



EM/RC52/INF.DOC.2
ش م/ل إ52/وثيقة إعلامية/2

آب/أغسطس 2005

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

الدورة الثانية والخمسون

البند 4 (ب) من جدول الأعمال

تقرير مرحلي

حول

استئصال شلل الأطفال

المحتوى

الصفحة

1	..... المقدمة	1
1	..... الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط	2
1	..... 1.2 التقدم المُحرز في الإقليم	2
2	..... 2.2 معلومات مهمة حول البلدان الموطونة بشلل الأطفال والبلدان التي عاودتها عدواه	2
6	..... 3. تنفيذ استراتيجيات استئصال شلل الأطفال	6
6	..... 1.3 تقوية أنشطة التطعيم الروتيني	6
7	..... 2.3 أنشطة التطعيم التكميلي	7
8	..... 3.3 ترصد الشلل الرخو الحاد	8
10	..... 4. الاستعداد لمواجهة توافد فيروس شلل الأطفال	10
11	..... 5. قضايا المراحل النهائية لاستئصال شلل الأطفال	11
11	..... 1.5 الاحتواء المختبري للفيروس البري لشلل الأطفال والمواد الممكنة العدوى	11
11	..... 2.5 الإشهاد على استئصال شلل الأطفال	11
12	..... 3.5 الاستعداد الإقليمي لوقف التطعيم بلقاح شلل الأطفال المأخوذ بالفم	12
13	..... 6. الدعم التقني والمالي للبلدان	13
14	..... 7. الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال	14
15	..... 8. التحديات والتوجهات المستقبلية	15

1. المقدمة

قرّرت جمعية الصحة العالمية في عام 1988 استئصال شلل الأطفال من العالم بأسره. ومنذ ذلك الحين، أدّى تنفيذ استراتيجيات الاستئصال إلى تقليص عدد البلدان التي يتوطنها شلل الأطفال من 125 بلداً في عام 1988 إلى 6 بلدان في عام 2003. وخلال هذه الفترة، تمّ الإسهاد على خُلُوّ ثلاثة من أقاليم المنظمة من شلل الأطفال، وهذه الأقاليم هي: الأمريكتان، وغرب الهادي، وأوروبا.

هذا مع العلم بأن حالات شلل الأطفال المثبتة في إقليم شرق المتوسط، قد بلغت أذناها في عام 2003 (113 حالة مبلّغة)، بالمقارنة مع 35 000 حالة قُدّرت في عام 1988.

وتواصل تحقيق تقدّم قوي في آسيا وشمال أفريقيا في عام 2004. ولو أن أنشطة التطعيم في نيجيريا، التي هي أحد مستودعات فيروس شلل الأطفال المتبقية، قد أوقفت في المناطق الشمالية من البلد في أواسط عام 2003، بسبب مخاوف لا سند لها في ما يتعلق بمأمونية لقاح شلل الأطفال. وعقب ذلك، أصبحت نيجيريا مركز زلزال وبائي - إن صحّ التعبير - تأثّر به عدد كبير من البلدان الأفريقية، وامتد تأثيره إلى آسيا، فوصل إلى اليمن وإندونيسيا. فحتى أواسط عام 2005، كان مجموع البلدان التي كانت خالية من شلل الأطفال في السابق، والتي عاودتها عدوى فيروس شلل الأطفال، 19 بلداً. وكانت مستويات المناعة لدى السكان في ثمانية من هذه البلدان غير مرتفعة بما يكفي للوقاية من معاودة انتقال الفيروس البري الوافد لشلل الأطفال (إندونيسيا وبوركينا فاسو وتشاد وجمهورية أفريقيا الوسطى والسودان وكوت ديفوار ومالي واليمن).

ثم استؤنفت أنشطة التطعيم في كانو، بنيجيريا، في أواسط عام 2004، وأجريت حملات تطعيمية متزامنة في 23 بلداً في غرب ووسط أفريقيا، حيث تمّ تطعيم ما يزيد على 80 مليون طفل. وهناك العديد من البلدان الأخرى، لاسيّما في القرن الأفريقي (أثيوبيا وإريتريا وجيبوتي والصومال) التي يتهددها بشدة خطر انتشار شلل الأطفال.

وتمّ تكثيف حملات التطعيم ضد شلل الأطفال في أفغانستان وباكستان والهند، مع استمرارها مدة ستة أسابيع في المتوسط في أعلى المناطق اختطّاراً، مما أدّى إلى تقليص عدد الحالات تقليصاً ملحوظاً.

2. الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط

1.2 التقدّم المُحرَز في الإقليم

لقد أحرز تقدّم جيد في البلدان التي يتوطنها شلل الأطفال، بفضل الالتزام السياسي القوي وبفضل تكثيف حملة التطعيم ضد هذا المرض. فقد خُفضت الحالات بمقدار النصف في عام 2004 بالمقارنة مع عام 2003. وتواصل التقدّم في عام 2005، إذ لم تحدث حتى تموز/يوليو سوى 12 حالة في باكستان و4 حالات في أفغانستان.

ومع هذه التطوّرات المشجّعة، عانى الإقليم انتكاسة خطيرة بعودة فيروس شلل الأطفال إلى السودان وافداً من نيجيريا؛ ومنتقلاً من السودان إلى المملكة العربية السعودية واليمن. علماً بأنه لم يُبلّغ سوى عن حالتين من المملكة العربية السعودية في أواخر عام 2004 بسبب توافد الفيروس، من دون انتشار ثانوي. وإن كان توافد الفيروس في السودان واليمن قد أفضى إلى أوبئة متفجّرة.

2.2 معلومات مهمة حول البلدان الموطونة بشلل الأطفال والبلدان التي عاودتها عدواه

أفغانستان

تم تكثيف أنشطة التطعيم ضد شلل الأطفال في عام 2004، إذ أُجريت أربع حملات وطنية، تم فيها تطعيم ما يزيد على 7 ملايين طفل في كل حملة منها، كما أُجريت خمس حملات دون وطنية، معظمها بالتزامن مع حملات التطعيم في جارتها، باكستان. وقد أُبلغ في عام 2004 عن أربع حالات من شلل الأطفال، تمثل أقل عدد يبلغ عنه البلد في تاريخه. وأُبلغ في الفترة ما بين نيسان/أبريل وحزيران/يونيو 2005 عن أربع حالات من النمط الثالث من مناطق مجاورة في مقاطعتي هلمند وأروزغان، حيث توجد مشكلات أمنية لا يُستهان بها (الشكل 1).

وقامت بعثة رفيعة المستوى مؤلفة من بعض كبار المسؤولين بوزارة الصحة العمومية، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة «اليونيسف»، وعدد من المنظمات اللاحكومية، بزيارة المقاطعات المتضررة في تموز/يوليو 2005، وعُقدت اجتماعات تبصيرية مع حكام المقاطعات والمناطق، ومع مسؤولي المناطق الصحيين، وممثلي عدد من المنظمات اللاحكومية العاملة هناك. كما عُقدت اجتماعات مع زعماء القبائل، وحُكماء المجتمع، لضمان مشاركتهم مشاركة كاملة في جهود الوصول إلى جميع الأطفال وإعطائهم اللقاح. ونُظمت في آب/أغسطس عام 2005 حملة للتطعيم الاحتثائي.

مصر

تواصلت تحسُّن جودة أنشطة التطعيم، مع إبلاغ الحملات عن تحقيق تغطية تتجاوز 95%، على نحو ما وثَّقته المسوحات التي أجراها المشرفون على حملات التطعيم والمراقبون المستقلون. فقد أُبلغ عن حالة واحدة مثبتة من شلل الأطفال في أيار/مايو 2004؛ وكانت تلك آخر حالة يبلغ عنها. وانخفضت العينات البيئية الإيجابية للفيروس البري لشلل الأطفال، من 57% في عام 2001 إلى 16% في عام 2002، و4% في عام 2003، وأقل من 3% في عام 2004، مع الإبلاغ في كانون الثاني/يناير 2005 عن آخر العينات الإيجابية للفيروس البري لشلل الأطفال. وحيث إنه لم يُكتشف في مصر، منذ عام 2000، سوى فيروس شلل الأطفال البري من النمط الأول، فقد أُدخل فيها اللقاح الفموي الأحادي التكافؤ المضاد لفيروس شلل الأطفال من النمط الأول، لوقف السلاسل النهائية لانتقاله. وقد أُجريت جولتان للتطعيم بهذا اللقاح، أولاهما في أيار/مايو والثانية في تموز/يوليو 2005، مع الإبلاغ عن جودة وتغطية عالية المستوى جداً. وقد كان للالتزام السياسي الرفيع المستوى باستئصال شلل الأطفال من مصر، تأثير قوي، وهناك دلائل واضحة على أن وقف سراية الفيروس قد تحقَّق بالفعل في مصر.

باكستان

حققت باكستان تقدماً كبيراً على درب استئصال شلل الأطفال، مع وجود بيانات على تناقص تنوع فيروساته وتناقص كثافة انتقالها. فقد تم في الفترة ما بين عامي 2003 و2004 تقليص عدد حالات شلل الأطفال المثبتة بمقدار النصف (من 103 حالات إلى 53 حالة). وفي عام 2005، لم يبلغ حتى منتصف تموز/يوليو سوى عن 12 حالة فقط، حلتين من مقاطعة السند، وحالتين من مقاطعة الحدود الشمالية - الغربية، وحالة واحدة من بلوشستان، وسبع حالات من جنوب مقاطعة البنجاب، التي يبدو أنها تمثل بؤرة الانتقال المستمر لفيروس شلل الأطفال في باكستان (الشكل 2). وقد كانت جميع الحالات في عام 2005 ناجمة عن فيروس شلل الأطفال البري من النمط الأول. ولم يبلغ منذ كانون الأول/ديسمبر 2004 عن انتقال الفيروسات من النمط الثالث.



الشكل 1. حالات عدوى فيروس شلل الأطفال البري، بحسب النمط، في أفغانستان، وبحسب المقاطعة، في عام 2005



الشكل 2. حالات الفيروس البري لشلل الأطفال، بحسب النمط، في باكستان، في المدة 1 كانون الثاني/يناير - 24 تموز/يوليو 2005

ثم إن التدابير الاستراتيجية التي اتخذها برنامج استئصال شلل الأطفال في عامي 2004 و2005، لضمان مشاركة الإدارة المدنية، والتركيز على تحديد المناطق العالية الخطر high-risk، وتكثيف الدعم المقدم إلى تلك المناطق، قد أدت إلى تحقيق تحسينات جوهرية في جودة أنشطة التطعيم التكميلي، وفي الحالة التمهينية للأطفال في باكستان.

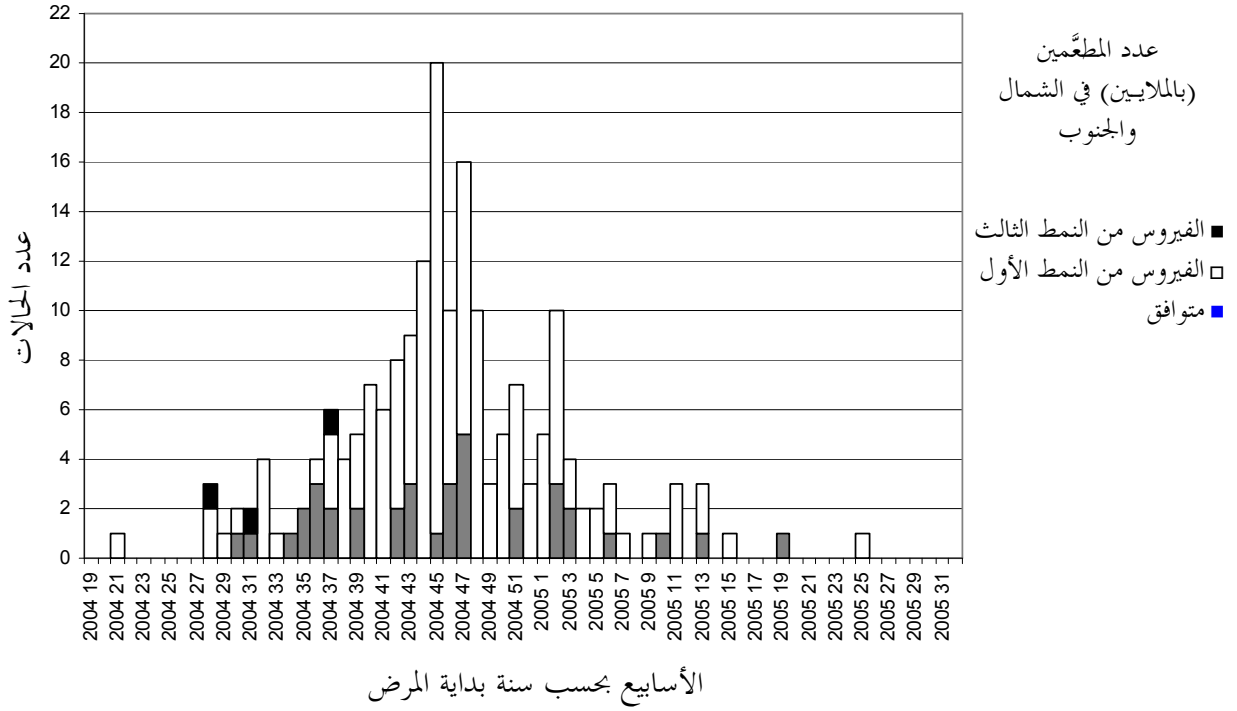
وفي حين كان الأداء العام للبرنامج قد بلغ مستوى جيداً جداً، فقد كان لابد من التصدي لسائر المناطق المختصة لضمان تحقيق استئصال شلل الأطفال في عام 2005. علماً بأنه لابد من إدامة مشاركة الإدارة المدنية وتوسيعها، ولاسيما في المناطق ذات الأولوية العليا. ولاتزال إمكانيات الوصول إلى أصغر الأطفال سنّاً، أي الأطفال الذين يقل عمرهم عن سنة واحدة، غير كافية في بعض المناطق والنطاقات العالية الخطر، بسبب العادات الثقافية والمشكلات الأمنية. ولابد من مداومة وتوسيع الجهود المبذولة للوصول إلى الأطفال، من أجل تحقيق أثر دائم.

السودان

نجح السودان، بفضل التنفيذ الجيد لأنشطة التطعيم التكميلي والترصد الجيد، في وقف انتقال الفيروس البري لشلل الأطفال في عام 2001؛ فقد أُبلغ عن آخر حالة لشلل الأطفال في نيسان/أبريل 2001. وأجريت الحملة الأخيرة من حملات أيام التطعيم الوطنية في كانون الثاني/ديسمبر 2002، ثم أدّى بعدها النقص العالمي للأموال، والتركيز على البلدان الموطونة بشلل الأطفال، وبلوغ معدل التغطية بالتطعيم الروتيني حوالي 70%، مع التنوع الكبير في أنماط الفيروسات وكثرة بؤرها، مع شدة انخفاض معدلات التغطية، إلى تراكم مجموعة كبيرة من السكان القابلين للعدوى.

وقد بدأ وباء شلل الأطفال مع دخول فيروس شلل الأطفال المتوافد من نيجيريا، عن طريق تشاد، إلى غرب دارفور، حيث أُبلغ عن أولى الحالات في أيار/مايو 2004. ثم اتسع نطاق انتقال الفيروس وتواصل على مدى حوالي السنة، مما أدّى إلى حدوث 153 حالة مثبتة أُبلغت من 19 ولاية في شمال السودان وجنوبه. ومن هذه الحالات 127 حالة بدأت في عام 2004 و26 حالة بدأت في عام 2005. وقد حدثت معظم الحالات في الشمال (141 حالة)، وجميعها، باستثناء ثلاث حالات، من جرّاء فيروس شلل الأطفال البري من النمط الأول. وقد ساعدت على تسهيل انتقال الفيروس، الفجوة المناعية الحاصلة، مع عدة عوامل أخرى، منها تنقلات السكان عبر الحدود وداخل البلد.

وقد جاء الرّد عاجلاً على عودة المرض. فأجريت في تموز/يوليو حملة للتطعيم الاحتثائي استهدفت ولايات دارفور، وتبعتها جولة أخرى في آب/أغسطس شملت أيضاً ولاية غرب كردفان. ونظراً لوصول العدوى إلى ولايات أخرى، فقد تم تنظيم سلسلة من أيام التطعيم الوطنية في تشرين الأول/أكتوبر وتشرين الثاني/نوفمبر 2004، ثم في كانون الثاني/يناير وشباط/فبراير ونيسان/أبريل وأيار/مايو وتموز/يوليو 2005 (الشكل 3). وقدمت المنظمة دعماً تقنياً ومالياً موسعاً، بما في ذلك إدخال استراتيجيات جديدة، مثل اقتفاء المنقطعين عن التطعيم، ووسم الأصابع، والرصد من قبل أطراف مستقلة، مما أدّى إلى تحسين جودة الحملات. وقد نُفذت الحملات في إطار أنشطة منسّقة للتطعيم التكميلي في بلدان غرب ووسط أفريقيا. ونتيجة لهذه الأنشطة، تلاشى الوباء، وأُبلغ عن آخر حالة في حزيران/يونيو 2005. ولو أن الوضع لا يزال هشاً، فتنقل السكان، وضعف إمكانية الوصول إلى المستهدفين في مناطق الصراع، لا يزالان يمثلان تحديين قائمين. ومن المزمع إجراء المزيد من الحملات قبل نهاية عام 2005 وفي عام 2006، لضمان الإيقاف الكامل لانتقال الفيروس، وتوقي انتشار المرض ثانية، نتيجة لعودة دخول الفيروس.



الشكل 3. المنحنى الوبائي لشلل الأطفال في السودان
في ما يتعلق بأنشطة التطعيم التكميلي (2004-2005)

اليمن

قبل الوباء الذي وقع مؤخراً، لم يكن الفيروس البري لشلل الأطفال قد استُفرد في اليمن، وأُبلغ في البلد عن آخر حالة مثبتة سريريا (إكلينيكيًا) في عام 1996. وبدأت أنشطة التطعيم التكميلي في عام 1996، واستمر تنفيذها سنوياً في إطار أيام التطعيم الوطنية حتى عام 2001. وفي عامي 2002 و2003، لم يكن يُنظَّم سوى أيام على الصعيد دون الوطني للتطعيم. وقد أددى وقف تنظيم أيام التطعيم الوطنية، مع انخفاض معدل التغطية بالتطعيم الروتيني، إلى حدوث فجوة مناعية كبيرة في السكان، بحيث أفضى دخول الفيروس في أوائل عام 2005 إلى وقوع وباء حسيماً، تسبَّب في حدوث 400 حالة حتى نهاية تموز/يوليو 2005. وعلى الرغم من أن نظام ترصد الشلل الرخو الحاد، الذي أُنشئ عام 1997، قد حافظ منذ عام 2001 على المعايير التي يتطلبها الإسهاد على الخلو من شلل الأطفال، فقد حدث تأخر في اكتشاف الحالات الأولى لوباء شلل الأطفال بسبب مشاركة العاملين المختصين في ترصد حمى الضنك. وقد جاء أول إثبات للحالات في 20 نيسان/أبريل، بعدما انتشر الفيروس على نطاق واسع في محافظة الحديدة.

وبعد الوباء الذي وقع في السودان، تم تنبيه جميع بلدان الإقليم العالية الاحتطار إلى ضرورة استئناف أنشطة التطعيم التكميلي، مع تصدُّر اليمن لقائمة تلك البلدان. وتقرَّر تنظيم أيام وطنية للتطعيم، وإن تأخَّر تنفيذها بسبب نقص اللقاحات والموارد المالية. وُفِّدَت الجولة الأولى في 11 نيسان/أبريل، بعدما انتشر الفيروس بالفعل، ومن ثمَّ كان مفعول الجولة محدوداً.

وأعقب إثبات دخول الفيروس البري لشلل الأطفال، ردُّ سريع ودعم تقني قوي من قِبَل المنظمة لضمان تنفيذ حملات عالية الجودة من منزل إلى منزل في أيار/مايو وتموز/يوليو، باستخدام لقاح فموي أحادي التكافؤ أكثر فعالية ضد فيروس شلل الأطفال من النمط الأول. وتقرَّر إجراء جولات إضافية في آب/أغسطس وأيلول/سبتمبر وتشيرين الأول/أكتوبر لضمان السيطرة الكاملة على الوضع، وسوف يتواصل تنظيم أيام وطنية للتطعيم في عام 2006 أيضاً (الشكل 4). وقد أُبلغ عن حالات من 21 محافظة من محافظات البلد الاثنتين والعشرين. وإن كانت معظم هذه الحالات قد أُبلغت من محافظة الحديدة، حيث أصيبت معظم الحالات بالعدوى قبل يوم التطعيم الوطني الذي نُظِم في نيسان/أبريل.

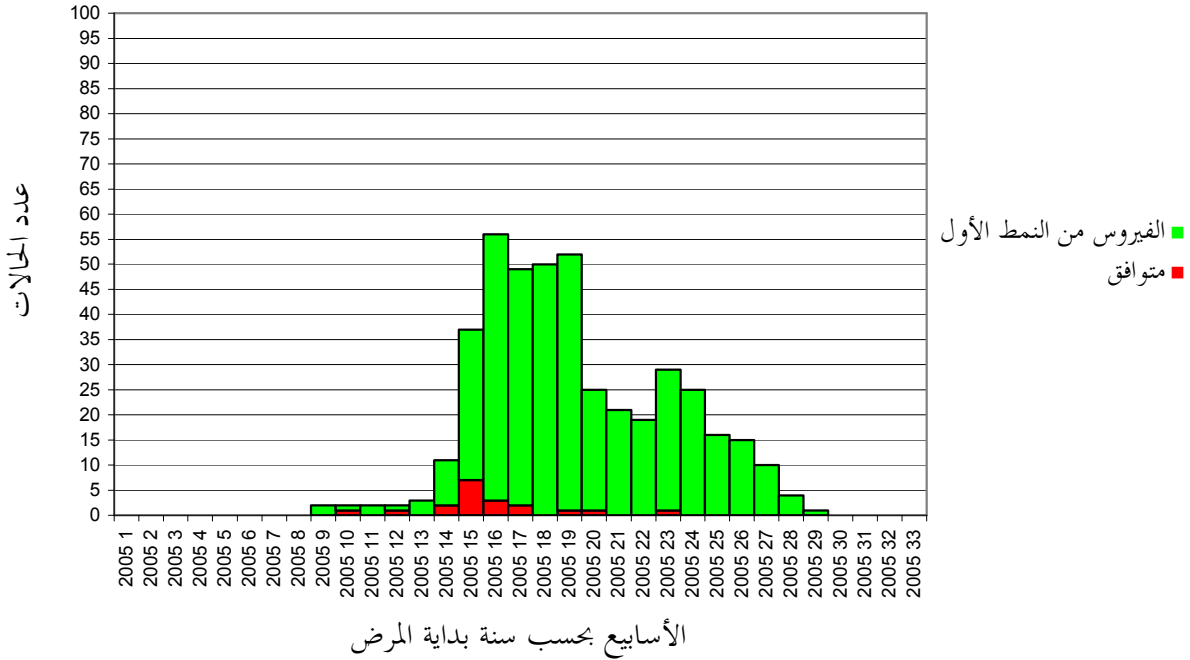
3. تنفيذ استراتيجيات استئصال شلل الأطفال

1.3 تقوية أنشطة التطعيم الروتيني

تُعَدُّ التغطية بالتطعيم الروتيني للرُّضْع، بمعدلات عالية، بثلاث جرعات على الأقل من لقاح شلل الأطفال المأخوذ بالفم، إحدى الاستراتيجيات الأساسية لاستئصال شلل الأطفال. ففي عام 2004، بلغ المعدل الإقليمي لتغطية الرُّضْع بثلاث جرعات على الأقل من لقاح شلل الأطفال المأخوذ بالفم 79%، والذي بقي على مستواه هذا على مدى السنوات القليلة الماضية. ويتمثل أهم تطور حدث في هذا الصدد، في نجاح العراق في إعادة إنشاء برنامجه للتطعيم الروتيني بمستواه الذي كان عليه قبل الحرب، بعد تدهوره تدهوراً كبيراً في عام 2003. وأبلغ عن معدلات لتغطية بالتطعيم الروتيني تقل عن 80% خلال عام 2004، من ستة من بلدان الإقليم، هي: أفغانستان وباكستان وجيبوتي والسودان والصومال واليمن.

ولا يَخْفَى أن التطعيم الروتيني بمعدلات عالية هو أمرٌ بالغ الأهمية للحفاظ على حالة الخلو من شلل الأطفال بعد استئصاله بنجاح. ثم إن توافد الفيروس مؤخراً، وما ترتب عليه من أوبئة وقعت في بلدان كالسودان واليمن، بالمقارنة مع الحالات الفرادية التي أعقبت توافد الفيروس في بلدان أخرى كجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية والمملكة العربية السعودية، يُبرز أهمية الحفاظ على معدل عالٍ لتغطية التطعيم الروتيني. ولا تزال مبادرة استئصال شلل الأطفال تركز على ضرورة الحفاظ على معدلات عالية لتغطية التطعيم الروتيني، وتعمل على تقوية أنشطة التطعيم الروتيني بعدة طُرُق، منها:

- إشراك جميع العاملين المعنيين باستئصال شلل الأطفال في تقوية أنشطة التطعيم الروتيني وفي ترصُّد الأمراض المتوقَّعة بالتطعيم.
- استخدام مقدار كبير من موارد استئصال شلل الأطفال في تقوية البنية الأساسية للمادة للتطعيم الروتيني.
- استخدام عملية التخطيط الاستراتيجي التي أُدخلت في أنشطة استئصال شلل الأطفال، والدروس المستفادة منها، في مبادرات أخرى، دعماً لخدمات التطعيم الروتيني، كما في عملية طلب الدعم من التحالف العالمي للقاحات والتمنيع (GAVI).
- إفادة أنشطة التطعيم الروتيني من جهود استئصال شلل الأطفال في مجالات أخرى، كما في إدارة البرامج، وتحسين التنسيق، وإذكاء الوعي السياسي، وتعزيز الدعم السياسي.



الشكل 4. المنحنى الوبائي لشلل الأطفال في اليمن
في ما يتعلق بأنشطة التطعيم التكميلي، في عام 2005

2.3 أنشطة التطعيم التكميلي

تتمثل أعلى أولويات استئصال شلل الأطفال في ضمان تطعيم كل طفل دون الخامسة من العمر ضد شلل الأطفال. وفي البلدان التي تقل فيها التغطية بالتطعيم الروتيني عن المستويات المنشودة، تبقى أنشطة التطعيم التكميلي وسيلة مهمة جداً لتحقيق مستويات عالية من المناعة في الأطفال، وهو أمر ضروري لتحقيق وإدامة حالة الخلو من شلل الأطفال.

وتواصل في عام 2004 تكثيف أنشطة التطعيم التكميلي في بقية البلدان الموطونة بشلل الأطفال، والتي أجرت كل منها 8 جولات تطعيمية في عام 2004. ويتواصل تكثيف هذه الأنشطة في عام 2005. وقد اتخذت أنشطة التطعيم التكميلي في الغالب شكل أيام وطنية للتطعيم، واتخذت في حالات قليلة شكل أيام دون وطنية للتطعيم. كما نُفذت، إضافةً إلى ذلك، أنشطة للتطعيم الاجتثاثي من أجل سرعة وقف انتقال الفيروس في المناطق التي أصبح الانتقال فيها بؤرياً. كما قامت عدة بلدان بتنفيذ أنشطة للتطعيم التكميلي لتوقي انتشار الفيروس في حالة توافده (الأردن والبحرين والجمهورية العربية الليبية وجيبوتي وسلطنة عُمان).

وتواصل تحسين وتقوية تنفيذ أنشطة التطعيم التكميلي باعتماد عدّة أساليب شملت ما يلي:

- تحديد المناطق العالية الاحتطار ورسم خرائط لها، وضمان أفضل أداء ممكن.

- تقوية التخطيط والرصد والتقييم من خلال تقديم دعم تقني كبير، بما في ذلك إدخال نظام الحملات، وغرف المراقبة، ووسم الأصابع، والرصد من قِبَل أطراف مستقلة.
- إدخال لقاح فموي أحادي التكافؤ ذي فاعلية أكبر ضد فيروس شلل الأطفال من النمط الأول في مصر لوقف انتقال الفيروس؛ وفي اليمن لمواجهة الوباء؛ وفي الصومال للتصدي لإمكانية الانتشار عقب التوأفد. وقد تأكد تفوق اللقاح الفموي الأحادي التكافؤ المضاد لفيروس شلل الأطفال من النمط الأول من خلال دراسات أجريت في بعض البلدان المدارية، حيث أعطت جرعة واحدة من هذا اللقاح مناعةً لنسبة تصل إلى 81% من الذين طُعّموا به، بالمقارنة مع نسبة تتراوح بين 30% و40% من الذين طُعّموا باللقاح الفموي الثلاثي التكافؤ.

3.3 ترصد الشلل الرخو الحاد

يمثل ترصد الشلل الرخو الحاد إحدى الاستراتيجيات الرئيسية لاستئصال شلل الأطفال، ووسيلة الدفع قُدماً بأنشطة استئصاله. علماً بأن نظام الترصد هذا مترسخ حالياً في جميع بلدان الإقليم، حتى في تلك البلدان التي ابتليت بالحروب، وفي المناطق ذات البنية الأساسية الصحية البدائية. وقد استخدم البرنامج الموسع للتمنيع بنية ترصد استئصال شلل الأطفال لترصد أمراض أخرى مستهدفة، كما تُستخدم هذه البنية لتحري ومواجهة سائر الأمراض السارية والطوارئ.

وقد تم في عام 2004 تجاوز المستوى المطلوب لحساسية نظام ترصد الشلل الرخو الحاد (معدل لشلل الرخو الحاد غير الناجم عن التهاب سنجابية النخاع [شلل الأطفال] يبلغ 1 لكل 100 000 من السكان الذين هم دون الخامسة عشرة من العمر)، على المستوى الإقليمي: 2.68، وفي جميع بلدان الإقليم، باستثناء الإمارات العربية المتحدة والبحرين وجيبوتي، حيث يوجد عدد صغير من حالات الشلل الرخو الحاد المتوقعة، وفلسطين، التي تعاني من وضع أممي صعب. وبلغ المعدل السنوي لشلل الرخو الحاد غير الناجم عن التهاب سنجابية النخاع [شلل الأطفال]: 3.17 في عام 2005 (الشكل 5). أما مؤشر الجودة الثاني للترصد، ألا وهو النسبة المئوية لحالات الشلل الرخو الحاد مع أخذ عينات كافية من البراز، فقد ظل في عام 2004 متجاوزاً للنسبة المئوية المستهدفة عالمياً، ومقدارها 80%، سواء على الصعيد الإقليمي (90%) أو على مستوى البلدان فرادى، باستثناء الأردن وجيبوتي ولبنان. وقد بلغ معدل كفاية عينات البراز 89% في عام 2005.

أما في مصر فإن أنشطة ترصد الشلل الرخو الحاد تكملها أنشطة الترصد البيئي، حيث يجري، دورياً، أخذ عينات من مياه المجاري من 33 موقعاً، موزعةً على شتى أرجاء البلد، واختبار تلك العينات، وذلك بُعْيةً زيادة حساسية نظام الترصد لاكتشاف الفيروس البري لشلل الأطفال.

ولضمان المداومة على الترصد الذي يفى بالمعايير المقررة للإشهاد على الخلو من شلل الأطفال، ريثما يتم هذا الإشهاد، تُجرى، دورياً، مراجعات لأنشطة الترصد. فقد أُجريت في عام 2005 مراجعات لأنشطة الترصد في كل من باكستان وتونس والجمهورية العربية الليبية والجمهورية العربية السورية ولبنان ومصر. وأجريت، حتى تموز/يوليو 2005، مراجعات لأنشطة الترصد في كل من السودان والمغرب والمملكة العربية السعودية واليمن، ومن المزمع إجراء المزيد من هذه المراجعات في أواخر العام. علماً بأن هذه المراجعات الدولية مثمرة جداً، من حيث إنها تلقي الضوء على المشكلات التي تتطلب عملاً عاجلاً لحلها من أجل الحفاظ على الحساسية والجودة المطلوبة لنظم الترصد كي



الشكل 5. معدل انتشار الشلل الرخو الحاد غير الناجم عن التهاب سنجابية النخاع (شلل الأطفال)، في الفترة من 1 كانون الثاني/يناير إلى 24 تموز/يوليو 2005

تكون لديها القدرة على أن تكتشف في الوقت المناسب أيّ فيروس جائل من فيروسات شلل الأطفال، بما في ذلك توافد هذه الفيروسات. وقد أثبتت مراجعات أنشطة الترصد، عموماً، حساسية نظام الترصد وموثوقيته. ولقي هذا النظام المزيد من التعزيز من قِبَل تلك السلطات الوطنية التي تميل دائماً إلى قبول وتنفيذ التوصيات المنبثقة عن هذه المراجعات. ويتواصل تحسين البرنامج من خلال طُرُق، منها إدخال مفاهيم جديدة (مثل الحالات الساخنة) ووضع معايير واضحة لأخذ عينات البراز من المخالطين.

وتدعمُ نظامَ ترصد الشلل الرخو الحادّ في الإقليم شبكةٌ مختبرية إقليمية تتألف من 12 مختبراً معنياً بشلل الأطفال. وتواصل هذه الشبكة عملها بأداء مرتفع المستوى، وهو الأمر الذي يتجلى في اعتماد جميع مختبراتها، باستثناء المختبر الوطني المعني بشلل الأطفال في العراق، والذي استحالته زيارته بسبب الوضع الأمني السائد. وقد اجتازت جميع المختبرات الاختبار الذي يجريه فريق المنظمة المعني بالكفاءة، على الزرع الأوّلي للفيروسات وعلى التمييز داخل نمط الفيروس. وقد اعتمد المختبر الوطني في سلطنة عُمان مؤخراً للقيام بأداء اختبارات التمييز داخل نمط الفيروس، ودعم الشبكة الإقليمية في هذا المضمار، إضافةً إلى القيام بعمله كمختبر وطني. كما أن المختبر المرجعي الإقليمي بالمعهد الوطني للصحة، في باكستان، قد اكتسب القدرة على تحديد المتواليات الجينية لفيروسات شلل الأطفال المُستفردة، وهو نشاطٌ لم تكن تستطيع أدائه في السابق سوى شبكة المختبرات المتخصصة العالمية. وتمثل هذه التطورات دعماً كبيراً للمبادرة الإقليمية لاستئصال شلل الأطفال.

ويتزايد عبءُ العمل الذي تضطلع به مختبرات الشبكة مع توافد التطورات في مجال الترصد في بلدان الإقليم. ففي عام 2004، أُجريت فحوص فيرولوجية على 6174 حالة من حالات الشلل الرخو الحاد. وتم في مختبرات الشبكة اختبار عدد من العينات بلغ مجموعها 15 236 عيّنة، منها 12 643 عيّنة لحالات من الشلل الرخو الحاد، و2133 عيّنة من المخالطين، و460 عيّنة من العينات البيئية ومن الأطفال الأصحاء ومن مصادر أخرى. وكانت جميع مؤشرات أداء المختبرات تفوق بكثير الأهداف المقررة، باستثناء الهدف المتعلق بنقل العينات في غضون ثلاثة أيام، إذ بقي معدل تحقيق هذا الهدف أقل من 70%، وهو ما يرجع بصفة رئيسية إلى طول الوقت المستغرق لشحن العينات من البلدان

التي لا يوجد لديها مختبر وطني، إلى بلدان أخرى لاختبارها. وقد أُبلغت، في غضون 28 يوماً، نتائج الفحص الفيروولوجي لنحو 99.9% من حالات الشلل الرخو الحاد، وأُرسلت، في غضون 14 يوماً، النتائج المتعلقة بفيروسات شلل الأطفال، وأُبلغت نتائج اختبارات التمييز داخل نمط الفيروس في غضون 60 يوماً من بداية الشلل، واستُفردت من 18% من العينات فيروساتٍ معوية غير متعلقة بشلل الأطفال.

وتخضع جميع الفيروسات المُستفردة لفحص جزيئيٍّ. وتشير معطيات تحديد المتواليات الجينية إلى الاتجاه المتزايد لانتقال الفيروس البري لشلل الأطفال انتقالاً محلياً، وإلى أن أنماطه الجينية هي من نوعية مقصورة على البلدان الموطونة بشلل الأطفال في الإقليم. ويجري روتينياً تحديداً المتواليات الجينية للوقوف على الروابط الوبائية بين مختلف المُستفردات، وعلى مصدر توافدها في الإقليم.

ولا يُدخِرُ جهداً للحفاظ على أداء شبكة المختبرات وتطويره، بتنمية قدرات الموارد البشرية من خلال عقد حلقات عملية تدريبية لصقل المعلومات، ومن خلال تقديم منح دراسية للتدريب على التقنيات المتقدمة. وقد تم تأمين المخصّصات المالية اللازمة لتغطية تكاليف التوريدات والإمدادات المطلوبة. ويواصل المكتب الإقليمي تأييده للاستفادة من مرافق وخبرات شبكة المختبرات المعنية بشلل الأطفال في البرامج الخاصة بترصد أمراض أخرى.

4. الاستعداد لمواجهة توافد فيروس شلل الأطفال

يظل خطر التوافد ماثلاً مادام الفيروس البري لشلل الأطفال ينتقل في أي مكان من العالم. وإدراكاً لأهمية هذا الأمر، عمد المكتب الإقليمي إلى إعداد دلائل إرشادية لمساعدة الدول الأعضاء على إعداد خطط وطنية للاستعداد لمواجهة توافد فيروس شلل الأطفال. وقرّرت لجنة الإشهاد الإقليمية أن تكون تلك الخطط أحد الشروط المسبقة للإشهاد، وأن تُدرج ضمن الوثائق التي تطلبها اللجنة. علماً بأن الركائز الرئيسية للاستعداد تتمثل في ارتفاع مستوى مناعة السكان المكتسبة عن طريق التطعيم الروتيني والتكميلي، وحساسية نظام ترصد الشلل الرخو الحاد.

ووقعت على مرّ السنين، موجاتٌ من توافد فيروس شلل الأطفال في بلدان الإقليم التي يتمنّع سكانها بمستويات عالية من المناعة (الجمهورية العربية السورية وفلسطين ولبنان والمملكة العربية السعودية) من دون حدوث انتشار ثانوي، أو وجود دلائل على عودة سراية الفيروس. وعلى خلاف ذلك، أدّت موجات التوافد في السودان عام 2004 وفي اليمن عام 2005، إلى نشوب أوبئة متفجرة نتيجةً للفجوات المناعية بين الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر؛ مما يُبرز ضرورة مواصلة أنشطة التطعيم التكميلي في البلدان الخالية من شلل الأطفال التي ينخفض فيها معدل التغطية بالتطعيم الروتيني.

وقد نُبّهت الدول الأعضاء إلى أهمية تفعيل الخطط الوطنية، في أعقاب انتقال الفيروس من نيجيريا إلى سائر البلدان الأفريقية. وحين وقع الوباء في السودان، تم مرة أخرى تنبيه الدول الأعضاء، ولاسيما جيبوتي والصومال واليمن، فضلاً عن بلدان شمال أفريقيا وبلدان مجلس التعاون الخليجي.

وقد أوصى الفريق الاستشاري التقني الإقليمي في اجتماعه الماضي في حزيران/يونيو 2005 بأن يعمل كل بلد على الحدّ من انتشار أي فيروسات وافدة، بتحديد الفجوات المناعية في سكّانه من الأطفال، سواء على الصعيد الوطني أو في فئات سكانية معيّنة، والقضاء على أي فجوة من هذا القبيل، من خلال أنشطة تطعيمية معيّنة هادفة، بما فيها

الحملات التطعيمية التي تركز على الفئات القابلة للعدوى، سواء على الصعيد المحلي أو الوطني، ريثما تتحقق تغطية الأطفال تغطية عالية متسقة.

5. قضايا المراحل النهائية لاستئصال شلل الأطفال

1.5 الاحتواء المخبري للفيروس البري لشلل الأطفال والمواد الممكنة العدوى

أنجزت تسعة من بلدان الإقليم (هي الأردن والبحرين والجمهورية العربية الليبية وجمهورية إيران الإسلامية وجيبوتي وسلطنة عُمان وقطر ولبنان والمملكة العربية السعودية) المرحلة الأولى من أنشطة الاحتواء المخبري للفيروس البري لشلل الأطفال، أي إنها أنجزت المسح والجرد المخبري. وهناك ستة بلدان أخرى تجتاز حواتيم هذه المرحلة التي يُتوقع أن تنجزها في نهاية عام 2005 (وهذه البلدان هي: الإمارات العربية المتحدة وتونس والجمهورية العربية السورية والعراق والكويت والمغرب). أما بقية البلدان، فتشمل البلدان التي ينتقل فيها الفيروس، بالإضافة إلى الصومال وفلسطين، اللتين تعكف كل منهما على صياغة خطة عملها الوطنية، المقرر إتمامها بحلول نهاية عام 2005.

وفي نهاية عام 2004، أُجري مسح لنحو 19 060 مختبراً، واكتُشف أن 6 منها فقط تقوم بتخزين مواد من الفيروس البري لشلل الأطفال. علماً بأن معظم هذه المختبرات تنتمي إلى الشبكة الإقليمية للمختبرات الوطنية المعنية بشلل الأطفال.

وقد أُجري اختباراً ارتياديّاً للدلائل الإرشادية لتوثيق جودة المرحلة الأولى لأنشطة احتواء الفيروس البري لشلل الأطفال، وذلك في ثلاثة من بلدان الإقليم (هي جمهورية إيران الإسلامية وسلطنة عُمان والمملكة العربية السعودية)، وقُدِّمت تقارير إلى لجنة الإشهاد الإقليمية عن طريق لجان الإشهاد الوطنية. وطلب إلى سائر البلدان الخالية من شلل الأطفال تقديم تقاريرها إلى لجنة الإشهاد الإقليمية.

2.5 الإشهاد على استئصال شلل الأطفال

واصلت لجنة الإشهاد الإقليمية مراجعة الوثائق الواردة إليها من بلدان الإقليم التي ظلت خالية من شلل الأطفال لمدة ثلاث سنوات فأكثر. وقد قبلت اللجنة حتى الآن الوثائق الوطنية الأساسية الواردة إليها من 17 بلداً (هي الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس والجمهورية العربية الليبية وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية وجيبوتي وسلطنة عُمان والسودان والعراق وقطر والكويت ولبنان والمغرب والمملكة العربية السعودية واليمن). وتواصل لجان الإشهاد الوطنية لهذه البلدان إعداد تقارير المستجدات السنوية وتقديمها إلى لجنة الإشهاد الإقليمية. وبعد عودة انتقال الفيروس البري لشلل الأطفال في أعقاب توافده إلى السودان واليمن، قرّرت لجنة الإشهاد الإقليمية أن تطلب إلى لجنة الإشهاد الوطنية في كل من هذين البلدين إعادة تقديم وثائقها الوطنية بعد حلّوها من شلل الأطفال لمدة عام على الأقل. وقد راجعت لجنة الإشهاد الإقليمية الوثائق الوطنية لكل من الصومال وفلسطين، مع تعليق قبولها لتلك الوثائق ريثما تصلها بعض الإيضاحات التي طلبتها من لجنة الإشهاد الوطنية لكل منهما.

وتيسيراً لتقديم الوثائق الوطنية لكلٍّ من أفغانستان وباكستان ومصر في الوقت المناسب، ولإجراء المراجعة الدورية للوضع الراهن لتنفيذ مبادرة استئصال شلل الأطفال في هذه البلدان الثلاثة، قامت لجنة الإشهاد الإقليمية أيضاً بمراجعة الوثائق الوطنية المبدئية المُرسَلة من هذه البلدان.

وكنخطوة على دَرَبِ الإعداد للإشهاد الإقليمي، قرَّرت لجنة الإشهاد الإقليمية أن تطلب الوثائق الوطنية النهائية اللازمة للإشهاد الإقليمي، من البلدان التي ظلت خالية من شلل الأطفال مدة خمس سنوات فأكثر، والتي أُنجزت المرحلة الأولى من الاحتواء المختبري لفيروس شلل الأطفال. ولو أن هذه البلدان سوف تواصل تقديم تقارير سنوية مختصرة بالمستجدات، ريثما يتم الإشهاد الإقليمي. ويُطلب إلى سائر البلدان التي تفي بهذه المعايير تقديم وثائقها الوطنية النهائية.

3.5 الاستعداد الإقليمي لوقف التطعيم بلقاح شلل الأطفال المأخوذ بالفم

في أيلول/سبتمبر 2004، قرَّرت اللجنة الاستشارية المخصَّصة لاستئصال شلل الأطفال أن وقف التطعيم بلقاح شلل الأطفال المأخوذ بالفم، يمثل السياسة الملائمة للتطعيم بعد استئصال شلل الأطفال. وينبغي أن يتم وقف التطعيم بهذا اللقاح في أقرب وقت ممكن بعد استئصال شلل الأطفال على الصعيد العالمي، مع ارتفاع مستويات مناعة السكان ومستويات حساسية نُظِمَ الترصد. علماً بأن الحد قدر الإمكان من مخاطر وقف التطعيم باللقاح المعني، يتطلَّب الإعداد لذلك بعناية على الصعيد الوطني والدولي، مع القيام، في نهاية المطاف، بوقف التطعيم بهذا اللقاح في جميع البلدان المتبقية التي تستخدم هذا اللقاح في آن واحد، لضمان عدم تعرُّض أي بلد لخطر توافد الفيروسات المشتقة من اللقاحات، من منطقة لايزال يُستعمل فيها لقاح شلل الأطفال المأخوذ بالفم.

ويترافق عددٌ من المخاطر مع وقف التطعيم باللقاح المأخوذ بالفم، أهمُّها سريةً فيروسات شلل الأطفال المشتقة من اللقاح، وعودة الفيروس من موقع لإنتاج اللقاح، أو من مرفق بحثي أو من مختبر تشخيصي. وللحدِّ قدر الإمكان من هذه المخاطر، تم تحديد ستة شروط مسبقة ينبغي الوفاء بها قبل وقف التطعيم الروتيني باللقاح المأخوذ بالفم. وهذه الشروط الستة هي: (1) إثبات وقف انتقال الفيروس البري لشلل الأطفال على الصعيد العالمي؛ (2) الاحتواء البيولوجي الملائم للمخزونات من فيروسات شلل الأطفال؛ (3) وجود مخزونات دولية من اللقاح الفموي الأحادي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال؛ (4) ارتفاع مستوى حساسية نظام الترصد؛ (5) الوقف المتزامن للتطعيم باللقاح المأخوذ بالفم؛ (6) اتباع سياسة للتطعيم الروتيني الطويل الأمد ضد شلل الأطفال.

أما التقدُّم المُحرَز في ما يتعلق بوقف انتقال الفيروس واحتوائه وترصده، فقد نوقشَ في أجزاء أخرى من هذا التقرير. وعلى الرغم من توافر مخزونات اللقاح الفموي الأحادي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال على الصعيد العالمي، فسوف يقدِّم المكتب الإقليمي الدعم إلى البلدان لكي تعجَّل بعملية الترخيص من قِبَل السلطات التنظيمية الوطنية. وفي ما يختصُّ بالوقف المتزامن للتطعيم باللقاح المأخوذ بالفم، فإنه يُتوقَّع صدور قرار عالمي في هذا الشأن عام 2006 من خلال قرار تتخذه جمعية الصحة العالمية، يبيِّن على وجه التحديد توقيت وعملية الوقف المتزامن للتطعيم باللقاح المعني، من قِبَل جميع البلدان التي تستعمل هذا اللقاح. ولا بد من القيام، بالتعاون مع السلطات الوطنية، بوضع خطط تفصيلية لجمع وتدمير كل مخزونات اللقاح المأخوذ بالفم، على الصعيد الوطني. ويعقب وقف التطعيم باللقاح المأخوذ بالفم، توثيق تدمير المخزونات المتبقية من اللقاح في كل بلد من بلدان الإقليم.

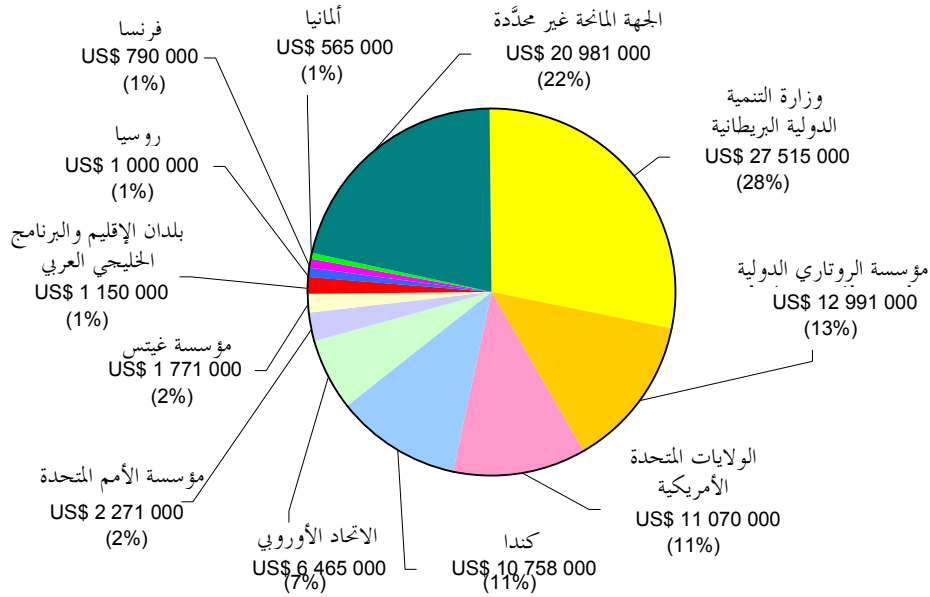
أما ما كان من أمر سياسة التطعيم الطويل الأمد، فقد أوصى الفريق الاستشاري التقني الإقليمي في اجتماعه لعام 2004، بتأجيل اتخاذ قرارات بشأن هذه القضية لمدة عام على الأقل. ولم يتخذ بعد أي بلد من بلدان الإقليم قراراً نهائياً بشأن مواصلة التطعيم بعد الاستئصال. وسوف تتاح فرصة يُناقش فيها مع كل بلد ما إذا كان سيستخدم لقاح شلل الأطفال المعطل أم لا يستخدمه، مع مراعاة ما لذلك من مخاطر ومنافع للوضع في كل بلد من البلدان.

6. الدعم التقني والمالي للبلدان

يقدّم الدعم التقني للبرنامج الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال، من خلال 95 موظفاً دولياً و879 موظفاً وطنياً معيّناً بشلل الأطفال، تعيينهم المنظمة، ويركز هذا الدعم بصفة رئيسية على البلدان ذات الأولوية. كما يقوم أولئك الموظفون بدعم برامج أخرى، وهم يمثلون، في بعض الأماكن بالصومال وجنوب السودان، الهيئة الرئيسية للبيئية الأساسية الصحية العاملة في الوقت الحاضر. وتم، إضافةً إلى ذلك، تقديم الدعم التقني، على شكل فرق من الخبراء، إلى السودان واليمن، لمساعدتهما على تحسين تنفيذ أنشطة التطعيم التكميلي من منزل إلى منزل. ويجري اتخاذ ترتيبات محلية ماثلة في كلٍّ من أفغانستان وباكستان.

وإضافةً إلى هذا الدعم المستمر، واصل الفريق الاستشاري التقني الإقليمي والفرق الاستشارية التقنية الوطنية استعراض الحالة الوبائية، ووضعت خططاً للأنشطة المطلوبة، وقدمت المشورة حول التوجّهات الاستراتيجية للبرامج. وانتهى رأي هذه الفرق إلى أن انتقال فيروس شلل الأطفال في هذه البلدان قد بلغ أدنى مستوياته المسجّلة، وأن تحقيق وقف انتقال الفيروس يتطلب أن تكون الأولوية العليا للبرامج متمثلة في تنفيذ حملات ممتازة للتطعيم من منزل إلى منزل.

وتقوم الدول الأعضاء، ولاسيّما في ما يتعلق بالتطعيم الروتيني، بتقديم بعض الموارد اللازمة لجهود الاستئصال، والتي هي ضرورية لتحقيق هدف الاستئصال، وضرورية للحفاظ على ما تم إحرازه من تقدّم حتى الآن، ولو أنه لا بد من توفير موارد مالية خارجية كبيرة لدعم الأنشطة الضرورية لتحقيق الهدف، ولاسيّما من حيث توفير اللقاحات، وتغطية نفقات التشغيل اللازمة لتكثيف أنشطة التطعيم التكميلي، ومواصلة أنشطة الترسّد، وضمان توافر الدعم التقني المطلوب. وقد قُدّرت الاحتياجات، وفقاً للخطة الاستراتيجية لعامي 2004 و2005، بنحو 118 مليون دولار أمريكي، تشمل 37 مليون دولار للقاح، و49 مليون دولار لنفقات التشغيل، و11 مليون دولار لأنشطة الترسّد والأنشطة المخبرية، و21 مليون دولار لتغطية تكاليف الموظفين الوطنيين والدوليين. وبالنظر إلى التطوّرات المتعلقة بوباء شلل الأطفال في كلٍّ من السودان، واليمن، فقد زادت الاحتياجات بمقدار 20 مليون دولار. ويتم من خلال اليونيسف تدبير الأموال اللازمة للقاحات وبعض تكاليف التشغيل؛ أما بقية الأموال فيتم تدبيرها من خلال المنظمة. وقد تلقت المنظمة خلال الثنائية 2004 - 2005، ما يزيد على 97 مليون دولار لدعم نفقات التشغيل، وتكاليف أنشطة الترسّد، وتكاليف الموظفين. وكانت الجهات المانحة الرئيسية لهذه الأموال هي وزارة التنمية الدولية بالملكة المتحدة، ومؤسسة الروتاري الدولية، وحكومتَي الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، والاتحاد الأوروبي، ومؤسسة الأمم المتحدة، ومؤسسة غيتس، وحكومات كل من روسيا وفرنسا وألمانيا والإمارات العربية المتحدة وقطر وسلطنة عُمان، والبرنامج الخليجي العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية. ويبيّن الشكل 6 النسب التي دفعها مختلف المانحين.



الشكل 6. الجهات المانحة الرئيسية للأنشطة الإقليمية لاستئصال شلل الأطفال التي تدعمها منظمة الصحة العالمية، في الشناتية 2004-2005

7. الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال

يَلقى استئصال شلل الأطفال دعماً سياسياً رفيع المستوى جداً في الإقليم. فالسلطات الوطنية، سواء في البلدان الموطونة بشلل الأطفال أو البلدان الخالية منه، ملتزمة بتنفيذ جميع استراتيجيات استئصال شلل الأطفال. وتحتل اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط منذ عام 1988 صدارة الجهود المبذولة لاستئصال شلل الأطفال، كما أن اهتمام اللجنة الإقليمية المستمر بالوضع المتعلق بشلل الأطفال، واستعراضها له بانتظام، وتوجيهها المطرد المحسّد في مقرراتها وقراراتها، هي عوامل تمثل قوة الدفع نحو بلوغ هذا المرمى في إقليم شرق المتوسط.

وقد عُقد في كانون الثاني/يناير 2004 اجتماع وزاري مهم في جنيف لجميع البلدان التي لا يزال يتوطنها شلل الأطفال، قامت في نهايته البلدان وممثلو الشركاء الرئيسيين بتوقيع إعلان جنيف لاستئصال شلل الأطفال، مُلزمين أنفسهم وبلدانهم باتخاذ الإجراءات اللازمة لوقف انتقال الفيروس بحلول نهاية عام 2004. واجتمعت البلدان الموطونة مرة أخرى في أوائل عام 2005، في اجتماعات وزارية عُقدت في جنيف لمتابعة نتائج الاجتماع الذي عُقد في كانون الثاني/يناير من عام 2004. وقد عرض وزراء الصحة ووفودهم في هذه الاجتماعات ما أحرز من تقدّم في بلدانهم وما حُطّط له من أنشطة، وأعادوا تأكيد التزامهم الوطني بتحقيق الهدف المنشود في عام 2005.

وتتواصل في الإقليم الجهود الرامية لاستقطاب الدعم لاستئصال شلل الأطفال. فقد قام المدير الإقليمي بعدد من الزيارات إلى باكستان، التي هي أكبر البلدان الموطونة بشلل الأطفال في الإقليم. واجتمع بفخامة الرئيس برويز مشرف، الذي أعاد تأكيد وعده بالقيام شخصياً بالإشراف على الحملة الأخيرة لاستئصال شلل الأطفال من

باكستان. كما عُقدت اجتماعات مع حكام المقاطعات، والوزراء وعدد آخر من كبار المسؤولين والقادة في مختلف المقاطعات.

كما نوقشت في عام 2004 قضية استئصال شلل الأطفال خلال اجتماع منظمة المؤتمر الإسلامي، التي تضم بين أعضائها اثنتين والخمسين البلدان التي لا يزال يتوطنها شلل الأطفال في الإقليم. وقامت بلدان الإقليم الموطونة بشلل الأطفال، خلال الاجتماع، بإعادة تأكيد التزامها بجهود الاستئصال، ونوشدت سائر بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي بدعم المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال. كما نوقشت القضية مرة أخرى في اجتماع منظمة المؤتمر الإسلامي الذي عُقد عام 2005 في اليمن، وأعادت الدول الأعضاء تأكيد دعمها للمبادرة والتزامها بالهدف المتمثل في إخلاء العالم من شلل الأطفال.

وتقوم المنظمة بدورٍ محوريٍّ في تنفيذ مبادرة استئصال شلل الأطفال في الإقليم. ويشمل هذا الدور استقطاب التأييد للمبادرة، ونشر المعلومات حول الأوضاع المتعلقة بشلل الأطفال على الصعيد العالمي والإقليمي والقطري، من خلال إصدار النشرة الدورية «بوليوفاكس» PolioFax، ونشر تقارير حول مستجدات الوضع في البلدان الموطونة أو التي عاودتها العدوى مؤخراً. وتُرسل إلى السلطات الوطنية رسائل تنبئها إلى التطورات التي قد تتأثر بها بلدانها. كما أن من العناصر المهمة للدور الذي تقوم به المنظمة، تقديم الدعم التقني والمالي إلى الدول الأعضاء في ما يتعلق بالأنشطة التي تتطلب موارد خارجية.

8. التحديات والتوجهات المستقبلية

تتمثل الأولوية العليا للبرنامج الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال في وقف انتقال فيروس شلل الأطفال في أقرب وقت ممكن في البلدان التي لا يزال يتوطنها هذا المرض. وسوف تتواصل أنشطة التطعيم التكميلي في عام 2005، مع بذل الجهود اللازمة لتكثيف الأنشطة من حيث الكم، مع تحقيق أفضل مستوى ممكن من الجودة. ومن الأهمية بمكان المداومة على الالتزام السياسي، على جميع المستويات في هذه البلدان، بدعم أنشطة الاستئصال، وضمان ترجمة هذا الالتزام إلى إخضاع الأطراف المعنية للمساءلة، وتحسين الأداء على مستوى القاعدة الشعبية.

كما أن من الأهمية بمكان وقف انتقال الفيروس في السودان واليمن ودعمهما من أجل استعادتهما لحالة الخلو من شلل الأطفال، وضمان التنسيق إلى أقصى حدٍّ ممكن مع البلدان المجاورة لهما، تبادياً لأي ثغرات في مناطق الحدود، ولاسيماً مع البلدان المعروفة بتنقل سكانها إلى جيبوتي والسودان والصومال ومن خلالها.

كما أن من المهم تبادي الثغرات المناعية الكبيرة بين الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر، ولاسيماً في البلدان التي حلت مؤخراً من شلل الأطفال، والتي معدل التغطية فيها بالتطعيم الروتيني هو دون المستوى المنشود. وإضافة إلى الجهود التي تستهدف تحسين أنشطة التطعيم الروتيني، ينبغي التخطيط لتنفيذ ما يلزم من أنشطة التطعيم التكميلي لتغطية المناطق العالية الاحتطار والمناطق التي ينخفض فيها معدل التغطية التطعيمية، على أقل تقدير، مادام الفيروس ينتقل في الإقليم أو حواليه.

ومن الأهمية بمكان المداومة في جميع بلدان الإقليم على الترصد وفقاً للمعايير المؤهلة للإشهاد على الخلو من المرض، وذلك من خلال الإشهاد العالمي. فلا يخفى أن نظام الترصد الحساس والعالي الجودة، هو إحدى ركائز

الاستعداد لمواجهة توافد فيروس شلل الأطفال، وهو يُعين على الاكتشاف المبكر لأي وافدة ممكنة ومواجهتها في الوقت المناسب. وسوف تتواصل مراقبة معطيات (بيانات) الترصد مراقبة وثيقة، كما سوف تُجرى مراجعات لأنشطة الترصد، سواء في البلدان التي يتوطنها شلل الأطفال أو في البلدان الخالية منه.

ومع الاقتراب من مرمى استئصال شلل الأطفال، تزيد أهمية أنشطة الإشهاد وما بعد الإشهاد. ومن بين الشروط المسبقة للإشهاد على استئصال شلل الأطفال من الإقليم، إنجاز مرحلة «المسح والجرد» survey and inventory للاحتواء المختبري للفيروس البري لشلل الأطفال في جميع بلدان الإقليم. ولابد أيضاً من اتخاذ الاستعدادات المطلوبة لوقف استعمال اللقاح المأخوذ بالفم، في نهاية المطاف.

كذلك لابد من توفير الموارد المالية المطلوبة لتنفيذ الخطة الإقليمية للاستئصال إلى غاية عام 2008، كي تتسنى مواصلة الدعم التقني والعملي اللازم لتنفيذ أنشطة الاستئصال بمستوى عالي الجودة. وتتواصل الجهود الرامية إلى استجلاب الأموال من المانحين الرئيسيين. ومن الأولويات في هذا المضمار، بذل جهود مماثلة لاستجلاب الأموال من داخل الإقليم، وتنفيذ سائر قرارات اللجنة الإقليمية في هذا الشأن.