

## دکتر عزت الله راسخ

عضو انجمن متخصصین قلب و ریه امریکا

## بیماریهای ریوی ناشی از میکوباکتریهای آتیپیک

خود میپرسند آیا عده‌ای از بیمارانیکه بنام مسلول معالجه کرده‌اند بیماری آنها غیرسلی و ناشی از میکوباکتریهای آتیپیک نبوده است؟

در استفساری که نگارنده از مسئولین آزمایشگاه سل استیتوپاستور ایران کرده است معلوم شد که کشت اخلاط عده‌ای بیماران که از مراکز درمانی مختلف با نجاهدایت میشوند اختصاصات میکوباکتریهای آتیپیک را نشان میدهند. اینستکه با وجودیکه هنوز طبقبندی و اختصاصات دیگر و نسبت آنها در ایران معلوم نیست با جمیع آوری اطلاعات کلی درمورد آنها و ارائه‌آن بصورت یک مقاله قصد اینجانب آنستکه همکاران محترم آشناei بیشتری با این فصل پاتولوژی پیدا کنند که در آتیه وضع تشخیص و درمان و اپیدمیولوژی آن روشنتر شود.

مدتها میکربشناسان این مسأله را میدانستند که انواعی از میکوباکتریها در زمین و آب و سبزیجات موجودند که نزد انسان بیضرراند اما باعث بیماری حیوانات دیگر میشوند این بود و قنیکه انواع آتیپیک در ترد انسان دیده شد مسأله مهم بمنظیر نرسید انواع میکوباکتریهای *Smegmatis* که معمولاً در مجاری تناسلی انسان ساکن و انواع *M. Phlei* که ممکن است با غذا

پس از کشف باسیل سل توسط کنخ و اشعد مجھول توسط روتگن و عکس العمل جلدی با توبیر کولین توسط فون پیر که و ماتتو هریمیاریکه اخلاقتش باسیل اسید و الکل رزیستانی نشان میداد و خایعاتی در رادیو گرافی ریتینش موجود بود و عکس العمل جلدی او مثبت تیجتا و تحت درمانی که بر حسب اقتضای زمان تغییر میکرد قرار میگرفت توسعه علم میکروب‌شناسی نشان داد که میکوبـ باکتریهای شبیه میکوبـ باکتریوم سل موجودند که عامل بیماری سل نمیباشند. بسط رادیولوژی این مطلب را بهبود رساند که تصویر خایعات سلی ریه بصورت اختصاصی نبوده بیماریهای دیگری نیز میتوانند تصاویری نظیر آن ایجاد کنند و بالاخره عکس العمل جلدی گاه باوجود بیماری سل منفی و گاه بدون آن بعلی مثبت است.

بحث مربوط به میکوبـ باکتریهای آتیپیک مدتها از حدود مردان آزمایشگاه خارج نمیشد تا آنکه مسائل مربوط به اختلافات بالینی و درمانی و اپیدمیولوژیک بالآخره این بحث را برای کلیه آنانکه با بیماریهای ریوی سروکار دارند بصورت یک مسأله روز درآورده و بسیاری از کسانیکه بیماران مسلول راتحت نظر داشته‌اند پس از وقوف باین جهات از

<p>این نوع میکو باکتریها را نداشتند؟</p> <p>درایالات جنوب شرقی امریکا مطالعات قیاسی زرق آتنی‌ژن‌های اختصاصی سل برای عکس‌العمل تویر کولین و آتنی‌ژن‌های تهیه شده از این گروه آتبیبیک نشان داده که روپیمرفتنه جواب مثبت بنوع اخیر بیشتر است. با وجودیکه موارد بیماری‌منشعبه از نوع غیرفوتوکرمن در ایالات جنوب شرقی امریکا زیاد است اما مطالعات دیگر تقریباً وجود این انواع آتبیبیک را در قسمت عمدۀ نقاط دنیا تأیید کرده است. گزارش این موارد البته ارتباط مستقیم با تجزیه و اطلاع متخصصین آزمایشگاه از این موضوع دارد.</p> <p>این بیماری غیراز ممالک متحده و انگلستان در هند و رومانی و مالت و استرالیا و جامائیک و سوئد و فنلاند و فرانسه و سویس و پرو و کانادا نیز مشاهده شده است. در ایالات فلوریدای ممالک متحده بطور متوجه در اخلاق ۲٪ بیماران بستری در آسایشگاه‌های مسولین این باکتریهای آتبیبیک مشاهده شده‌اند. در مطالعات انتیتوپاستور شهر لیل در شمال فرانسه نیز که بررسیهای بر باشیلهای از ابتداء مقاوم بر آتنی‌بیوتیکها انجام شده است نیز بهمین تعداد ۲٪ میکو باکتریهای آتبیبیک برخورده‌اند. بعضی از گزارشها از ایالات جنوبی امریکای شمالی منجمله تکراس وجود این انواع را در حدود ۷٪ کل بیماران بستری بعلت سل میدانند. فقدان چند مورد بیماری در یک خانوار و همچنین تعداد نسبتاً زیاد عکس‌العمل پوستی مثبت نشان میدهد که عفونت با این میکو باکتریها نسبتاً فراوان اما ابتلاء بدیماری کم است. امتحانات قیاسی با</p>	<p>این مطالعه نشان میدهد کمیکل الکتروفورزی سارکوئیدز و بیماریهای ناشیه از میکو – باکتریهای آتبیبیک تقریباً مشابه در حالیکه هردو با نوع سلی تفاوت دارند.</p> <p>اختلافات دیگر بطوریکه ذکر شد نمود این انواع آتبیبیک در حرارت عادی اطاق و مسون بودن خوکچه هندی از آنها است امتحان مستقیم میکریکپی اختلاف مهمی بین باسیل سل و انواع آتبیبیک نشان نمیدهد و بهمین دلیل هم هست که باید خصائص دیگر آزمایشگاهی در نظر گرفته شود و کشت باشیلهای انجام گیرد حتی در صورتیکه در امتحان مستقیم وجود آنها مسلم شده باشد، معهذا در صورتیکه میکروب شناس اطلاعات از وجود این باکتریهای آتبیبیک داشته باشد اختلافاتی که اکنون شرح داده میشود میتواند در امتحان مستقیم ظن اورابسوی این انواع جلب کند.</p> <p>۱- وقتیکه در امتحان مستقیم میکریکپی باشیلهای بزرگتر از باشیلهای حقیقی سل باشند (احتمال سوش فوتوکرمن) و یا کوتاهتر و پلیمر (احتمال سوش غیر فوتوکرمن)</p> <p>۲- وجود مقاومت کم یا زیاد بداسترپتومیسین و ایزو نیازید و پاس قبل از درمان با آتنی بیوتیک. در این صورت بدنیاب اختلافات کشت و فعل و افعال دیگر آزمایشگاهی کم شرح داده شد باید رفت.</p> <p>مطالعات ایپیدمیولوزی نشان داده که این گروه‌های آتبیبیک را میتوان در اخلاق یا ترشحات بینی و حلق افراد سالم بدون آثار پرتوییکی ریوی مشاهده نمود و امروز میتوانیم از خود پرسیم چه تعداد از کسانیکه سابق بنام افراد سالم نامیده میشدند که در اخلاق اشان (Cracheurs) میکروب سل موجود بوده</p>
---	---

کمی اغلب بدارو های ضد میکروبی نیز مقاومند.

از لحاظ آزمایشگاهی آثار داروهای شیمیائی بر انواع این میکوباتریها یکسان نیست چنانکه نوع فتوکرمزن معمولاً نسبت به ایزونیازید و آمیتینز (Amithizone)

و تیوکاربانیلیدها کمتر از انواع دیگر مقاومت نشان میدهند سیکلوسرین تقریباً آثار مشابهی نسبت به تمام سوشهای آتبیک دارد. در نوع بیماری سوش ناشی از فتوکرمزن رژیم های مختلفه داروئی با یکدیگر قیاس شده باین نتیجه رسیده اند: داروئیکه بدتهائی بیش از همه موثر است عبارت از ایزونیازید و استرپتومیسین میباشد. سولفن ها و آمیتینز اثر نسبی دارند در صورتیکه اثر سیکلوسرین و سولفادیازین قابل بحث است. استرپتومیسین بدون تأثیر و اجتماع ایزونیازید قوت آنرا زیادتر نمیکند. ادرار مosh مبتلا تحت درمان استرپتومیسین و ایزونیازید یا اجتماع دو دارو استریل میشود در صورتیکه استرپتومیسین و سولفن ها این کار را نمیکند. تحت هرنوع رژیم درمانی کشت خون که مستقیم از قلب گرفته شده پس از ۷۳ روز باز هم مثبت مانده بنتر میآید بهترین اثر درمان شیمیائی بر روی کلید و کمترین اثر بر روی ضایعات ریوی و مغز باشد. خاصیت بیماریزای سوش فتوکرمزن با پاساژ های متعدد بر روی مosh زیادتر میشود.

درمان ضایعات ریوی انسان . درمان طبی، خیلی امیدوار کننده نیست. رادیوگرافی ریتین ۵۳٪ بیماران در موقع ختم درمان بهتر از شروع نیست. در حدود ۴۳٪ موارد اخلاط

توبرکولین استاندارد PPD-S و نوع تهیه شده از غیر فتوکرمزن PPD-S ترد بیماران مبتلا باین گروه آتبیک معمولاً بهر دو جواب مثبت میدهد اما جواب بنوع دوم شدیدerاست.

علاوه بالینی . علائم بالینی بیماران غیرقابل تمیز از بیماران مسالو ریوی است. علائم اصلی سرفه و لاغری تدریجی و تب خفیف است. خونریزی ریوی گاه مشاهده میشود . ۵۲٪ موارد بطور متوسط خیلی پیشرفت و بقیه باستثنای کمی نسبتاً پیشرفتی بوده است حفره های ریوی در ۷۸٪ موارد دیده شده کالسیفیکاسیون زیاد و مایع جنب نیز در بعضی موارد دیده شده است. مشاهدات رادیولوژی غیرقابل تشخیص از نوع بیماری سل ریوی است. بیماران این گروه معمولاً در سنین بالا و بیش از ۴۰ سالگی مشاهده میشوند . در این سنین معمولاً ضایعات میکو-باکتریهای آتبیک بر روی نسج ریوی که قبل از آنفیزیم یا سیلیکوز وغیره خراب شده جایگزین میشوند و میتوان نتیجه گرفت که این باکتریها با ویرولانس کم فقط قادرند در نسج ریویکه قبل از نسج ریوی کرد ایجاد بیماری کنند.

ضایعات خارج ریوی از نوع جهاز هاضمه و سپر ز و کبد و لوزالمعده و غده فوق کلیوی و پوست و منظر و پرده جنب و غدد لنفاوی و مفاحل و همچنین ضایعات ارزنی با این سوشها مشاهده شده است .

درمان از لحاظ کلی بطور خلاصه میشود گفت که مقاومت میکوباتریهای آتبیک بداروهای اختصاصی ضد سل و همچنین داروهای ضد قارچی به مقدار زیاد است و باستثنای