



توقي ومكافحة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية

تقرير من الأمانة

١- أشارت جمعية الصحة العالمية عام ٢٠٠٧ في قرارها ج ص ع ٦٠-١٩ إلى التقدم المحرز منذ عام ١٩٩١ في مكافحة السل على الصعيد العالمي، وأقرت بأن استراتيجية المنظمة لدر السل، التي تدرج في إطارها استراتيجية الدوتس الموصى بها دولياً، تمثل أسلوباً شاملاً لمكافحة السل عالمياً. وإدراكاً منها للقلق الناجم عن ظهور السل المقاوم للأدوية وانتقاله،^١ حثت جمعية الصحة الدول الأعضاء على وضع وتنفيذ خطط التوقي والمكافحة وفقاً لخطة الشراكة العالمية من أجل دحر السل للفترة ٢٠٠٦-٢٠١٥، وكجزء من خططها الوطنية للتنمية الصحية. بيد أن البيانات تشير إلى تفاقم مشكلة مقاومة الأدوية المتعددة: ففي عام ٢٠٠٨، أشار تقرير المنظمة العالمي الرابع بشأن مقاومة الأدوية المضادة للسل^٢ إلى أن مستويات مقاومة السل للأدوية المتعددة بلغت أعلى معدل سجل لها لدى السكان عامة، حيث قدر حدوث نصف مليون حالة على الصعيد العالمي، منها ٥٠ ٠٠٠ حالة من السل الشديد المقاومة للأدوية. وإقراراً بأهمية هذا الموضوع بالنسبة للأمن العالمي، انفق المجلس التنفيذي على إضافة بند بشأن توقي ومكافحة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية إلى جدول الأعمال المؤقت لجمعية الصحة العالمية.^٣ وعلى الرغم من الإنجازات المحققة خلال العقد الماضي، مازالت الضرورة تقتضي تعزيز مراقبة توقي السل المقاوم للأدوية وإدارته، مما يستلزم بدوره معالجة مواطن الضعف في النظم الصحية. وتتيح التحديات التي يفرضها السل المقاوم للأدوية فرصاً هامة لتعزيز النظم الصحية من أجل بلوغ هدف التغطية الشاملة بالرعاية الصحية.

٢- ولقد تحقق تقدم واسع الخطوات في مكافحة السل ورعاية المصابين به خلال العقد الماضي ويقدر أن معدلات الحدوث أخذت تسجل انخفاضاً سنوياً ضئيلاً منذ عام ٢٠٠٣. وقدر عدد الحالات الجديدة في ٢٠٠٧ بنحو ٩,٣ مليون حالة، عولجت ٦٣٪ منها بموجب برامج تتبع فيها استراتيجية دحر السل، مع تسجيل ما يزيد على ٨٥٪ من حالات العلاج الناجح. مع ذلك فإن ٣٧٪ من إصابات السل في العالم ككل تبقى غير

١ يعرف السل المقاوم للأدوية المتعددة بمقاومته للرفامبيسين والايرونيزايد على الأقل، وهما أقوى الأدوية المضادة للسل. ويعرف السل الشديد المقاومة للأدوية بأنه السل المقاوم للأدوية المتعددة الذي يقاوم أيضاً أي من أدوية الفلوروكينولون ولوحد على الأقل من مضادات الخط الثاني الحيوية الثلاثة المستعملة بالحقن (أميكاسين وكابريوميسين و كاناميسين).

٢ الوثيقة WHO/HTM/TB/2008.394.

٣ الوثيقة مت ٢٠٠٩/١٢٤/٢/سجلات، المحضر الموجز للجلسة الحادية عشرة، الفرع ٣، والمحضر الموجز للجلسة الثانية عشرة، الفرع ١ (النص الإنكليزي).

مسجلة، مع عدم حصول المرضى على العلاج أو أن العلاج الذي يحصلون عليه لا يفي، على الأرجح، بالمعايير الموصى بها دولياً.

٣- ومن بين العوامل التي تيسر ظهور وانتشار السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية نقص اكتشاف الإصابات بالسل وعدم معالجتها بشكل مناسب. وإذ يلزم مواصلة تحسين جمع البيانات والإبلاغ بشأنها على الصعيد القطري، فإن عدة بلدان أبلغت عن تزايد مستويات مقاومة الأدوية المضادة للسل. وثمة سبعة وعشرون بلداً،^١ منها ١٥ بلداً في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى تعد مسؤولة عن ٨٥٪ من العبء الكلي للسل المقاوم للأدوية المتعددة. وتؤلف الصين والهند والاتحاد الروسي معاً ما يزيد على نصف ذلك العبء، ولكن مشكلة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية مشكلة يعاني منها العالم أجمع وتبدو واضحة فيما يقارب جميع البلدان التي تم مسحها. وفي وقت إعداد هذا التقرير، أبلغ خمسة وخمسون بلداً عن حالة واحدة على الأقل من حالات السل الشديد المقاومة للأدوية، ولكن حجم هذه المشكلة مازال غير معروف في معظم البلدان المنخفضة الدخل.

٤- وكان متوقعاً من الخطط التي وضعتها البلدان ككل لعام ٢٠٠٨ أن نحو ٢٥ ٠٠٠ فقط من المرضى بالسل المقاوم للأدوية المتعددة سيتم اكتشافهم ومعالجتهم، تلقى ما يقارب نصفهم العلاج وفقاً للمعايير الموصى بها دولياً، مما يمثل نسبة لا تتجاوز ٣٪ من العدد الإجمالي المقدر للحالات الجديدة والذي يبلغ ٥٠٠ ٠٠٠ مصاب بالسل المقاوم للأدوية. مع ذلك فإن تأمين العلاج ذي المردودية أمر ممكن فيما لو اتبعت دلائل المنظمة، مع تحقيق نسبة شفاء تبلغ ٨٠٪ من المصابين بالسل المقاوم للأدوية المتعددة ولغاية ٦٠٪ من المصابين بالسل الشديد المقاومة للأدوية في البيئات المنخفضة الموارد. ويؤدي العلاج غير المناسب الذي لا يتوافق مع الدلائل الموصى بها إلى خطر ارتفاع عدد الوفيات وتزايد المقاومة وتوسع انتشارها.

٥- وإذ لا تكتشف برامج مكافحة الوطنية الجيدة، التي تمتاز بارتفاع معدلات الإصابات المكتشفة والمعالجة، سوى مستويات منخفضة من السل المقاوم للأدوية المتعددة، فإن السل المقاوم للأدوية المتعددة يظهر، على العكس من ذلك، نتيجة لقلّة الاستثمار في استراتيجية دحر السل.^٢ لذا يلزم تركيز العمل على تعزيز المكافحة الأساسية لتوقي نشوء مقاومة الأدوية وضمان فعالية تشخيص ومعالجة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية من أجل توقي انتقالهما. ويندرج إطاراً مكافحة السل المتأثر بالأدوية والسل المقاوم لها في كل من استراتيجية دحر السل ودلائل المنظمة بشأن الإدارة البرمجية للسل المقاوم للأدوية. مع ذلك، ثمة صعوبات رئيسية متواصلة يذكر من بينها: ضعف النظم الصحية العامة، مع ما يترتب عليه من ثغرات في مكافحة السل الأساسية؛ أزمة في القوى العاملة الصحية؛ نقص قدرات المختبرات؛ عدم كفاية توسيع برامج معالجة السل المقاوم للأدوية؛ عدم التزام القائمين على إيتاء الرعاية في القطاع الخاص؛ نقص التعاون بين برامج مكافحة فيروس الأيدز وبرامج مكافحة السل؛ مشاكل إنتاج أدوية السل وإمداداتها واستخدامها على نحو رشيد؛ عدم الاهتمام بمكافحة العدوى؛ نقص التمويل المتاح للبحث والتطوير؛ نقص الموارد المالية.

١ وهي بلدان يقدر أن ٤٠٠٠ حالة أو أكثر من حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة تحدث فيها كل سنة: أرمينيا وأذربيجان وبنغلاديش وبيلاروس وبلغاريا والصين وجمهورية الكونغو الديمقراطية وإستونيا وإثيوبيا وجورجيا والهند وإندونيسيا وكازاخستان وقيرغيزستان ولاتفيا وليتوانيا وميانمار ونيجيريا وباكستان والفلبين وجمهورية مولدوفا والاتحاد الروسي وجنوب أفريقيا وطاجيكستان وأوكرانيا وأوزبكستان وفيتنام.

٢ الوثيقة WHO/HTM/TB/2006.368.

٦- ويتسبب ضعف النظم الصحية الوطنية في إعاقة مكافحة الأساسية وبيسر معاودة ظهور السل المقاوم للأدوية وانتشاره. ولكي تكون مكافحة فعالة لا بد من وجود سياسات وطنية مناسبة، وموظفين مدربين من ذوي الحوافز، ونظم مضمونة الجودة للمختبرات ولإمدادات الأدوية يدعمها برنامج كافي التمويل لمكافحة السل. ويلزم أن يشارك جميع العاملين في مرافق الرعاية الصحية التي يستخدمها المرضى ممن تظهر لديهم أعراض السل في العمل مشاركة فعالة في هذه العمليات، ومنهم بصفة خاصة العاملون في المستشفيات العامة والمتخصصة والمؤسسات الأكاديمية، والعاملون في شتى مؤسسات إيتاء الرعاية في القطاع الخاص الذين تعتبر مشاركتهم مسألة ذات أولوية. كما يؤلف وجود شبكة ملائمة للمرضى من العيادات الصحية والعاملين الصحيين أمراً أساسياً لضمان الإشراف على العلاج بأسلوب داعم ومضمون الجودة، وتيسير توافره والحصول عليه مجاناً. ويلزم وجود آلية لمتابعة المرضى الذين يتوقفون عن تناول العلاج وضمان معاودة علاجهم. كما أن إعلام المجتمعات وحفزها وتوفير الموارد لها ييسر إسهامها في اكتشاف الحالات ودعم تقيّد المرضى بالعلاج، لاسيما في البيئات المحدودة الموارد.

٧- وتقدر المنظمة أن ٥٧ بلداً، منها ٣٦ بلد في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من ضمنها ١٥ بلد يشتد عبء السل فيها، يواجه نقصاً حاداً في مزودي الخدمات الصحية^١. وتنخفض عموماً في تلك البلدان معدلات اكتشاف الحالات ومعدلات نجاح العلاج. ومن بين أهم جوانب النقص التي تعاني منها القوى العاملة، وعدم اتساق توزيع العاملين، وضعف قدراتهم، وارتفاع عبء عملهم، ونقلهم المتكرر، وقلة حوافزهم، وضعف الإشراف عليهم. وإذ لا يوجد حل مقنن لهذه المشاكل، فإن فعالية الاستراتيجيات تقتضي التركيز على تعزيز التعيين، ومساعدة القوى العاملة القائمة على تحسين أدائها، وتقليص معدل نبذ العاملين الصحيين للقوى العاملة، وكل ذلك بالاتساق مع وجود خطة استراتيجية شاملة للموارد البشرية من أجل الصحة.

٨- وفي الوقت الراهن، لا تتجاوز حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة التي يتم تشخيصها نسبة ٥٪. ويفتقر العديد من البلدان، لاسيما في أفريقيا، لوجود مختبرات قادرة على زرع البكتريا المتقطرة السليّة وإجراء اختبارات تآثرها بالأدوية. وثمة حاجة ملحة للقيام بتوسيع سريع لقدرات المختبرات التي عانت من الإهمال لفترة طويلة، على أن يتم ذلك وفقاً للقواعد والمعايير الدولية وفي إطار نظام أوسع لتعزيز المختبرات الوطنية للصحة العمومية؛ وتساعد المبادرة العالمية بشأن المختبرات، التي تقوم بها المنظمة وشركائها، على تعزيز تنسيق الاستجابة. كما تتاح الآن تكنولوجيات جديدة قادرة على تسريع تشخيص السل المقاوم للأدوية، ولكن استخدامها مازال محدوداً الآن، ويعزى السبب الرئيسي في ذلك إلى نقص البنى التحتية الأساسية المأمونة وقلة الموظفين الحاصلين على التدريب الكافي اللازم لذلك الاستخدام.

٩- ويلزم من البرامج الوطنية أن تضع السياسات اللازمة لتحديد مواقع وجود المصابين بالسل المقاوم للأدوية وتنظيم أساليب معالجتهم. ففي بعض البلدان، يدخل المرضى المستشفيات لفترات زمنية طويلة، مما يستلزم عمل مكثف ومكلف، ويثير قضايا أخلاقية واجتماعية هامة، ويؤدي إلى تزايد خطر انتقال العدوى داخل المستشفيات عند ضعف مكافحة العدوى. ولقد ثبتت جدوى ومردودية نماذج الرعاية الجديدة عند تطبيقها في البيئات المنخفضة الموارد، وهي نماذج تتيح إيتاء علاج مأمون وفعال، وتأمين دعمه من قبل المجتمعات. ويلزم من البلدان أن تنشئ مراكز الامتياز لضمان بناء قدرات كافية لدى مقدمي الرعاية الصحية اللازمة لإدارة السل، مما يتيح لها توسيع الخدمات العلاجية توسيعاً فعالاً وسريعاً.

١ التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٦: العمل معاً من أجل الصحة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦.

١٠- وهناك نسبة عالية من مرضى السل الذين يتم تشخيصهم ومعالجتهم في إطار القطاع الخاص في العديد من البلدان، وتتباين جودة إدارة الحالات تلك: حيث لا يتم عادة إبلاغ السلطات المسؤولة عن الصحة العمومية بشأن هؤلاء المرضى ولا عن نتائج العلاج الذي يتلقونه. وثمة نماذج للتعاون القائم بين القطاعين الخاص والعام في إيتاء الرعاية والمكافحة، بما في ذلك إدارة السل المقاوم للأدوية المتعددة، والتي لا يلزم المريض فيها بتسديد تكاليف رعايته، وهي نماذج تثبتت فعاليتها في البيئات التي تعاني من ضعف الموارد، ويلزم تطبيق تلك النماذج باعتبارها عنصراً ضرورياً للإسراع في توسيع إدارة السل المقاوم للأدوية المتعددة. وينبغي لوزارات الصحة أن تشرك قطاع الرعاية الخاص في إيتاء العلاج الجيد، وذلك عن طريق تطبيق أساليب الرعاية المشتركة بين القطاعين العام والخاص بالارتباط مع برامج مكافحة السل الوطنية.

١١- والأشخاص المتعايشون مع فيروس الأيدز هم من بين أكثر الأشخاص المعرضين للإصابة بالسل، بما فيه السل المقاوم للأدوية. كما أن العدوى بفيروس الأيدز تؤدي إلى زيادة واسعة في معدل وفيات المصابين بالسل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية. ويلزم تحسين التعاون وتعزيزه بين برامج مكافحة السل وبرامج مكافحة الأيدز بغية توقي الانتقال السريع للسل المقاوم للأدوية وما ينجم عنه من تزايد في معدلات الوفيات في المجتمعات التي تعاني بشدة من فيروس الأيدز. لذا فقد أوصت المنظمة بتوسيع الأنشطة التعاونية القائمة بين برامج مكافحة الأيدز والسل.^١

١٢- ويعتبر توفير الأدوية المضمونة الجودة عنصراً أساسياً لنجاح معالجة السل. ويتعين على عمليات صنع الأدوية أن تكون مطابقة للمعايير الدولية مع ضمان جودة منتجاتها النهائية. بيد أن الالتزام بمعايير المنظمة بشأن الأدوية الجيدة لا يتم في جميع الأحوال، كما أن استعمال توليفات الجرعات الثابتة، والتي تم تحديدها كوسيلة لتجنب نشوء المقاومة، لا يتم في نطاق واسع. وثمة مسألة هامة تتصل بنقص الإمدادات من أدوية الخط الثاني المضمونة الجودة. وتوفر لجنة الضوء الأخضر التي أنشأتها المنظمة وشركاؤها عام ٢٠٠٠، أدوية مضمونة الجودة ومطابقة لمعايير المنظمة، وبأسعار متفق بشأنها، وذلك للمشاريع التي تطبق دلائل المنظمة، والتي يجري تنفيذها في شتى أنحاء العالم.^٢ ويلزم تنسيق الأعمال التي تقوم بها كل من الحكومات والسلطات المسؤولة عن تنظيم الأدوية، والصناعات الصيدلانية، وأن تضمن منظمة الصحة العالمية مواصلة توفير الإمدادات الكافية من أدوية السل المضمونة الجودة مع تيسير الحصول عليها لجميع من يلزمهم تناول تلك الأدوية.

١٣- وثمة عوامل يسرت نشوء مقاومة الأدوية، تذكر من بينها صرف أدوية السل دون وصفات في صيدليات البيع بالتجزئة وعدم ترشيد إصدار الوصفات من قبل مقدمي الرعاية. وقد نجحت بعض البلدان في حصر وصف أدوية السل وصرفها في مرافق مرخصة تلتزم التزاماً تاماً بالمعايير والعلاجات الموصى بها دولياً. وهذه الممارسات جديرة بالدعم والتشجيع. كما ينبغي للبلدان أن تشجع ترشيد استعمال الأدوية تشجيعاً فعالاً، وبأساليب شاملة يشارك فيها كل من سلطات تنظيم الأدوية وبرامج مكافحة السل الوطنية والقائمون على إيتاء الرعاية الصحية والصناعات الصيدلانية والصيدالة والمستهلكون.

١ الوثيقة WHO/HTM/TB/2004.330 والوثيقة WHO/HTM/HIV/2004.1.

٢ في عام ٢٠٠٨، كان هناك ٦٠ بلداً وافقت لجنة الضوء الأخضر على شمولها بإدارة السل المقاوم للأدوية المتعددة وعلاجه لما مجموعه ٨٥٨ ٤٩ مريض بالسل المقاوم للأدوية المتعددة منذ عام ٢٠٠٠. ومن بين الـ ٢٧ بلداً ذات الأولوية فيما يتصل بالسل المقاوم للأدوية المتعددة حصلت جميع هذه البلدان على موافقة لجنة الضوء الأخضر، باستثناء نيجيريا وجنوب أفريقيا.

١٤- وتشكل مكافحة العدوى في بيئات ومؤسسات الرعاية الصحية عنصراً أساسياً في توقي انتقال المرض، مع ذلك فإن هذا العنصر لم يتلق اهتماماً كافياً من قبل سياسات وممارسات مكافحة الأمراض السارية مثل السل التي تتبعها البلدان الضعيفة الموارد. وقد حفزت الفاشيات الأخيرة للسل الشديد المقاومة للأدوية وما رافقها من ارتفاع معدلات الوفيات تنفيذ الأنشطة الرامية لمكافحة العدوى في بيئات معينة. وبغية تحسين وقاية العاملين في مجال الرعاية الصحية وتقليص مخاطر انتقال السل في إطار المؤسسات مثل المرافق الإصلاحية والأسر المعيشية، فإن مكافحة العدوى تستلزم مشاركة طائفة واسعة من الأطراف المعنية على صعيد النظام الصحي الشامل، بمن في ذلك مديرو المستشفيات والمعماريون والمهندسون والأطباء والمرضون والعاملون في المختبرات.

١٥- وقد أخذت بحوث السل تظهر مؤخراً على نطاق معقول، وذلك على الرغم من ضآلة الزيادة المسجلة في تمويلها عام ٢٠٠٧ بالمقارنة عما كان عليه عام ٢٠٠٦. وسترتهن مكافحة السل المقاوم للأدوية على النطاق العالمي، في آخر المطاف، بتوسيع توافر اختبارات التشخيص السريع الجديدة التي تتيح الحصول على النتائج في غضون ساعات قليلة دون الحاجة لاستخدام المعدات أو مقتضيات الأمن البيولوجي في المختبرات؛ كما ستعتمد تلك المكافحة على استعمال أدوية جديدة تسهم في اختصار فترة معالجة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية من بضع سنوات إلى بضعة أشهر؛ إلى جانب توفير لقاحات ضد السل المتأثر بالأدوية والمقاوم لها على السواء. ويلزم أيضاً توسيع الاهتمام ببحوث السل وتأمين الموارد الكافية لها.

١٦- ويستلزم بلوغ الأهداف المحددة في الخطة العالمية لدحر السل ٢٠٠٦-٢٠١٥ معالجة ١,٥ مليون مصاب بالسل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية في السبعة والعشرين بلداً ذات العبء الثقيل في غضون السبع سنوات المتبقية بين ٢٠٠٩ - ٢٠١٥. وتبلغ الزيادة المتوقعة في عدد الحالات المعالجة من ٧٠ ٠٠٠ حالة عام ٢٠٠٩ إلى ٣٨٢ ٠٠٠ حالة عام ٢٠١٥. ومع مراعاة تكلفة علاج كل مريض التي تتراوح عادة بين ٣٠٠٠ و ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي،^١ ستبلغ التكلفة الإجمالية لمعالجة ١,٥ مليون حالة ١١ ٥٠٠ مليون دولار أمريكي خلال سبع سنوات، حيث سترتفع من ٥٠٠ مليون دولار أمريكي عام ٢٠٠٩ إلى ٣١٠٠ مليون دولار أمريكي عام ٢٠١٥؛ ويعادل المبلغ الأخير ٤٣ ضعفاً للتمويل المتاح عام ٢٠٠٩ و ٥٣٪ من إجمالي التمويل اللازم لمكافحة السل. ويلزم تأمين الحجم الأكبر من هذا التمويل في الإقليم الأوروبي (٧٨٠٠ مليون دولار أمريكي)، تليه آسيا (٢٨٠٠ مليون دولار أمريكي). ويؤلف إعداد ميزانيات قطرية في إطار الخطط الاستراتيجية الوطنية الخطوة الأولى التي يتعين اتخاذها لضمان حشد التمويل اللازم لتعزيز إدارة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية. وقد أعدت المنظمة أداة للتخطيط والميزنة مخصصة لهذا الغرض. ويلزم أيضاً تقدير الموارد المتاحة محلياً، لاسيما في البلدان المتوسطة الدخل. وفي حالة عدم التمكن من حشد التمويل المحلي الكافي، يمكن للبلدان أن تستفيد استفادة كاملة من الموارد المتاحة لها في إطار الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، المرفق الدولي لشراء الأدوية (UNITAID)، ومن الموارد التي تتيحها الوكالات المانحة وآليات التمويل الأخرى.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

١٧- جمعية الصحة مدعوة للإحاطة علماً بهذا التقرير وتقديم التوجيه بشأنه.

= = =

١ تتباين التكلفة وفقاً للنظام الدوائي ونموذج الرعاية المتبع وأسعار المدخلات (إذ يتوقع مثلاً أن تكون تكاليف الموظفين أعلى في البلدان ذات الدخل المرتفع).