية المضادة للسل والجرعات الموصى بها

الجرعة الموصى بها (مغ / كغ)		يوميًا	الأدوية الأساسية المضادة للسل (ومختصراتها)
ثلاث مرات / أسبوع	منقطع مرتان / أسبوع		
15	10	5	إيزونيازيد (H)
10	10	10	ريفامبيسين (R)
50	35	25	بيرازيناميد (Z)
15	15	15	ستربتوميسين (S)
(45)	(30)	15	إيثامبوتول (E)
		3	ثياسيتازون (T)
غير قابل للتطبيق			

ملاحظة: إن الأشكال الدوائية المتاحة من هذه الأدوية ومشاركاتها تختلف من دولة لأخرى، ومن المهم متابعة الأنظمة المحبذة المتماشية مع سياسة البرنامج الوطني لمكافحة السل.

الاستعمال المتقطع: Intermittent use

دواء الثياسيتازون (T) هو الدواء الوحيد المضاد للسل الذي لا يكون فعالاً عندما يعطى بشكل متقطع. (2-3 مرات في الأسبوع). ولم يبرهن على فعالية الإيثامبوتول عندما يعطى بشكل متقطع.

2-4-7 الرموز المعياري لأنظمة المعالجة السلية

Standard code for tuberculosis treatment regimens

هناك رموز معياري لأنظمة المعالجة السلية، فكل دواء مضاد للسل اختصار (ذكر أعلاه). ويتألف نظام المعالجة (التدبير) من طورين. ويدل الرقم الذي يسبق الطور على طول مدة ذلك الطور بالأشهر. وأما الرقم المنخفض (مثلاً: 3). بعد الحرف فهو يدل على عدد مرات إعطاء ذلك الدواء في الأسبوع. وإذا لم يوضع رقم منخفض بعد الحرف فيعني ذلك أن استعمال هذا الدواء يومي، وأما الدواء أو الأدوية البديلة فتظهر كحرف (أو أحرف) بين قوسين مغلقين (...).

مثال: EH 6/ZRHE2 تعبر هذه الصيغة أو الرموز عن نظام دوائي شائع.

يتمثل الطور البدئي بالرموز ZRHE2 ويعبر عن: مدة الطور شهرين 2، والمعالجة الدوائية يومية (لعدم وجود أي رقم منخفض وراء أي حرف (مثلاً 3)). والأدوية المستعملة في هذا الطور هي: إيثامبوتول (E)، الإيزونيازيد (H)، الريفامبيسين (R)، البيرازيناميد (Z).

البير الثاني

ويتمثل طور الاستمرار بالرموز: **EH6**. ويعبر عن مدة الطور 6 أشهر، والمعالجة بالأدوية يومية، وذلك بالإيزونيازيد (H) والإيتامبوتول (E). ويُطبَّق النظام $R_3H_4 / ZRHE_2$ في بعض الدول حيث الموارد متاحة لإيتاء الريفامبيسين في الطور المستمر كالطور البدئي.

وتعني الصيغة أن المعالجة تستمر بمجموع الطورين ستة أشهر، وتم كلها في السجن. والطور البدئي $ZRHE_2$ كنظام المعالجة السابق. وأما الطور المستمر R_3H_4 فيعني أن مدته أربعة أشهر بالإيزونيازيد والريفامبيسين ثلاث مرات بالأسبوع. (يدل على ذلك الرقم الصغير الموجود أسفل الحرف).

أنظمة المعالجة المُحبَّذة Recommended treatment regimens

5-7

هناك عدة أنظمة مختلفة ممكنة التطبيق، ويعتمد النظام المُحبَّذ على الفئة العلاجية للمريض. ويبين الجدول 3 الأنظمة البديلة ممكنة التطبيق لكل فئة علاجية، ومن المهم متابعة الأنظمة المحبذة بما يتوافق وينسجم مع سياسة البرنامج الوطني لمكافحة السل NTP.

الجدول 3 - الأنظمة العلاجية البديلة المحتملة لكل فئة علاجية

النظم العلاجية البديلة		مرضى السل	فئة المعالجة
طور الاستمرار	الطور الأول (يوميًا أو 3 مرات أسبوعياً)		
EH 6 RH 4 R_3H_4	(ZRHS) ZRHE 2 (ZRHS) ZRHE 2 (ZRHS) ZRHE 2	مرضى السل الرئوي الإيجابي الطائخة الجدد. مرضى السل الرئوي السلبي الطائخة الجدد المصحوب بإصابة متنية شاملة الحالات الجديدة ذات الأشكال الشديدة للسل خارج الرئوي	الأولى
$E_3R_3H_5$ ERH 5	EZRH 1/ EZRHS 2 EZRH 1/ EZRHS 2	مرضى إيجابيوطائخة البلغم حالات ناكسة حالات فشل حالات معالجة بعد الانقطاع	الثانية
EH 6 RH 4 R_3H_4	ZRH 2 ZRH 2 ZRH 2	مرضى السل الرئوي السلبي الطائخة الجدد (بخلاف حالات الفئة الأولى)؛ الأشكال الجديدة الأقل وخامة للسل خارج الرئوي.	الثالثة
نظم صعبة التطبيق (يُرجع إلى الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية بشأن استعمال أدوية الخط الثاني في المراكز التخصصية)		حالة مزمنة (ظلت إيجابية البلغم بعد إعادة المعالجة تحت الإشراف المباشر)	الرابعة

الجزء الثاني

ملحوظة هامة : تحبّد بعض السلطات مرحلة استمرار مدتها سبعة أشهر يستعمل فيها الإيزونيازيد والريفامبيسين (RH7) بالنسبة للفئة الأولى من مرضى التهاب السحايا السلبي، والسل الدخني، والسل النخاعي المصحوب بعلامات عصبية.

العدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV والسجناء المسلولون HIV infection and prisoners with tuberculosis

6-7

معالجة السجناء المُعدّون بفيروس العوز المناعي البشري HIV والسل

1-6-7

تطبق المعايير العلاجية المقررة لفئات المرضى المسلولين بصرف النظر عن حالة العدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV، وبشكل عام تطبق الأدوية المضادة للسل ذاتها عند السجناء المسلولين المنعدين بفيروس العوز المناعي البشري HIV أو غير المنعدين به، باستثناء استعمال دواء الثياسيتازون Thiacetazone. فالثياسيتازون يترافق باحتمال خطر عالٍ شديد، وأحياناً قاتل من التفاعلات الجلدية عند الأشخاص المنعدين بفيروس العوز المناعي البشري HIV. ولهذا فإن الذين يشك بعدوهم بفيروس عوز المناعة البشري HIV يطبق لهم الإيثامبوتول بدل الثياسيتازون. في الوقت الحاضر، لا تمتلك بعض الدول موارد لاستبدال الثياسيتازون بالإيثامبوتول. وتبقى المعالجة الفعالة المتاحة في الدول متضمنة الثياسيتازون، ولذلك ففي المناطق التي لا يمكن تجنب استعمال الثياسيتازون فيها من الضروري تحذير المرضى حول احتمال خطر حدوث التفاعلات الجلدية الشديدة. ويجب على الهيئة الصحية نصح المرضى بتوقيف الدواء (ثياسيتازون) فوراً، والإبلاغ عن ذلك فور ظهور الحكمة أو التفاعلات الجلدية. وليس من الممكن دائماً التأكد من التعقيم الكامل لإبرالمحاقن المستعملة لحقن الستربتوميسين، ولذلك يوجد احتمال خطر نقل فيروس عوز المناعة البشري HIV والعوامل المُمرضة pathogens الأخرى المنقولة بالدم بين المرضى. كما أن حقن الستربتوميسين مؤلمة جداً عند المسلولين المنهكين والمنعدين بفيروس عوز المناعة البشري HIV، ولذلك فإن الكثير من البرامج الوطنية لمكافحة السل NTP تحبّد استعمال الإيثامبوتول بدل الستربتوميسين.

معالجة السجناء المُعدّون بفيروس العوز المناعي البشري HIV والسل

2-6-7

تبلغ إماتة حالات المسلولين المنعدين بفيروس العوز المناعي البشري HIV بعد سنة من بدء المعالجة المضادة للسل حوالي 20%. وهذا معدل إماتة أكبر من معدل إماتة الحالات السلبية التي لا يوجد فيها عدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV. وإن زيادة الوفيات عند المسلولين مع عدوى فيروس العوز المناعي البشري أثناء وبعد المعالجة ترجع في جزء منها إلى السيل بذاته وفي جزء منها إلى المشاكل الأخرى المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري HIV. وإن إماتة الحالة عند مرضى السل المرتبط بفيروس العوز المناعي البشري TB/HIV إذا عولجوا بطريقة المعالجة القصيرة الأمد SCC أقل منها فيما لو عولجوا وفق النظام المعياري القديم (THS2 أو EH) ويرجع ذلك جزئياً إلى أن المعالجة القصيرة الأمد المضادة للسل SCC أكثر فعالية. ونظراً لما للريفامبيسين من فعالية مضادة للمكروبات واسعة الطيف كما أن له فعالية مضادة للسل، فقد ينقص ذلك من الوفيات الناجمة عن العدوى الجرثومية المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري HIV أثناء تطبيق المعالجة المضادة للسل.

هناك دراسات عديدة قيّمت الاستجابة السريرية والشعاعية والمكروبية للمعالجة القصيرة الأمد SCC عند المسلولين الإيجابيين لفيروس العوز المناعي البشري HIV والسليبيين له. وباستثناء المرضى الذين ماتوا، فإن معدل الاستجابة متماثل بين المسلولين السلبيين والإيجابيين لفيروس العوز المناعي البشري HIV. وإن معدل المعاوادة متشابه أيضاً بين المرضى الإيجابيين والسلبيين لفيروس العوز المناعي البشري HIV الذين تلقوا معالجة قصيرة الأمد كاملة SCC. وأما في حالة المعالجة وفق الأنظمة المعيارية القديمة فإن نسبة النكس عند المسلولين الإيجابيين لفيروس العوز المناعي البشري HIV أعلى منها عند المسلولين السلبيين.

الجزء الثاني

إجراء التوعية واختبار فيروس العوز المناعي البشري HIV للسجناء المسلولين
HIV counselling and testing of prisoners with tuberculosis

3-6-7

لقد أصبحت العلاقة بين فيروس العوز المناعي البشري HIV والسل معروفة بشكل متزايد لكثير من الناس، ولذلك يمكن للسجين المسلول أن يكون واعياً جداً لاحتمال عدواه بفيروس العوز المناعي البشري HIV. ومن المهم أن توفر التوعية والاختبار الطوعي لفيروس العوز المناعي البشري HIV. (إذا كان متاحاً) للسجناء المسلولين بهدف تحقيق المنافع المحتملة التالية:

- قد يرغب السجناء في معرفة حالتهم بالنسبة للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV.
- توفير التشخيص والتدابير الفضلى للأمراض الأخرى المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري HIV.
- تجنب الأدوية التي تتراعى باحتمال خطر عالٍ من التأثيرات الجانبية.
- تجنب الفعاليات ذات الاختطار العالي في نقل فيروس العوز المناعي البشري HIV.

إن التوعية السرية الخاصة قبل وبعد اختبار أعداد فيروس العوز المناعي البشري HIV أساسية وضرورية. ويجب أن يفهم المريض مضمون الاختبار وتطبيقاته، ويعطي موافقة مستنيرة واضحة بعد اطلاع وعلم. وأن يقدم القائم بالتوعية دعمه للمريض. وما التوعية إلا حوار بين القائم بالتوعية والشخص الذي يتلقى التوعية. إن برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز (UNAIDS) HIV/AIDS يعارض إجراء اختبار فيروس العوز المناعي البشري HIV الإلزامي. وإن سياسة الزام السجناء المسلولين باختبار فيروس العوز المناعي البشري HIV سيؤدي إلى عكس الفائدة المرجوة منه. فهذه السياسة ستمنع السجناء من البحث عن الرعاية، وتنقص من كشف الحالات المصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV كما تنقص من مصداقية الخدمات الصحية للسجن.

الأسلوب المرتكز على الأعراض لكشف وتدبير التأثيرات الضائرة للأدوية المضادة للسل يكمل معظم المرضى معالجتهم دون ظهور أي تأثيرات ضائرة للأدوية adverse effects، وعلى أية حال، فهناك قلة من المرضى تظهر عليهم هذه التأثيرات ولذلك كان من المهم تطبيق الرصد السريري لجميع المسلولين إذ من المحتمل حدوث هذه التأثيرات الضائرة أثناء المعالجة. وأما المراقبة المختبرية الروتينية فليست ضرورية.

7-7

ويمكن لهيئة الصحة للسجن مراقبة التأثيرات الضائرة للأدوية وفق الطريقتين التاليتين: الأولى: يمكنهم تعليم المرضى كيف يميزون أعراض التأثيرات الضائرة الشائعة، والإبلاغ عن مثل هذه الأعراض إن ظهرت. الثانية: يمكنهم السؤال بشكل محدد عن هذه الأعراض عندما يسجل المرضى أنفسهم لاستلام أدويتهم. ويظهر الجدول 4 أسلوب كشف التأثيرات الضائرة بالاعتماد على أعراض هذه التأثيرات. تصنف التأثيرات الضائرة بصنفين: صغيرة minor وكبيرة major. وبشكل عام يجب على المريض الذي تظهر لديه التأثيرات الصغيرة أن يستمر بالمعالجة المضادة للسل، وبالجرعة الاعتيادية ذاتها عادة، وأحياناً بجرعة منخفضة. ويتلقى المريض كذلك معالجة مخففة للأعراض. وأما المريض الذي يعاني من تأثيرات جانبية كبيرة فيجب توقيف معالجته أو وقف الدواء المسبب. وتعتمد التدابير الإضافية على طبيعة التفاعل الضائر المبين في الجدول. ويجب أن يتم التدبير العلاجي لمرضى التفاعلات الضائرة الكبيرة في المستشفى.

الجزء الثاني

الجدول 4 : الأسلوب المرتكز على الأعراض لتدبير التأثيرات الضائرة للأدوية المضادة للسسل

المعالجة	الدواء (الأدوية) المحتمل أن يكون السبب	الآثار الضائرة
<p>الصغيرة:</p> <p>مواصلة المعالجة بالأدوية المضادة للسسل) ومراجعة جرعات الدواء</p> <p>تناول الدواء ليلاً قبل النوم الأسبرين</p> <p>البيريديوكسين، 100 مغ يومياً. طمأنة المريض.</p>	<p>الريفامبيسين البيرازيناميد</p> <p>الإيزونيازيد</p> <p>الريفامبيسين</p>	<p>القهم، الغثيان، ألم البطن ألم المفاصل</p> <p>الإحساس بحرقه في القدمين البول البرتقالي أو الأحمر</p>
<p>الكبيرة :</p> <p>وقف الدواء (الأدوية) المسبب</p> <p>وقف استعمال الأدوية المضادة للسسل (انظر أدناه)</p> <p>وقف استعمال الستربتوميسين والاستعاضة عنه بالإيثامبوتول</p> <p>وقف استعمال الستربتوميسين والاستعاضة عنه بالإيثامبوتول</p> <p>وقف استعمال الأدوية المضادة للسسل - (انظر أدناه)</p> <p>وقف استعمال الأدوية المضادة للسسل - إجراء اختبارات عاجلة لوظيفة الكبد وزمن البروترومبين</p> <p>وقف استعمال الإيثامبوتول</p> <p>وقف استعمال الريفامبيسين</p>	<p>الثيوأسيتازون (الستربتوميسين)</p> <p>الستربتوميسين</p> <p>الستربتوميسين</p> <p>معظم الأدوية المضادة للسسل (الاسيما الإيزونيازيد والبيرازيناميد والريفامبيسين)</p> <p>معظم الأدوية المضادة للسسل</p> <p>الإيثامبوتول</p> <p>الريفامبيسين</p>	<p>الحكة الجلدية، الطفح الجلدي</p> <p>الضمم</p> <p>الدوخة (الدوار والرأفة)</p> <p>اليرقان (مع استبعاد الأسباب الأخرى)</p> <p>القيء والتخليط (الاشتباه في فشل كلوي حاد محدث بالدواء)</p> <p>ضعف الإبصار (مع استبعاد الأسباب الأخرى)</p> <p>الصدمة، الغرغرية، الفشل الكلوي الحاد</p>

الالتزام بالمعالجة Adherence to treatment

8 - 7

إن علاقة الاطمئنان والموثوقية المتبادلة بين السجين المسلول والهيئة الصحية للسجن تحت على امتثال السجين لتطبيق النظام الدوائي. ومن الأمور الهامة بالنسبة لهيئة السجن أن تكون كَيْسَة لطيفة تراعي مشاعر السجناء المسلولين وتلبي احتياجاتهم عند كل تماس معهم. والالتزام المريض للمعالجة يتطلب تفهمه لمرضه وما يتطلبه بالضرورة نجاح المعالجة والشفاء. وتبدأ المعالجة وقت تسجيل المريض، ومن المهم هنا إيلاء وقت كافٍ للقاء المريض، فهذه فرصة مهمة لنصحته وتقديم التوعية المناسبة له وثقيفه. ومن المهم أيضاً تعريف المريض بالمشاكل الكامنة التي قد يواجهها أثناء الطور الأول من المعالجة. وأما اللقاء التالي مع المريض فيكون في نهاية الطور الأول من المعالجة ويسمح بشرح ضرورة التقدم في المعالجة والحاجة إليها في طور الاستمرار.

الجزء الثاني

إنّ كثيراً من المسلولين الذين يتلقون العلاج لتناوله ذاتياً لا يمتثلون للمعالجة به. ومن حيث أنه من غير الممكن التنبؤ بمن سيمتثل أو لا يمتثل للمعالجة فإنّ الإشراف المباشر على تطبيق المعالجة ضروري للتأكد من الامتثال لها. ويعني الإشراف المباشر أن المشرف أو المراقب يجب أن يشاهد المريض وهو يتتلع الأقراص. وهذا يؤكد أن المسلول يأخذ الدواء الصحيح بالجرعة الصحيحة والفترات الصحيحة. والسجين المصاب الذي يتغيّب مرة واحدة عن حضور المعالجة تحت الإشراف يجب إحضاره وحثه على متابعة المعالجة. فيجب مثالياً على السجّاء المسلولين تلقي كامل معالجتهم (في الطور البدئي وطور الاستمرار) تحت الإشراف المباشر. فالمعالجة الذاتية تؤدي إلى احتمال خطر بيع الدواء في السوق السوداء.

يمكن أن يكون السجّن البيئة المثالية لضمان تطبيق المعالجة تحت الإشراف المباشر، أما عملياً فيمكن أن يقوم السجّاء المسلولون بحيل مختلفة لتجنب ابتلاع أقراصهم. ويمكن أن يقوموا بذلك بملء إرادتهم وتديبرهم أو تحت تهديد سجّاء آخرين أعلى مرتبة منهم في البنية الهرمية غير الرسمية للسجّن، وبذلك يُهَرَّبون الأقراص إلى ززاناتهم التي تكون منطلقاً لإدخالها إلى السوق السوداء في السجّن. ولذلك قد تقع هيئة السجّن تحت الضغط للنظر بطريقة أخرى، وتحتاج سلطة إدارة السجّن والهيئة الصحية لوعي المشكلة والتنبه لها وتحقيق الإشراف المباشر والمحافظة عليه بدقة.

يعني الإشراف المباشر التأكيد من امتثال السجين المسلول لتطبيق المعالجة بالتشجيع على ذلك وليس من خلال الإجبار الذي لا مكان له في معالجة السجّاء المسلولين.

المقاومة الدوائية Drug resistance

9-7

كثيراً ما يكون سوء الإعلام والمعالجة الناقصة سبباً مستمراً في ظهور السّل المقاوم للأدوية، مما يمثل تهديداً لكامل المجتمع. ومن المهم بشكل أساسي أن نمنع حدوث مقاومة تجاه الريفامبيسين، ذلك الدواء المضاد للسّل الأكثر فعالية. ومن غير المحتمل إيجاد دواء جديد متاح بشكل واسع على مدى المستقبل القريب. فإذا أصبحت المقاومة تجاه الريفامبيسين واسعة الانتشار فإنّ السّل سيصبح صعب المعالجة حقاً. وأفضل طريقة لمنع حدوث المقاومة للريفامبيسين في السجّن تكمن في التطبيق الفعال لمكافحة السّل، ويشمل ذلك ضمان المعالجة تحت الإشراف المباشر. ويجب استعمال أقراص التوليفة الدوائية الثابتة الجرعة fixed-dose combination tablets كلما كان ذلك متاحاً، إذ تساعد على تجنب خطر استعمال الريفامبيسين وحده.

وتعرّف المقاومة لأدوية متعددة بأنها المقاومة تجاه الإيزونيازيد والريفامبيسين على الأقل، وهما الدواءان الأكثر فعالية من بين الأدوية المضادة للسّل. وتأتي هذه المقاومة لأدوية متعددة نتيجة فشل في توفير المعالجة المناسبة المضادة للسّل وتمثل فشلاً لمكافحة السّل. وفي كثير من الدول ذات معدل الانتشار العالي للسّل تكون أدوية الخط الثاني غير متاحة وغالية الثمن بما يكفي لتعذر الحصول عليها. ومثالها: الإيثيوناميد ethionamide والسيكلوسيرين cycloserin والكاناميسين Kanamycine والكابريومييسين capreomycine. ولذا فكثيراً ما تكون مقاومة الأدوية المتعددة غير قابلة للعلاج. ولذلك ولمواجهة مقاومة السّل لأدوية متعددة تولى الأولوية لتكريس الوقت والجهد والموارد لتحسين مكافحة السّل. وفي بعض الدول يوجد مركز متخصص أو مركزين يمكن أن تتوفر فيهما الخبرات التخصصية وأدوية الخط الثاني لمعالجة مرضى السّل الذين يعانون من المقاومة لأدوية متعددة.

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Maher D, Chaulet P, Spinaci S, Harries A. Treatment of tuberculosis : guidelines for national programmes. Second edition. WHO/TB/97.220. Geneva : WHO, 1997.

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis Guide for Low Income Countries. Fourth edition. pmi Verlagsgruppe. Frankfurt, 1996.

Managing TB at District Level. A training Course. WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1992. WHO/TB/96.211

Harries AD, Maher D. TB/HIV: A Clinical Manual. WHO/TB/96.200 Geneva, 1996.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Prisons and AIDS. UNAIDS technical update. UNAIDS best practice collection. April 1997, Geneva, Switzerland.

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Treatment regimens in HIV-infected tuberculosis patients. An official statement of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease Int J Tuberc Lung Dis 1998; 2 (2) : 175 - 178.

Crofton J, Chaulet P, Maher D. Guidelines for the management of drug-resistant tuberculosis. WHO/TB/96.210 (Rev.1) Geneva : WHO, 1997.

Reyes H, Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. Br Med J 1997; 315: 1447-1450.

Coninx R, Pfyffer GE, Mathieu C, et al. Drug resistant tuberculosis in prisons in Azerbaijan: case study. Br Med J 1998; 316: 1493-1495.

رصد استجابة المرضى للمعالجة

MONITORING OF PATIENTS' RESPONSE TO TREATMENT

رصد الاستجابة للمعالجة Monitoring the response to treatment

1- 8

من الضروري رصد استجابة مرضى السل للمعالجة فردياً وجماعياً والمراقبة الفردية للمرضى ذوي اللطاخة البلغمية الإيجابية بواسطة الفحص المجهرى للطاخة البلغمية تسمح بتوثيق التطور نحو الشفاء. وأما إجراء رصد بواسطة الصورة الشعاعية للصدر فليس ضرورياً وفيه هدر للموارد. وأما رصد نتائج معالجة مرضى السل جماعياً بالتحليل الأترابي فإنه يسمح بتوثيق إنجاز برنامج مكافحة السل. وبالنسبة لمرضى السل الرئوي السلبي اللطاخة البلغمية، والسل خارج الرئة فإن الرصد السريري هو الطريقة الاعتيادية لتقييم الاستجابة للمعالجة.

رصد الاستجابة الفردية للمرضى Monitoring the response of individual patients

2- 8

مرضى السل الرئوي الجدد الإيجابيى اللطاخة البلغمية (الفئة الأولى)

1:2-8

يُظهر الجدول 5 متى يجري فحص اللطاخة البلغمية حسب أنظمة المعالجة من ذات الستة أشهر أو الثمانية أشهر. وبشكل عام تجمع عينتان من البلغم لفحص لطاخته في كل عملية اختبار متباعدة للبلغم، وتشير سلبية اللطاخة حسب الأزمنة المبينة في الجدول إلى جودة تقدم المعالجة، مما يشجع المريض والعاملين الصحيين المسؤولين عن مراقبة المعالجة.

الأنظمة العلاجية		فحص اللطاخة البلغمية
أنظمة الثمانية أشهر	أنظمة الستة أشهر	
في نهاية الشهر الثاني في نهاية الشهر الخامس في نهاية الشهر الثامن	في نهاية الشهر الثاني في نهاية الشهر الرابع في نهاية الشهر السادس	في نهاية الطور البدئي طور الاستمرار في نهاية المعالجة

إذا كانت اللطاخة البلغمية إيجابية في نهاية الشهر الثاني يجب تمديد الطور البدئي شهراً ثالثاً. ثم يبدأ المريض بطور الاستمرار، فإذا بقيت اللطاخة إيجابية في نهاية الشهر الرابع / الخامس، فإن ذلك يدل على فشل المعالجة ووجوب بدء دورة جديدة كاملة من نظام معالجة مرضى الفئة الثانية.

مرضى السل الرئوي الإيجابيى اللطاخة البلغمية المعالجين سابقاً (الفئة الثانية)

2-2-8

يجرى فحص اللطاخة البلغمية في نهاية الطور البدئي من المعالجة (في نهاية الشهر الثالث) وأثناء طور الاستمرار من المعالجة (في نهاية الشهر الخامس) وفي نهاية المعالجة (في نهاية الشهر الثامن). وإذا بقيت لطاخة المريض إيجابية في نهاية الشهر الثالث فإن الطور البدئي من المعالجة يمدد شهراً آخر بأربعة أدوية ويعاد فحص اللطاخة في نهاية الشهر الرابع.

الجزء الثاني

فإذا بقيت اللطاخة إيجابية في نهاية الشهر الرابع فيجب إرسال البلغم إلى المختبر لإجراء الزرع والتحسس كلما كان ذلك ممكناً. وعندئذ يبدأ المريض بطور الاستمرار. وفي بعض الحالات يبدي الزرع والتحسس نتائج تالية تشير إلى المقاومة الدوائية تجاه اثنين أو أكثر من الأدوية الثلاثة التي تستعمل في طور الاستمرار. ومن المنصوح به تحويل هذه الحالات، كلما كان ذلك ممكناً، إلى مركز متخصص لإمكان تطبيق أدوية الخط الثاني المضادة للسسل. وإذا لم تكن هناك مرافق تتيح إمكانية اختبار الزرع والتحسس يستمر المريض بالمعالجة الصحيحة حتى نهاية نظام إعادة المعالجة.

مرضى يجدد للسسل الرئوي من ذوي اللطاخة السلبية (الفئة الثالثة عادة)

3-2-8

من المهم إجراء اختبار اللطاخة في نهاية الشهر الثاني، واللطاخة الإيجابية تضع الاحتمالات التالية: خطأ عند وضع التشخيص البدئي (أي أن اللطاخة حينها شخضت بأنها كانت إيجابية أصلاً)، عدم الالتزام بالمعالجة. وأحياناً يشخص المريض بدئياً على أنه سلبي اللطاخة ويعالج كمريض من الفئة الثالثة ثم تظهر لديه إيجابية اللطاخة في نهاية الشهر الثاني. وفي هذه الحالة من الضروري إعادة تسجيل المريض (الذي عولج سابقاً) كمريض إيجابي اللطاخة والبدء معه بدورة كاملة من المعالجة كمريض من الفئة الثانية.

تسجيل نتائج معالجة معيارية

3-8

في نهاية دورة معالجة كل مريض من مرضى السسل الرئوي الإيجابي اللطاخة يقوم مُتَسَّق سجلات السسل في السجن بتدوين نتائج المعالجة في سجل سل السجن. ويظهر الجدول 6 التعاريف المعيارية لنتائج المعالجة. وفي حالة مرضى السسل الرئوي السلبي اللطاخة والسسل خارج الرئة لا يمكن تقييم حالتهم الشفاء وفشل المعالجة عندهم لأن مؤشرات هذه المعالجة تعتمد على فحص اللطاخة البلغمية. وعلى أية حال يجب تسجيل مؤشرات النتائج كإتمام المعالجة، والوفاء، وانقطاع المعالجة default والإحالة إلى سجلات أخرى أو مكان آخر، وذلك في سجلات السسل بالسجن.

الجدول 6 - تسجيل نتائج معالجة مرضى السسل الرئوي بلطاخة إيجابية

الشفاء	المرضى الذين تكون لطاقتهم سلبية عند إتمام المعالجة أو قبل شهر منها أو على الأقل في المرة السابقة من الفحص قبل تمام المعالجة.
استكمال المعالجة	المرضى الذين أتموا معالجتهم ولم تتوفر نتيجة لطاقتهم قبل فرصتي فحص من تمام المعالجة.
فشل المعالجة	المرضى الذين يبقون إيجابيين اللطاخة أثناء المعالجة أو يصبحون إيجابيين مرة أخرى خلال خمسة أشهر أو بعد ذلك.
الوفاة	المرضى الذين يتوفون لأي سبب أثناء دورة المعالجة.
انقطاع المعالجة Default	المرضى الذين لم تنتظم معالجتهم مدة شهرين أو أكثر.
الإحالة للخارج	المرضى الذين يحالون إلى وحدة سجلات أخرى، والذين لم تعرف نتائج معالجتهم.

الجزء الثاني

4-8 تحليل أترابي لنتائج معالجة مرضى السل الرئوي الإيجابي اللطاخة

يجب على منسق مكافحة السل في السجن إنجاز تحليل أترابي لنتائج المعالجة كل ربع سنة (بفترات كل ثلاثة أشهر) وفي نهاية كل عام. ويشتمل الأتراب المصابون بالسل على جميع مرضى السل الرئوي الإيجابي اللطاخة المسجلين في فترة زمنية معينة، ربع سنوية عادة (أي من كانون الثاني / يناير إلى 31 آذار / مارس - ومن 1 نيسان / أبريل إلى 30 أيلول / سبتمبر - ومن 1 تشرين الأول / أكتوبر إلى 31 كانون الأول / ديسمبر). وأما المرضى الجدد والذين عولجوا سابقاً فيشكلون أتراباً معزولين ويحدث تقييم نتائج نهاية المعالجة (6 أو 8 أشهر) بعد أن يستكمل جميع الأتراب دورات معالجتهم بحوالي ثلاثة أشهر.

يرسل منسق مكافحة السل في السجن تقاريره الربعية حول نتائج المعالجة إلى البرنامج الوطني لمكافحة السل NTP ويتحقق البرنامج الوطني لمكافحة السل NTP من صحة السجلات وتامامها وحسن تناسقها. ويقوم بتصنيف تقارير التحليل الأترابي لجميع المرضى الإيجابي اللطاخة على المستوى الوطني. وإن هذا التحليل الأترابي هو مفتاح وسائل التدبير المستخدمة لتقدير فعالية إبتاء برنامج مكافحة السل. إنه يسمح بتحديد المشاكل ولذلك يمكن لأولئك الذين يهتمون بمكافحة السل أن يقوموا بعمل مناسب للتغلب على هذه المشكلات وتحسين إنجاز البرنامج.

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Maher D, Chaulet P, Spinaci S, Harries A. Treatment of tuberculosis : guidelines for national programmes. Second edition. WHO/TB/97.220. Geneva : WHO, 1997.

International Union Against tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis Guide for Low Income Countries. Fourth edition. pmi Verlagsgrupper. Frankfurt, 1996.

Managing TB at District Level. A training Course. WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1992. WHO/TB/96. 211

Managing TB National Level. A Training Course. WHO Global Programme, Geneva, 1996 - WHO/TB/96.203



الإمداد بالأدوية المضادة للسل والمواد التشخيصية

9

SUPPLY OF ANTI-TUBERCULOSIS DRUGS AND DIAGNOSTIC MATERIALS

التنسيق مع البرنامج الوطني لمكافحة السل Coordination with national tuberculosis programme

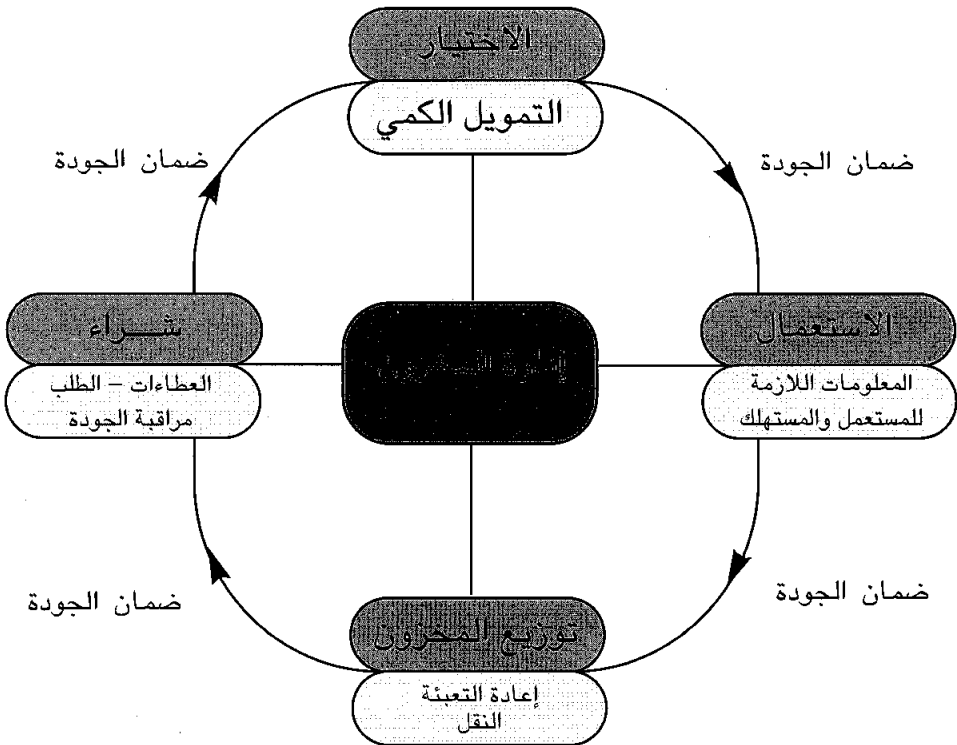
1-9

مثالياً، يجب أن يكون برنامج مكافحة السل في السجن جزءاً متمماً للبرنامج الوطني الفعال لمكافحة السل. وفي هذه الحالة يتم الإمداد بالأدوية المضادة للسل والمواد التشخيصية من خلال نظام الإمداد الخاص بالبرنامج الوطني لمكافحة السل NTP. والدولة التي ليس لديها برنامج وطني فعال لمكافحة السل NTP يمكنها أن تبدأ بتطبيق مكافحة السل في السجن. والمحذ أن يتم تسجيل المصابين من السجناء وفق برنامج المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS لأولئك الذين تتجاوز مدة أحكامهم مدة معالجة السل وبدون البرنامج الوطني الفعال لمكافحة السل NTP، فإن برنامج مكافحة السل في السجن يجب أن يتولى مسؤولية الإمداد المنتظم للأدوية المضادة للسل والمواد التشخيصية.

الإمداد بالأدوية المضادة للسل Supply of anti-tuberculosis drugs

2-9

سواء تم الإمداد بالأدوية المضادة للسل عن طريق البرنامج الوطني لمكافحة السل NTP أو برنامج مكافحة السل في السجن فمن الضروري متابعة كل خطوة من دورة الدواء اللوجستية (الإمدادية) للتأكد من الإمداد المنتظم. ويبيد الشكل التالي الدورة اللوجستية الإمدادية للدواء.



الجزء الثاني

تحديد كميات كل دواء Determining the quantities of each drug

3-9

يعتمد إحصاء هذه الكميات على عدد الحالات في الفئات العلاجية المختلفة المبلغ عنها (المسجلة) في السنة السابقة، وأنظمة المعالجة المعيارية المستعملة، والموجود من الأدوية مخزوناً. ولذلك فمن الضروري التخطيط للاحتفاظ بمخزون في السحن يكفي مدة ثلاثة أشهر. وتقدم الكراسات التدريبية التي أعدتها منظمة الصحة العالمية حول التدبير العلاجي للسلل الطرق العملية لتحديد كمية الاحتياجات الدوائية .

توزيع واختزان الأدوية المضادة للسلل
Distributing and storing anti-tuberculosis

4-9

لتجنب العجز، يجب توزيع الأدوية على السحن في كل ربع سنوي (ثلاثة أشهر) وليس مرة واحدة في السنة . ويتضمن تخزين الأدوية المضادة للسلل ما يلي : تأمين ظروف تخزين مناسبة (حرارة ورطوبة)، اتخاذ التدابير داخل المخازن (المكان المناسب للمخزون، ضبط انقضاء التاريخ ، تنفيذ قاعدة البدء بصرف الأدوية التي تدخل أولاً FEFO، تخزين احتياطي من الأدوية) ويجب تنفيذ جملة الحسابات الدوائية في مكان تخزينها أو المعالجة بها.

الإمداد بالمواد التشخيصية Supply of diagnostic materials

5-9

إن مبادئ دورة الإمداد الدوائي بالكميات المقررة وتوزيعها وتخزينها تطبق بذاتها أيضاً على الإمداد بالمواد التشخيصية.

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Managing tuberculosis at district level. A training course.
WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1992, WHO/TB/96.211.

Managing tuberculosis at national level. A training course.
WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1996. WHO/TB/96.203.

WHO. 1995. *Essential drugs. WHO Model List: revised in December 1995.*
WHO Drug Information, Vol. 9, No. 4, 223-234.

WHO, 1995. *WHO Technical Report Series, No. 850, 1995. The use of essential drugs*
Sixth report of the WHO Expert committee.

WHO, 1988. *Guidelines for developing national drug policies.*
(New edition in preparation). Geneva, Switzerland.

WHO, 1995. *Report of the WHO expert committee on national drug policies.*
Contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies.
Geneva, Switzerland.

10 الوقاية من السل PREVENTION OF TUBERCULOSIS

1-10 إجراءات عامة للوقاية من السل

General measures for prevention of tuberculosis

هناك إجراءات نوعية وعامة قد تقي الموجودين في السجن من التعرض للإصابة بالسل وإنقاص اختطار تطور العدوى بالمتفطرة السلية إلى داء السل. وهناك إجراءات عامان ومهمان جداً للوقاية من السل في السجن وهما تحسين ظروف السجن (خصوصاً التقليل من فرط الازدحام، وكذلك تحسين التغذية والتصحح hygiene) والتأكيد على سهولة الحصول على الخدمات الصحية المحسنة للسجن.

2-10 حماية الناس في السجن من التعرض للإصابة بالسل

Protection of people in prisons against exposure to tuberculosis

إن انتشار السل في السجون مرتفع، والإيواء في السجن مزدحم والتهوية سيئة. ولذلك فإن الناس في السجن (سجناء وهيئة السجن) يواجهون التعرض للإصابة بالسل يومياً. وهناك إجراءات نوعية يمكن أن تحمي هؤلاء الناس الموجودين في السجن من التعرض للسل.

1-2-10 كشف الحالات وشفاءها Case detection and cure

إن الكشف الفوري وشفاء الحالات التي أصيبت يقطع سلسلة الانتقال. ولذلك فإن كشف المرض ومعالجته فوراً عند المرضى المصابين بالسل الرئوي مع إيجابية اللطاخة البلغمية يساعد على إنقاص التعرض للسل. ولذلك فإن برنامج مكافحة السل الفعال في السجن حاسم في الوقاية من الإصابة بالسل في السجن. وسيكون من المثير لهيئة السجن الحث على الكشف الفعال للحالات وعلاجها، وبالتالي إنقاص اختطار التعرض. وبالاعتماد على الموارد المتاحة فإن التحري الشامل screening عن المرض لدى السجناء عند دخولهم السجن قد يلعب دوراً هاماً في كشف الحالات باكراً.

2-2-10 المكافحة البيئية Environmental control

تساعد التهوية الجيدة على إنقاص انتقال السل داخل المبنى indoors، والشمس مصدر للأشعة فوق البنفسجية ولذلك يمكنها قتل العصية السلية. فمن المثالي أن تحتوي أجنحة مستشفى السجن على نوافذ كبيرة. وهناك إجراء بسيط يمكن تطبيقه على أجنحة مستشفى السجن ومقر عيادات المرضى الخارجيين وغرف جمع البلغم والمختبرات الميكروبيولوجية وهو المحافظة على الأبواب مغلقة والنوافذ مفتوحة. (عندما يسمح الجو بذلك). وإذا سمحت الموارد فيجب على السلطات إدخال مراوح نافثة تدفع الهواء الملوث نحو الخارج.

3-2-10 أقنعة الوجه Face-masks

إن الأقنعة التجزيئية الهوائية ذات الكفاءة العالية (HEPA) high efficiency particulate air masks تحقق حماية ضد السل بتصفية نوى القطرات ذات القطر 1 - 5 ميكرومتر. تحقق حماية للعاملين بالرعاية الصحية ممن هم بتماس حميم مع المسلولين. وهذا مهم خاصة عندما يراقب العاملون الصحيون إجراءات استخراج البلغم، كما في التنظير القصبي أو استخراج البلغم باستخدام محلول ملحي مفرط التوتر على شكل إرذاذ. وعلى أية حال فإن ارتفاع سعرها يحد من استعمالها في الدول ذات معدل الانتشار العالي للسل.

الجزء الثاني

يمنع قناع الوجه الجراحي المعياري انتشار القطرات المزفورة. وهذا ما ينقص احتمال خطر انتقال العدوى للناس الآخرين ممن يلبسون القناع. ولذلك فإن المشتبه بإصابته بالسل أو مريض السل عليه أن يلبس القناع - إذا كان ذلك ممكناً - عندما ينتقل من قسم في مستشفى السجن إلى قسم آخر. ويلبس بعض العاملين الصحيين القناع الجراحي المعياري للحماية ضد السل مثلاً عندما يعملون في مستشفى السجن. وفي الحقيقة فإن ذلك يحقق حماية قليلة ضد استنشاق القطرات الهوائية بالنسبة للناس الآخرين.

تثقيف المريض Patient education

4-2-10

يجب على الهيئة الصحية للسجن تعليم المسوليين والمشتبه بإصابتهم بالسل الإجراءات البسيطة لإنقاذ انتقال السل. ويشمل ذلك تغطية الفم باليد عند السعال، واستخدام أوعية ذات أغطية لجمع البلغم. وإن النشرات التثقيفية المطبوعة ذات فائدة إضافية تزيد على ما للنصائح الشفوية. ويجب أن يطلب من المرضى المسوليين أو المشتبه بإصابتهم تدوير وجوههم نحو الجهة الأخرى عكس مكان الطبيب وذلك لتجنب سعال المريض في جهة الطبيب.

عزل المسوليين والمشتبهين من المرضى عن باقي السجناء

5-2-10

Separation of tuberculosis suspects and patients from other prisoners

في معظم الحالات يتقدم المشتبه بإصابتهم بالسل إلى الخدمات الصحية على أنهم مرضى خارجيين يجب تشخيصهم ونحري السل عندهم. وإذا كان إدخالهم المستشفى ضرورياً يقبل المشتبهون بإصابتهم بالسل الرئوي في جناح مستشفى السجن، ويجب وضعهم في جناح معزول عن باقي المرضى، فإذا لم تتوفر تسهيلات عزلهم فيجب وضعهم في قسم من جناح المستشفى ولكن بعيداً عن باقي المرضى. ولا تزال بعض السجون لا تقدم أي معالجة مضادة للسل، وفي هذه الحالة تكون التوصية بالمحافظة على المشتبهين بالسل بعيداً عن باقي السجناء.

وفي كثير من السجون يقضي مرضى السل الرئوي على الأقل جزءاً من طور المعالجة المركزة بمضادات السل (أو جميع الطور) في المستشفى. وعزل هؤلاء المرضى في أجنحة السل يساعد على إنقاذ احتمال خطر تعرض المرضى الآخرين للسل. ومن المهم قبول السجناء في جناح السل فقط بعد تشخيص هذا المرض عنده. وبخلاف ذلك فإن قبول المشتبهين بالسل في جناح السل يعرض غير المسوليين حقاً لعدوى السل.

يعاني بعض السجناء من السل المقاوم للأدوية، وقد يكون ذلك مثبتاً إما بالزرع وإجراء اختبار التحسس للدواء أو بالشك، كفقدان الاستجابة لنظام المعالجة تحت الإشراف الكامل. وينصح بعزل هؤلاء السجناء - كلما كان ذلك ممكناً - لإنقاذ احتمال خطر انتقال السل المقاوم للأدوية. وتوجد مراكز متخصصة في بعض الدول لعلاج السل المقاوم للأدوية المتعددة. وينصح بتحويل المصابين بالسل المقاوم للأدوية المتعددة إلى مثل هذه المراكز كلما كان ذلك ممكناً. وإن الأشخاص المنعدين بفيروس العوز المناعي البشري HIV حساسون بشكل خاص للعدوى بالمتفطرة السلية وحدث الداء السلي.

إن سياسة برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز UNAIDS في مواجهة عزل السجناء تقوم على أساس حالتهم بالنسبة لإصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري HIV وإن السجناء الإيجابي فيروس العوز المناعي البشري HIV يقعون تحت احتمال خطر مرتفع لتطور السل عندهم. ولذلك ينصح بعزل السجناء الذين عرفوا بإصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري HIV عن المرضى المشتبهين بالسل الرئوي والمصابين به.

الجزء الثاني

10-3: انقاص احتمال خطر تفاقم العدوى بالمتفطرة السلية إلى الداء السلي

Decreasing the risk of M. tuberculosis infection to disease

هناك إجراءان نوعيان رئيسان يمكنهما إنقاص احتمال خطر تفاقم العدوى بالمتفطرة السلية إلى الداء في بعض الزمر وهما: المعالجة الوقائية و التلقيح بلقاح البي سي جي (عصية كالميت غيران Bacille Calmette Guerin).

10-3-1: المعالجة الوقائية Preventive treatment

إن هدف المعالجة الوقائية هو منع تفاقم العدوى بالمتفطرة السلية إلى الداء. وإن إعطاء الإيزونيازيد (300 ملغ يومياً للبالغين) مدة ستة أشهر يعتبر فعالاً كمعالجة وقائية. وعلى أية حال لا تعتبر المعالجة الوقائية لجميع السجناء المنعدين بالمتفطرة السلية استراتيجية منسوح بها لمكافحة السل. وليس معقولاً أن نحاول تحديد جميع السجناء المنعدين بالمتفطرة السلية، ولكن على أية حال يمكن تحديد زمر خاصة ذات احتمال خطر مرتفع لتطور العدوى بالمتفطرة السلية إلى داء سلي.

يوجد ثلاث زمر مستهدفة للمعالجة الوقائية في السجن: أ) سجناء منعدون بفيروس العوز المناعي البشري (HIV). ب) سجناء متماسون مع مرضى سل رئوي إيجابي اللطاخة البلغمية. ج) رضع الأمهات المصابات بالسل الرئوي - في سجن النساء - . وتبقى أولوية مكافحة السل في السجون منصبة على كشف الحالات العدوائية ومعالجتها. وعلى أية حال وحيث تسمح الموارد يجب على السلطات الأخذ بالمعالجة الوقائية في هذه الزمر ذات احتمال الخطر المرتفع.

لقد أظهرت الدراسات السريرية المضبوطة بالشواهد بأن المعالجة الوقائية بالإيزونيازيد تنقص احتمال خطر حدوث السل عند الأشخاص الإيجابيين لفيروس العوز المناعي البشري HIV، وكذلك المنعدين بالمتفطرة السلية. والدليل على العدوى بالمتفطرة السلية وجود إيجابية اختبار تفاعل التوبركولين الجلدي. وأما عند الشخص الإيجابيين لفيروس العوز المناعي البشري HIV فإن الفائدة الفائقة الأخرى لإنقاص احتمال الإصابة بالسل يمكن أن تكون بإنقاص معدل تطور العدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV. ويمكن للخدمات الصحية للسجن تطبيق المعالجة الوقائية كلما كانت الموارد كافية وذلك لضمان استبعاد بيعت على الرضى للداء السلي، والمطاوعة العلاجية ومراقبة المرضى من أجل السمية الدوائية.

إن السجون التي تنفذ بفعالية استراتيجية مكافحة السل المنصوح بها لديها كل من معدلي الشفاء وكشف الحالات مرتفعان. وفي هذه الحالة، وحيث تسمح الموارد، على السلطات تطبيق المعالجة الوقائية على المخالطين للحالة الدالة من السل الرئوي الإيجابي اللطاخة البلغمية. إن المخالطين الذين يشتركون في مكان الإيواء مع الحالة الدالة (index-case) وأولئك الذين لديهم اختبار التوبركولين الجلدي إيجابي يجب أن يتلقوا معالجة بالإيزونيازيد مدة ستة أشهر (300 مغ / يومياً).

يقع الرضيع الذي يتغذى بالإرضاع من الثدي breast-feeding لأم مصابة بالسل الرئوي تحت احتمال خطر مرتفع للعدوى بالسل واحتمال خطر مرتفع للتفاقم إلى الداء السلي. وإن الأم المسلوطة التي ترضع طفلها من ثديها يجب أن تتلقى دورة كاملة من المعالجة المضادة للسل، والتطبيق الذي يتم في وقت مبكر جداً ومناسب للمعالجة المضادة للسل أفضل طريقة لمنع انتقال العصيات السلية لرضيعها. وتتوافق جميع الأدوية المضادة للسل مع الإرضاع من الثدي ويمكن للمرأة التي تتناولها أن تتابع بإرضاع طفلها من ثديها. ويجب أن تمكث الأم مع رضيعها سوية وعليها أن ترضع طفلها رضاعة طبيعية أي من الثدي. ويجب أن يتلقى الرضيع المعالجة بالإيزونيازيد مدة ستة أشهر (5 مغ / كغ يومياً) بتبعها تلقيح بالبي سي جي.

دور لقاح البي سي جي في الوقاية من السل Role of BCG in preventing tuberculosis

2-3-10

إنَّ لقاحَ البي سي جي لقاحٌ حيٌّ موهَّنٌ مشتقٌ من المتفطرات البقريّة *Mycobacterium bovis*. وفي الدول ذات معدل الانتشار العالي من السل أوصت منظمة الصحة العالمية سياسة تطبيق لقاح البي سي جي روتينياً لجميع الولدان بعد الولادة بأقصر فترة ممكنة. وفائدة هذا اللقاح البي سي جي وقاية صغار الأطفال ضد السل المنتشر والشديد، وأما تأثيره في إنقاص عدد حالات السل الرئوي عند البالغين فقليل أو معدوم. ولذلك لا دور للقاح البي سي جي عند السجناء.

4-10 إنقاص انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV في السجون Decreasing HIV transmission in prisons

حيث أن فيروس العوز المناعي البشري HIV شائع في السجون، ويمد وبائيات السل بالوقود، فهناك طرق لإنقاص انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV يمكنها أن تسهم في الوقاية من السل. وقد يكون من الصعب على السلطات تنفيذ طرق فعالة وعملية لإنقاص انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV في السجون. وإن التصرفات الرئيسية المسؤولة عن انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV في السجون هي: استعمال الحقن الدوائية، واللواط (ممارسة الجنس بين الرجال). وهي سلوكيات غير مقبولة بالنسبة للسلطات القانونية والسياسية. وكذلك لمعظم الآراء الاجتماعية والثقافية والدينية في كثير من الدول وقد تنكر السلطات حدوث مثل هذه الأعمال. ويشكل هذا الإنكار حائلاً حتى لبدء مناقشة طرق خفض انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV في السجن.

إن سياسة السجن الاعتيادية التي تقوم على حظر حقن الإبر الدوائية وممارسة الجنس بين الرجال قد فشلت بشكل عام. ولم يحل الإنكار مشكلة انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV في السجون وما خلفها في المجتمع الكبير. والاستجابة على تحدي انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV في السجن يعني: أولاً: أن سلطات السجن يجب أن تعلم بحدوث استعمال الحقن الوريدية واللواط. ويجب أن يتلقى جميع السجناء وهيئة السجن معلومات ثقافية حول الإيدز وفيروس العوز المناعي البشري HIV/AIDS. وثانياً: تحتاج السلطات لتنفيذ إجراءات عملية. وكثيراً ما تكون هذه الاستجابة صعبة في وسطٍ من الآراء العمومية المعاكسة للمعايير المشاهدة كتحرير هذه السلوكيات أكثر من منع انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV.

إن الإجراءات الممكنة لإنقاص انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV كنتيجة للحقن الدوائية معاكسة تماماً وتشمل مايلي: إيتاء معالجة بديلة (مثلاً يعطى الميثازون بدل الهيروين عند المدمنين عليه). أو تحقيق المراقبة الطبية على إزالة الإدمان على المخدرات detoxification، وتمكين السجناء من تعقيم محاقنهم بإمدادهم بالسوائل المطهرة الكاملة القوة. أو إعطائهم محاقن وإبر معقمة للاستعمال مرة واحدة. تثقيف السجناء حول فيروس العوز المناعي البشري HIV وحقن الأدوية. (مثلاً من خلال استعمال رفاق السجن أو عاملين خارجيين يعملون كحاقني إبر أو حاقنين سابقاً).

ولسلطات السجن واجب المحاولة لإنقاص احتمال انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV عن طريق الجنس. وإن إنقاص جو العنف في السجن ينقص من الهجوم العنيف على السجناء بما في ذلك التعسف الجنسي والاعتصاب. ويجب أن يتضمن تدريب هيئة السجن كيفية تجنب القوة غير الضرورية أو الوحشية، وكيفية احترام حقوق السجناء وكرامتهم، ورفاهيتهم. ويحتاج السجناء العاملون في السجن إلى معلومات ثقافية حول مخاطر ممارسة الجنس غير المأمون وتزويدهم بالمزيد من التوعية وسهولة فحص الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري HIV الطوعي. وأما الطرق الأخرى المثيرة للجدل لوقاية السجناء الذين يمارسون الجنس في السجن فتكون بالوقاية باستعمال العازل الذكري.

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Harries AD, Maher D, Nunn P. Practical and affordable measures for the protection of health care workers from tuberculosis in low-income countries. *Bulletin of the World Health Organization* 1997; 75 (5) : 477-489.

WHO, *Global Programme for Vaccines and Immunisation. Immunisation Policy. Geneva, 1995.*

WHO/UATLD. Tuberculosis preventive therapy in HIV-infected individuals. A joint statement of the WHO tuberculosis Programme and the Global Programme on AIDS, and the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) *Weekly Epidemiological Record* 1993; 68: 361-364.

O'Brien RJ, Perriens JH. Preventive therapy for tuberculosis in HIV infection : the promise and the reality. *AIDS* 1995; 9: 665-673.

World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS : Report on a joint WHO-UNAIDS European seminar, Warsaw, Poland, December 1997. WHO, Copenhagen, Denmark, 1998. EUR/ICP/CMDS 08 02 15.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Prisons and AIDS. UNAIDS technical update. UNAIDS best practice collection. April 1997, Geneva, Switzerland.



الجزء الثالث

توطيد برنامج مكافحة السل في السجن

ESTABLISHING A PRISON TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAMME

تنفيذ برنامج مكافحة السل في السجن

11

IMPLEMENTING A PRISON TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAME

دور الحكومة والمنظمات اللاحكومية والوكالات الدولية

1-11

Role of government, NGOs and International Agencies

قد تُقرّر الحكومة تنفيذ مكافحة فعالة للسل في السجن بالتعاون مع المنظمات اللاحكومية أو الوكالات الدولية أو كليهما. (مثل : منظمة الصحة العالمية WHO واللجنة الدولية للصليب الأحمر ICRC). ويجب على المنظمات اللاحكومية المتعاونة في تنفيذ برامج مكافحة السل في السجن أن تعمل ضمن النظام الصحي العمومي العام في تلك الدولة. ويجب أن يكون التداخل متناسباً مع مستوى اقتصاد تلك الدولة ولا تشكل مجموعة صحية معزولة. ويجب أن يكون هناك تنسيق بين السجن وبرنامج مكافحة السل في المنطقة المحلية. وفي الدول التي يطبق فيها برنامج وطني فعال لمكافحة السل NTP يجب على برنامج مكافحة السل في السجن أن يندمج ضمن برنامج مكافحة السل في المنطقة المحلية. ويجب أن تكون سياسة مكافحة السل متوافقة ومنسجمة مع التوصيات الدولية الحديثة مع الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة IUATLD ومنظمة الصحة العالمية WHO.

المتطلبات الأساسية قبل تنفيذ برنامج مكافحة السل في السجن

2 - 11

Prerequisites before implementing a prison tuberculosis control programme

يجب أن يضمن برنامج مكافحة السل في السجن توفر جميع الوسائل الضرورية لتطبيق برنامج فعال لمكافحة السل قبل البدء بتسجيل ومعالجة المرضى. ومن الضروري إجراء تقييم أساسي baseline للموارد المتاحة (مالية، بشرية، مواد) قبل تنفيذ البرنامج.

هناك شروط أساسية خاصة يجب مواجهتها قبل التخطيط لتنفيذ برنامج مكافحة السل في السجن، (أ) تحديد الحد الأدنى المعياري من مستلزمات الرعاية الصحية، (ب) الالتزام بالبرنامج وإن استغرق مدة طويلة، (ج) الاتفاق على سياسة مكافحة السل في السجن بين الأقسام القائمة على الأمر، مع كتابة الدلائل الإرشادية للسياسة.

تخطيط برنامج مكافحة السل في السجن

3 - 11

Planning a prison tuberculosis control programme

من الضروري إنجاز تقييم بدئي، وتحديد أهداف البرنامج وأغراض الموضوعية ووصف الاستراتيجيات التي تنجز الأغراض وتحقق الأهداف. يجب أن تصف الخطة خطوات التنفيذ بما فيها الميزانية والتمويل. وإن تقييم البرنامج ضروري لمراقبة ما ينجز منه وتحديد المناطق التي يجب تحسينها بالضرورة.

التقييم البدئي Initial evaluation

1-3-11

إن هدف «التقييم البدئي» هو الحصول على تقييم أساسي لمشكلة السل، والموارد (التمويل، الطاقة البشرية، والمواد اللازمة) المتاحة لإعداد العدة بها. ويقدم تقييم مدى مشكلة السل الخطوط الأساسية للحكم على التقدم نحو بلوغ الأهداف. وفي معظم السجون التي لا تطبق برنامجاً فعالاً لمكافحة السل تكون المعلومات حول عدد الحالات ونتائج المعالجة قليلة. وعلى أية حال فمن

المفيد جمع المعلومات المتاحة من سجلات السجن الصحية. وأما التقديرات النوعية للدولة حول السل فتؤخذ من منظمة الصحة العالمية. وإن تقييم الموارد المتاحة يحدد نقطة بدء التخطيط لتحقيق المرامي.

الأهداف والمرامي الموضوعية targets and objectives 2-3-11

لقد وضعت منظمة الصحة العالمية أهدافاً لمكافحة السل، تتمثل بشفاء 85% من الحالات الجديدة المكتشفة. والكشف عن 70% من الحالات الموجودة من السل الرئوي الإيجابي اللطاخة البلغمية. ومن الضروري تحقيق بعض المرامي الخاصة لبلوغ تلك الأهداف. وهي: تحسين الخدمات الصحية للسجن. وبفضل أن يتم ذلك يدمج الخدمات الصحية للسجن في الخدمات الصحية العامة، وتوطيد خدمة تتمتع بالفعالية وبضبط الجودة للفحص المجهرى للطاخات البلغم، والمحافظة على الإمداد الدوائي المنتظم لضمان المعالجة المعيارية القصيرة الأمد SCC على الأقل لجميع حالات السل الرئوي الإيجابي اللطاخة، وتأسيس نظام فعال لرصد البرنامج وتقييمه والإشراف عليه، وإعداد نظام تدريب يعمل بانتظام.

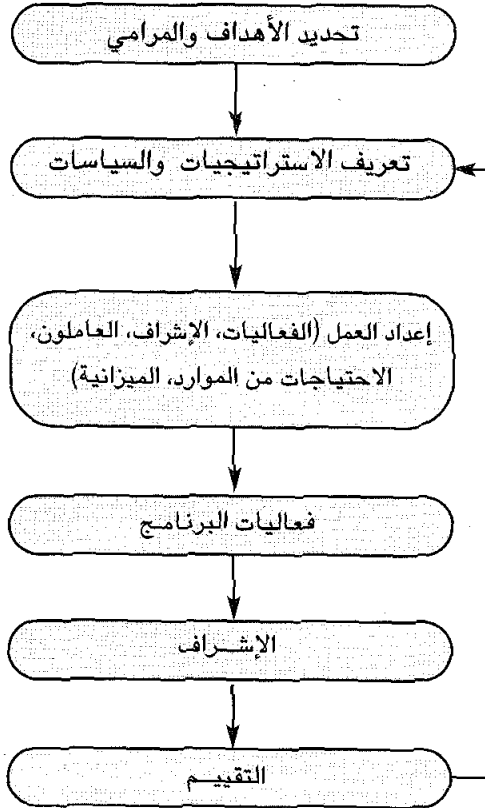
خطوات التنفيذ Implementation steps 3-3-11

- تحديد الوكالة القائمة. مثلاً: البرنامج الوطني لمكافحة السل، المنظمات اللاحكومية NGO.
- ضمان الالتزام المالي
- تعيين مُنسّق لمكافحة السل بالسجن
- إعداد الميزانية
- تجهيز مختبري للفحص المجهرى للطاخات البلغمية
- طباعة وثائق التسجيل والإبلاغ
- طباعة الدلائل الإرشادية لسياسة مكافحة السل في السجن
- استعراض مرافق تخزين الدواء بشكل مأمون
- إعداد خطة الإشراف
- تدريب العاملين
- إدخال استمارات تسجيل حالات السل بالسجن، واستمارات التقارير واستمارات الإبلاغ.

دورة التخطيط **Planning cycle**

4 - 11

إن تقييم البرنامج جزء من دورة التخطيط السنوية التي يظهرها الشكل :



مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

World Health Organization. Global Tuberculosis Programme.
Global Tuberculosis Control. WHO Report 1998. Geneva, Switzerland, WHO/TB/98.237

Médecins Sans Frontières. Tuberculosis Control Programmes
2nd edition, 1997. Paris. France.



MONITORING AND EVALUATION OF PROGRAMME PERFORMANCE

1-12 نظام إدارة المعلومات Information management system

تتطلب مراقبة أداء البرنامج المحافظة على التسجيل الدقيق والإبلاغ عن الحالات الجديدة بشكل منتظم وتسجيل نتائج المعالجة. ويتم تقييم البرنامج بتحليل ومناقشة البيانات والمعطيات حول كشف الحالات ونتائج المعالجة. وإن المعلومات الارتجاعية feedback التي تصل إلى جميع العاملين في مكافحة السل في السجن تسمح بتحسين أداء البرنامج في مجالات محددة من المشكلة.

2-12 استمارات التسجيل والسجلات Record forms and registers

يحتوي الملحق 4 على نماذج مبسطة تستعمل في فعاليات مكافحة السل :

- طلب فحص البلغم
- سجل السل في المختبر
- بطاقة معالجة المريض المصاب بالسل
- سجل برنامج مكافحة السل في السجن
- تقرير ربعي حول كشف حالات السل (الجديدة والناكسة)
- تقرير ربعي حول نتائج معالجة مرضى السل الرئوي الإيجابي البلغم

3-12 تقييم المختبر Laboratory evaluation

يجب أن يحتوي تقرير المختبر حول الفحص المجهرى روتينياً على المعلومات التالية :

- عدد نماذج اللطاخات المفحوصة، ونسبة الإيجابي منها.
- عدد مرضى السل الرئوي الجدد الإيجابي اللطاخة.
- نتائج اختبارات ضمان الجودة التي تجرى بشكل نظامي

4-12 تقييم أداء برنامج مكافحة السل في السجن

Evaluation of prison tuberculosis control programme performance

هناك ثلاث مراحل لتقييم برنامج السل :

- كشف الحالات
- تحليل أترابي لنتائج انقلاب اللطاخة في الشهرين الثاني والثالث
- تحليل أترابي لنتائج المعالجة

الجزء الثالث

الكشف عن الحالات Case-finding

1-4-12

يجب على منسق مكافحة السل بالسجن أن يصنف ويسلم تقارير الكشف عن الحالات كل 3 أشهر (انظر النموذج 5، الملحق 4) إلى البرنامج الوطني لمكافحة السل NTP. وتبين هذه التقارير عدد الحالات الجديدة (الإيجابية للطاخة، والسلبية للطاخة من السل الرئوي، والسل خارج الرئة). والحالات الناكسة (من السل الرئوي الإيجابي للطاخة). بشكل عام تشكل حالات السل الرئوي الإيجابية للطاخة حوالي 50% من إجمالي حالات السل في جمهرة سكانية والباقي 30% سل رئوي سلبي للطاخة و20% سل خارج الرئة. وإذا كانت الحالات الإيجابية للطاخة دون نسبة 50% من إجمالي حالات السل المكتشفة في البرنامج فيجب أن نتساءل عن السبب. والتفسير الشائع حول ذلك احتمال أن البرنامج مَقْصَرٌ في under-detecting كشف الحالات الإيجابية أو أنه مَقْرِبٌ في كشف over-detecting الحالات السلبية للطاخة وخارج الرئة.

التحليل الأترابي لنتائج انقلاب اللطاخة البلغمية في الشهرين الثاني والثالث

2-4-12

Cohort analysis of results of sputum smear conversion at 2/3 months

إن معدل انقلاب اللطاخة البلغمية يمثل نسبة المرضى المسجلين في ربع ما وهم إيجابيو اللطاخة البلغمية وأصبحت لطاقتهم سلبية خلال 2 أو 3 أشهر على التوالي من بدء المعالجة. ويجب أن تتجاوز النسبة المتوقعة 80%. وإن منسق سجلات السل بالسجن يحصي هذه النسبة من سجل المختبر أثناء الزيارات الإشرافية للمختبر. ويتوفر معدل انقلاب اللطاخة بعد ستة أشهر من بدء ربع معين وهي أبكر مؤشر متاح عن أداء البرنامج.

التحليل الأترابي لنتائج المعالجة Cohort analysis of results treatment outcome

3-4-12

يسجل منسق سجلات السل بالسجن نتائج التحليل الأترابي لزمريتين من الحالات الإيجابية للطاخة (حالات جديدة، وحالات إعادة معالجة) على نموذج تقرير نتائج المعالجة الربعي (انظر النموذج 6 من الملحق 4). تكون النتائج جاهزة في الفترة بين الشهر 12 والشهر 15 بعد بدء ربع معين.

الإشراف Supervision

5 - 12

إن وجود نظام للإشراف ضروري لدعم منسق السل بالسجن وللمحافظة على فعالية أداء برنامج مكافحة السل بالسجن. والشخص الذي يحقق دعماً لمنسق السل بالسجن يمكن أن يعمل على مستوى المقاطعة أو الإقليم للبرنامج الوطني لمكافحة السل NTP. إن منسق السل على مستوى المقاطعة أو الإقليم يجب عليه زيارة منسق السل بالسجن كل ثلاثة شهور على الأقل. والهدف من ذلك تقييم جودة أداء البرنامج، وتحديد المشاكل والحلول المناسبة لها، والأخذ بالعمل الضروري للتغلب على هذه المشاكل.

تحديد المشاكل والعمل على حلها Identifying problems and taking action

6-12

إن نظام إدارة المعلومات يوفر وسيلة للإشراف. فالبلاغات الربعية عن كشف الحالات والتحليل الأترابي تبدي أداءاً لا يعث على الرضى نتيجة مشاكل تنفيذ البرنامج. ويجب أن يعمل منسقو السل بالسجن مع العاملين في البرنامج الوطني لمكافحة السل لتحديد سبب هذه المشاكل.



الجدول 7 - بعض الأسباب المحتملة لمشاكل تنفيذ البرنامج والطول الممكنة

إذا وجد كثير جداً	وكان السبب ...	يكون الحل عندئذ..
فشل	التجارة بالأدوية.	التحري بدقة وحذق، وتحسين الإشراف على العاملين.
	إخفاء السجناء للدواء.	تعليم الهيئة الصحية للسجن حول حيل السجناء لإخفاء الأقرص، وتحسين الإشراف المباشر عند المعالجة.
	أدوية رديئة النوعية تظهر وكأنها مستعملة.	مراجعة عروض الشراء وإجراءاته.
	لا يأخذ المريض جميع الأدوية.	التحري عن وجود سوق سوداء للأدوية المضادة للسل. التأكد من وجود إشراف مباشر 100% على تناول الدواء.
	مستوى عال من المقاومة الأولية لدوائي الريفامبيسين والإيزونيازيد معاً.	الأخذ بعين الاعتبار البروتوكول المحلي مع تقييم عالي الدقة. مثلاً يعطى جميع المرضى المعالجين سابقاً (بصرف النظر عن مدة المعالجة السابقة) معالجة الفئة الثانية.
	مرضى معالجين سابقاً، تلقوا نظام معالجة بالخطأ على أنهم مرضى جدد.	تحسين إشراف العاملين الصحيين للسجن والتأكد بالاختبار من أنهم يعرفون الأنظمة الصحيحة لكل فئة علاجية من المرضى. تحقق من النظام الموصوف في السجل وبطاقة معالجة المريض.
مرضى ينقطعون عن المعالجة	عدم كفاية التثقيف الصحي.	تأكد من أن المريض يتلقى التثقيف الصحي المناسب، بشكل مستمر، وأن الرسالة الصحية مناسبة له ومفهومة. مساعدة السلطة على فهم أهمية تشخيص ومعالجة السل.
	السلوك غير اللبق للعاملين الصحيين.	يجب إيلاء الاهتمام للتدريب الجيد وتحقيق الأسلوب المناسب.
	فشل متابعة المرضى الذين يقطعون المعالجة.	تأكد من فهم العاملين الصحيين لأهمية متابعة المرضى، وتحسين إجراءات متابعة المرضى الذين يقطعون المعالجة، خاصة المصابين بالسل الرئوي الإيجابي اللطاخة البلغمية.
	فشل ضمان إحالة المريض بعد إطلاق سراحه أو نقله.	تحسين الإشراف على العاملين، مراجعة إجراءات التنسيق بين السلطة الصحية للسجن والبرنامج الوطني لمكافحة السل NTP، والخدمات الصحية العامة.
الوفاة	الانتشار العالي لفيروس العوز المناعي البشري HIV.	تنفيذ المداخلات المتعددة لإنقاذ انتقال فيروس العوز المناعي البشري HIV.
	التشخيص المتأخر للسل.	تأكد من أن العاملين الصحيين يقيمون أعراض السجناء تقييماً جيداً في مجال الخدمات الصحية للسجن، وتحديد المشتبهين بإصابتهم بالسل وإرسال لطاختهم البلغمية للفحص المجهرى. وتحديد الحوائل التي تعيق الخدمات الصحية ومحاولة التغلب عليها.

الجزء الثالث

مراجع مقترحة لمزيد من المطالعة

Maher D, Chaulet P, Spinaci S, Harries A. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. Second edition. WHO/TB/97.220 Geneva : WHO, 1997.

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis Guide for Low Income countries. Fourth edition. pmi Verlagsgruppe. Frankfurt, 1996.

Managing TB at District Level. A Training Course. WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1994. WHO/TB/96.211

Managing TB at National Level. A Training Course. WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1996. WHO/TB/96.203



الملتق 1
الاتفاقات الدولية لضمان خدمة السجناء
INTERNATIONAL CONVENTIONS GUARANTEEING
THE WELFARE OF PRISONERS

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان
- المعاهدة الدولية حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية
- قوانين الأمم المتحدة المعيارية للحد الأدنى حول معالجة السجناء (1995)
- القواعد الأساسية لحماية الأشخاص تحت أي شكل من أشكال التعذيب أو السجن
- القواعد الأساسية في الأخلاقيات الطبية الملائمة لدور العاملين الصحيين خاصة الطبيب، في حماية السجناء والموقوفين ضد التعذيب والأعمال الوحشية، والعقوبات أو الممارسات الإنسانية والمهينة. قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 194/37، 1982.



إعلان باكو THE BAKU DECLARATION

نحن ، المشاركون في اجتماع باكو حول السل في السجن
نقر بأن السل قد أصبح يشكل تهديداً صحياً كبيراً للسجناء، ونلاحظ تزايد كثرة الحالات السلبية
 غير القابلة للشفاء والمقاومة للأدوية في غالب الأحيان بين السجناء.
ونلاحظ أيضاً بأن انتشار فيروس العوز المناعي البشري HIV في السجن يزيد من احتمال
 خطر الموت بسبب السل
ونلاحظ أن السل في السجن ينتشر بسهولة إلى المجتمع من السجناء والعاملين العدوائيين
 بالسجن.
ونعترف بأن التمويل الكافي ووجود هيئة خدمات صحية للسجن ضروريان لمواجهة مشكلة السل
 في السجن

ندعو CALL UPON

الحكومات من خلال وزارات العدل والداخلية والصحة ، للعمل سوياً على إيتاء السجناء الرعاية
 الصحية الكافية وإمدادهم بوسائل معالجة السل وشفائه.
 والخدمات الصحية للسجن لتنفيذ برنامج المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر
 DOTS ، ووزارات الصحة لتقوية البرامج الوطنية لمكافحة السل من خلال تطبيق استراتيجية
 المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS .

ونحذر AND WARN

بأنه إذا لم تحدث استجابة لدعوتنا للعمل فإن السل المتعذر شفاؤه سيزيد من الوفيات بين السجناء
 وعوائلهم والعاملين في السجن والمجتمع بأسره.

USEFUL ADDRESSES عناوين مفيدة الملحق 3

International Agencies الوكالات الدولية

International Committee of the Red Cross اللجنة الدولية للصليب الأحمر

HEALTH AND RELIEF DIVISION
INTERNATIONAL COMMITTEE OF THE RED CROSS
19, Avenue de la Paix
CH-1202 Geneva, Switzerland
Telephone : (4122) 734 60 01 هاتف
Facsimile : (4122) 73320 57 فاكس

سويسرا - جنيف :

Offices of the World Health Organization
HEADQUARTERS

WORLD HEALTH ORGANIZATION
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Telephone : (4122) 791 21 11 هاتف
Facsimile : (4122) 791 07 46 فاكس

مكاتب منظمة الصحة العالمية
المقر الرئيسي

WHO Regional Office For Africa
MEDICAL SCHOOL , C WARD

Parirenyatwa Hospital
Mazoe Street
POBox BE 733
Belvedere, Harare
Zimbabwe
Telephone : (2634) 70 56 19 هاتف
Facsimile : (2634) 79 12 14 فاكس

المكتب الإقليمي لأفريقيا
زيمبابوي - هاراري

WHO REGIONAL OFFICE FOR THE AMERICAS/
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU

525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, USA
Telephone : (1) 202 861 3200 هاتف
Facsimile : (1) 202 223 5971 فاكس

المكتب الإقليمي الأمريكي - أمريكا واشنطن

WHO REGIONAL OFFICE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
P.O.Box: 1517 ص ب الإسكندرية - مصر

Alexandria 21511, Egypt
Telephone : (203) 482 0223 هاتف
Facsimile : (203) 483 8916 فاكس

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen 0 كوبنهاغن
Telephone : (45) 39 17 17 17 هاتف
Facsimile : (45) 39 17 18 18 فاكس

المكتب الإقليمي لأوروبا

WHO REGIONAL FOR SOUTH-EAST ASIA

المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا

WORLD HEALTH HOUSE
Indraprasha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi-110002
India

هاتف : (91) 11 331 7804

فاكس : (91) 11 331 8607

WHO REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC

المكتب الإقليمي لغرب الباسيفيك

P.O.Box 2932
Manila 1099
Philippines

هاتف : (632) 522 9800

فاكس : (632) 521 1036

SUPPLIERS OF ANTI-TUBERCULOSIS DRUGS عناوين موردي الأدوية المضادة للسل**ACTION MEDEOR****DEUTCHES MEDIKAMENTEN-HIFSWERK**

St Toniser Strasse 21
D-4154 Toenisvorst 2, Germany
Fax : (49) 21 56 80632

ECHO (ECHO INTERNATIONAL HEALTH SERVICES LIMITED)**ULLSWATER CRESCENT**

Coulson, Surrey CR5 2HR, United Kingdom
Fax : (44) 181 6680751

IAPS (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR PROCUREMENT AND SUPPLY)

Rode Kruisstraat 20
P.O.Box 37 030
1030 AA Amsterdam, The Netherlands
Fax : (31) 20 6343401

IDA (INTERNATIONAL DISPENSARY ASSOCIATION)

P.O.Box 37098
1030 AB Amsterdam, The Netherlands
Fax : (31) 20 4031854

THE MEDICAL EXPORT GROUP

P.O.Box 598
4200 AN Gorinchem, The Netherlands
Fax : (31) 18 3634650

KCR INTERNATIONAL

45, rue de la Libération
78350 Jouy-en-Josas, France
Fax : (33) 1 39565355

ORBI-PHARMA

Van Trietraat 40
B2018 Antwerp - Belgium
Fax : (32) 3 2169897

للحصول على نسخة حديثة من لائحة أسعار الأدوية الأساسية الصادرة عن اليونسيف اكتب إلى :

UNICEF

UNICEF PLADS

Freeport
DK-2100
Copenhagen
Denmark
Fax : (45) 269421

وللحصول على مرشد المؤشرات الخاصة بأسعار الأدوية الدولية اكتب إلى :

**MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH
DRUG MANAGEMENT PROGRAMME**

1655 North Fort Myer Drive
Suite 920
Arlington, VA 22209
USA



الملحق 4 : نماذج من الاستمارات والسجلات المستعملة في أنشطة مكافحة السل :
**SAMPLE FORMS AND REGISTERS USED FOR TUBERCULOSIS
CONTROL ACTIVITIS**

- طلب فحص البلغم
- سجل السل في المختبر
- بطاقة معالجة المريض المصاب بالسل
- تقرير ربعي حول كشف حالات السل (حالات جديدة وناكسة)
- تقرير ربعي حول نتائج معالجة حالات السل الرئوي الإيجابية اللطاخة

النموذج 1

طلب فحص البلغم

وحدة المعالجة التاريخ

اسم المريض

العمر الجنس (ذكر - أنثى)

العنوان (بدقة)

سبب الفحص: التشخيص فحص المتابعة

توقيع طالب الفحص

النتائج (تستكمل من قبل العاملين بالمختبر)

الرقم التسلسلي المختبري:

نتيجة (فحص واحد)					المظهر	العينة	التاريخ
+++	++	+	9-1	سلبي			
						1	
						2	
						3	

المظهر المرئي للبلغم (ملطخ بالدم، قيحي - مخاطي، لعاب).

التاريخ الفاحص (التوقيع)

النموذج المكتمل (بالنتائج) لابد من إرساله فوراً إلى وحدة المعالجة

برنامج مكافحة السل

النموذج 3

رقم مريض السبل في المستفظة

بطاقة معالجة السبل

برنامج مكافحة السبل

نمط المريض : (ضع إشارة)
 رأوي _____ خارج الرئة _____
 موضعه _____
 جديد _____ ناكس _____
 قتل _____ أحمل إلى _____
 عودة بعد انقطاع _____
 أخرى (محدد) _____

الاسم _____
 العنوان _____
 مركز المعالجة _____
 العمر _____ الجنس _____

الشهر	تاريخ	نتيجة الفحاسة	الوزن/كغ	الموعد التالي
0				
2				
5				
7				
> 7				

التاريخ : _____

1. الطور الباثي المركز

النظام المعالجي الموصوف وعدد الأقراس

S = سترينتين
 RH = ريفاميسين / أيزونيايد
 E = إيثامبوتول
 Z = بيرازيناميد

الفترة I	الفترة II	الفترة III
EZHR 1	EZHRs 2	ZHR 3
(E) Z (RH)	S Z (RH)	Z (RH)

يوم شهر	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

رجاء قلب الصفحة

ضع إشارة (X) يوم ابتلاع الدواء تحت الإشراف المباشر

برنامج مكافحة السبل

سجل مكافحة السل

فئة المريض **				موضع المرض		نظام المعالجة	تاريخ بدء المعالجة	اسم وحدة المعالجة	العنوان بالتكامل	العمر	الجنس مذكر/ مؤنث	الاسم بالتكامل	رقم سجل السل	تاريخ التسجيل
				خارج الولاية / ريفي	مركز العروس									
أخرى	إحالة	العودة بعد الأضلاع	قتل											

الفتش : لطاعة إيجابية لمدة 5 أشهر أو أكثر بعد بدء المعالجة، بوضع على المعالجة.
 العودة بعد انقطاع (قطع المعالجة) Return after default
 الإحالة : يسجل كمن تبدأ المعالجة في منطقة أخرى.

** جديدة : لم علاج سابقاً لمدة تجاوز الشهر.
 النكس : عولج وأعلن شفاؤه، ثم عادت لظاعته إيجابية

** حالة جديدة أو إعادة المعالجة

برنامج مكافحة السل



تقرير ربعي حول حالات السل

اسم المسجن : _____	منسق السل : _____
تم تسجيل المريض في _____ ربيع من عام 19	التوقيع : _____ التاريخ : _____

جميع الحالات المسجلة في الربع

المجموع	علاج الرئة	نطاقه سنوية		نطاقه ايجابية		
		15 سنة فأكثر	15 سنة	الوقوع	الكس	حالات جديدة
				عودة بعد العلاج		

النموذج 5

سجل الحالات الجديدة الإيجابية النطاقه فقط

علاج الرئة	المجموعة العمرية (السنات)											
	أكثر	65 فأكثر	64-55	54-45	44-35	34-25	24-15	0-14	أكثر	أقل	أكثر	أقل
المجموع	أكثر	ذكر	أكثر	ذكر	أكثر	ذكر	أكثر	ذكر	أكثر	ذكر	أكثر	ذكر

التعريفات المستخدمة عند ملء النموذج وإتمامه.

الربيع الثالث : 1 تشرين الأول / أكتوبر
الربيع الأول : 1 تموز / يوليو
الربيع الثاني : 1 نيسان / أبريل
الربيع الأول : 1 كانون الثاني / يناير
الربيع الثاني : 1 كانون الأول / ديسمبر
الربيع الثالث : 1 أيلول / سبتمبر
الربيع الأول : 1 كانون الأول / ديسمبر
الربيع الثاني : 1 حزيران / يونيو
الربيع الأول : 1 آذار / مارس

استمارة 6

تقرير ربعي عن نتائج معالجة السل الرئوي الإيجابي اللطاحة الباطنية المسجل في نهاية ربع 15 شهراً سابقة

وسمى السمل : _____
 التاريخ _____
 الموقع _____

اسم السمل : _____
 سجل المريض في الربع _____ من عام 19 _____

المجموع*	قل	انقطاع المعالجة	موت	الطاحة إيجابية (مثل)	لم تحز اللطاحة (ربع تمام المعالجة)	الطاحة سلبية (شفاء)	نظام المعالجة	نمط الحالة
								الطاحة إيجابية جديدة العدد المشمول _____
								إعادة معالجة ذي الطاحة إيجابية العدد المشمول _____

* من التقرير الربعي عن نصف الحالات السلبية في ذلك الربع

برنامج مكافحة السل





برنامج مكافحة مرض السل
منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
شارع عبد الرزاق السنهوري
مدينة نصر
القاهرة 11371



اللجنة الدولية للصليب الأحمر
INTERNATIONAL COMMITTEE
OF THE RED CROSS

19, Avenue de la Paix
CH - 1202 GENEVA
SWITZERLAND

Telephone 41 22 734 6001
Facsimile 41 22 733 2057