WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

اللجنة الإقليمية
لشـرق المتوسط

الدورة السادسة والخمسون

البند 4 (أ) من جدول الأعمال

EM/RC56/INF.DOC.1
ش م/ل إ56/وثيقة إعلامية/1

أب/أغسطس 2009

الأصل: بالإنكليزية

تقرير مرحلي

حول

استئصال شلل الأطفال

المحتوى

الصفحة

1. المقدِّمة 1
2. الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط 1
   1.2 التقدُّم المُحرز على صعيد الإقليم 1
   2.2 الملامح الرئيسية للبلدان الموطونة بشلل الأطفال والبلدان التي عاودتها عدواه 1
3. تطبيق استراتيجيات استئصال شلل الأطفال 3
   1.3 التطعيم الروتيني 3
   2.3 أنشطة التطعيم التكميلي 4
   3.3 ترصُّد الشلل الرخو الحاد 4
   4.3 شبكة المختبرات الإقليمية 5
4. المراحل النهائية لاستئصال شلل الأطفال 7
   1.4 الاحتواء المختبري للفيروس البري لشلل الأطفال والمواد المحتملة الإعداء 7
   2.4 الإشهاد على استئصال شلل الأطفال 7
5. تقديم الدعم التقني والمالي إلى البلدان 8
6. التنسيق مع سائر الأقاليم 8
7. الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال 9
8. التحدِّيات 9
9. التوجُّهات المستقبلية 10

1. المقدِّمة

في عام 1988، اتخذت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط قرارها ش م/ل إ35/ق.14، الذي اعتمدت فيه مرمى استئصال شلل الأطفال. وقد أدّى تنفيذ استراتيجيات الاستئصال، منذ ذلك الحين، إلى انخفاض عدد البلدان الموطونة بشلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط من 22 بلداً إلى بلدين اثنين فقط (أفغانستان وباكستان). وفي كلا البلدين هبطت كثافة انتقال المرض في عام 2007 إلى معدَّلات منخفضة غير مسبوقة نتيجة لتعزيز الجهود المبذولة لاستئصاله. غير أن عام 2008 شهد ارتفاعاً في عدد حالات شلل الأطفال المبلَّغة من كل من أفغانستان وباكستان، مع انتشار الفيروس في مناطق في باكستان كانت خالية منه من قبل، وظل بعضها خالياً منه سنوات عديدة.

وقد انتهت الأوبئة التي أعقبت توافد الفيروس من نيجيريا (2004 – 2007)، والتي أثّرت على كل من السودان والصومال واليمن، وكان الصومال قد أبلغ عن آخر حالة فيه، في آذار/مارس 2007. وفي عام 2008 أُبلغ عن حالتين وافدتين من تشاد في شمال السودان دون أن ينتج عنهما انتشار ثانوي. وفي جنوب السودان، بدأت فاشية في حزيران/يونيو 2008، أدّت إلى وقوع 24 حالة من النمط الأول. وتواصلت سراية الفيروس في عام 2009 وامتدت لتصل إلى شمال السودان، حيث تم الإبلاغ عن حالة واحدة في الخرطوم وأربع حالات في ولاية البحر الأحمر.

2. الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط

1.2 التقدُّم المُحرَز على صعيد الإقليم

شهد عام 2008 تكثيف جهود استئصال شلل الأطفال، وتم الحفاظ على وضع الخلو من شلل الأطفال في 19 بلداً من بلدان الإقليم. غير أن إجمالي عدد الحالات المبلغ عنها في الإقليم ارتفع إلى 175 حالة، أي ثلاثة أضعاف الحالات المبلغة في عام 2007 (58 حالة تمثل أقل عدد من الحالات المبلغة في الإقليم). وكان معظم الحالات في عام 2008 في باكستان (118 حالة)، مع 31 حالة في أفغانستان و26 حالة في السودان.

2.2 الملامح الرئيسية للبلدان الموطونة بشلل الأطفال والبلدان التي عاودتها عدواه

أفغانستان وباكستان

ينتمي كل من أفغانستان وباكستان إلى كتلة وبائية واحدة، كما يتضح من الأنماط الوبائية والجينية للفيروسات المستفردة من الحالات في كلٍّ من البلدين. ونظراً لما لهذين البلدين من تقاليد عرقية وثقافية مشتركة ومن روابط اجتماعية وتجارية متينة جداً، تكثر تنقلات السكان في ما بين البلدين.

وقد شهدت الأشهر الستة الأولى من عام 2008 انخفاضاً مستمراً في عدد حالات شلل الأطفال وكذلك في التنوع الجينومي للفيروسات المستفردة في كل من أفغانستان وباكستان، مع تركز الحالات في منطقتي السراية المعروفتين: المنطقة الشمالية التي تضم معظم ولاية الحدود الشمالية الغربية، والمناطق القبلية التي تديرها الحكومة الاتحادية، في باكستان، والمنطقة الشرقية لأفغانستان؛ والمنطقة الجنوبية، بما فيها الممر الممتد من المنطقة الجنوبية لأفغانستان مروراً ببلوشستان وجنوب البنجاب وشمال وجنوب ولاية السند، بما فيها كراتشي. وقد بدأ حدوث

زيادة كبيرة في عدد الحالات في تموز/يوليو 2008 في منطقة المستودع في ولاية الحدود الشمالية الغربية لباكستان وفي جنوب أفغانستان، مع انتقال المرض في المناطق التي كانت خالية من الفيروس في السابق، ولاسيما في البنجاب.

وفي أفغانستان، كانت الحالات المبلَّغة توجد بصفة رئيسية في 16 منطقة إدارية في أربع مقاطعات بالمنطقة الجنوبية (قندهار، وهلمند، وأوروزغان، وزابُل)، ومقاطعتي فرح وهيرات المجاورتين، في المنطقة الغربية، باستثناء 3 حالات في نانغارهار في المنطقة الشرقية. وكان معظم الحالات ناجماً عن الفيروس البري لشلل الأطفال من النمط الأول (25 حالة)، مع 6 حالات ناجمة عن الفيروس البري من النمط الثالث.

هذا، مع العلم بأن السبب الرئيسي لاستمرار سراية الفيروس في المنطقة الجنوبية على الرغم من أنشطة التطعيم التكميلي العديدة التي تم القيام بها (4 أيام تطعيم وطنية و5 أيام تطعيم دون وطنية، وإضافة جرعات إضافية من اللقاح الفموي الأحادي التكافؤ تفصل بينها فترات قصيرة في المناطق التي يشتد فيها خطر العدوى)، هو تدهور الوضع الأمني، والقتال المحتدم الذي يعوق الوصول الآمن إلى الأطفال. ويواصل البرنامج الاستفادة من الفرص السانحة لتحسين إمكانية الوصول إلى الأطفال لتطعيمهم ودعوة جميع الأطراف إلى وقف الأعمال العدائية أثناء أنشطة التطعيم التكميلي، لتمكين المطعِّمين من الوصول إلى الأطفال. ولم تسفر هذه الجهود إلا عن تحسُّن محدود لإمكانية الوصول إلى الأطفال في بعض أجزاء المنطقة الجنوبية. غير أن هذه الإمكانية لم تستمر بما يكفي لتحقيق تأثير فعلي في مُرْتسم (بروفيل) المناعة، ومن ثم وقف سريان الفيروس. وفي أيلول/سبتمبر 2008، فقد البرنامج اثنين من الموظفين الوطنيين وسائقاً جراء تفجير وحشي للسيارة التي كانوا يستقلونها، وهم في الطريق من قندهار إلى سبينبولداك.

وفي باكستان، فإن الزيادة المفاجئة في الحالات، ابتداءً من النصف الثاني من عام 2008، شكّلت فاشية (25 حالة من شلل الأطفال من النمط الثالث)، في بيشاور، وانتقل الفيروس البري لشلل الأطفال من النمط الأول إلى أجزاء مختلفة من البلد، وكانت الزيادة في الحالات أشد في البنجاب، حيث وقعت فيها فاشية (31 حالة) بعد سنتين من خلوها من الفيروس البري لشلل الأطفال من النمط الأول. كما انتقلت الفيروسات البرية لشلل الأطفال من ولاية الحدود الشمالية الغربية إلى إسلام أباد (3 حالات من النمط الأول وحالتان من النمط الثالث) بعد خمس سنوات لم يبلغ فيها عن أي حالة من حالات شلل الأطفال. ومن مجموع الحالات المبلغة (118 حالة) من 49 من المناطق الإدارية والبلدان، كانت هنالك 81 حالة ناجمة عن النمط الأول و37 حالة ناجمة عن النمط الثالث.

وشملت أسباب هذه الزيادة، في ما شملت، الانخفاض الحاد في أنشطة التطعيم الروتيني من أواسط عام 2007، وضعف إمكانية الوصول إلى الأطفال في المناطق ذات الوضع الأمني المختل، والتي تمثل بؤراً موطونة بالمرض، وتنقُّل السكان بأعداد كبيرة من هذه المناطق إلى مناطق أخرى في باكستان. وقد بُذلت جهود كبيرة على جميع الجبهات، بما في ذلك جهود التوعية وأنشطة التطعيم التكميلي. كما تم إعداد خطط مستوفاة للولايات، لعام 2009، وبُذلت جهود لضمان تنفيذها. وعلى حين تم في عام 2008 تنظيم أربعة أيام وطنية للتطعيم وسبعة أيام دون وطنية للتطعيم، فإن الخطة الموضوعة لعام 2009 تستهدف زيادة عدد الأنشطة على النطاق الوطني إلى ستة أيام وطنية للتطعيم، باستخدام لقاح شلل الأطفال الثلاثي التكافؤ المأخوذ بالفم، إضافة إلى أيام التطعيم دون الوطنية، وحملات التطعيم الاحتثاثي، باستخدام اللقاح الفموي الأحادي التكافؤ، وفقاً للتطورات الوبائية. ومن المزمع إضافة أساليب جديدة،

منها التـرصُّد البيئي environmental surveillance ومسوحات الانتشار المصلي، من أجل تحسين فهم أسباب استدامة فيروس شلل الأطفال في بعض المناطق، وتوجيه الاستـراتيجيات المستقبلية.

وفي إطار جهود التوعية، قام الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري، المدير الإقليمي لشرق المتوسط، بزيارة باكستان، والتقى بدولة السيد يوسف رضا جيلاني، رئيس الوزراء الباكستاني، الذي أعاد تأكيد التزام حكومته بمرمى استئصال شلل الأطفال وبتشكيل لجنة مشتـركة بين الولايات لاستئصال شلل الأطفال. كما قام دولة رئيس الوزراء بتدشين خطة عمل لاستئصال شلل الأطفال من باكستان، تركّز بصورة رئيسية على تأمين مشاركة سائر القطاعات مشاركة فعالة في مبادرات استئصال شلل الأطفال، لضمان شن حملة وطنية بحقّ. وتَوَاصل التنسيق مع أفغانستان لتحقيق الوضع الأمثل للتغطية الشاملة المتزامنة للمناطق الحدودية وللأطفال المتنقلين.

السودان

السودان معرَّض بشدة لخطر توافد الفيروس البري لشلل الأطفال. فسكان السودان في تنقُّل مستمر بينه وبين جيرانه التسعة، بما في ذلك الأُسر التي تعيش على جانبي الحدود، والسكان الرُّحَّل، والحجاج وهم في طريقهم إلى المملكة العربية السعودية، واللاجئون الذي يتنقلون بسبب انعدام الأمن.

وقد سُجلت حالتان من شلل الأطفال من النمط الثالث في غرب دارفور وافدتان من تشاد، واحدة في تموز/يوليو، والأخرى في كانون الأول/ديسمبر 2008. ولم تعقب هاتين الحالتين الوافدتين أي حالات ثانوية، مما يعكس ارتفاع مستوى مناعة الأطفال ومواجهة الحالات الوافدة بأنشطة تطعيمية واسعة النطاق وعالية الجودة.

وفي الوقت نفسه، وفي أعقاب الإبلاغ عن ثلاث حالات من شلل الأطفال من النمط الأول في إقليم غامبيلا الإثيوبي، بدأ الفيروس في الظهور في جنوب السودان، مما أدّى إلى انتشاره في ثماني ولايات مختلفة، مُحدثاً 24 حالة في عام 2008 و32 حالة أخرى، حتى أيار/مايو 2009. ثم اكتُشفت أيضاً حالات ذات علاقة في ولايتي الخرطوم والبحر الأحمر، وانتقال الفيروس من جنوب السودان إلى بلدين مجاورين (أوغندا وكينيا). ويمكن عَزْو انتشار الفيروس في جنوب السودان إلى انخفاض مستوى مناعة السكان نتيجةً لضعف أنشطة التطعيم الروتيني والعقبات الإمدادية الشديدة التي تواجه أيام التطعيم الوطنية في البلد. ولاتزال أنشطة التطعيم التكميلي تمضي، باستخدام اللقاح الفموي الأحادي التكافؤ، وذلك منذ أيار/مايو 2008، متزامنة مع أنشطة مماثلة تجري في إثيوبيا.

وقد أثبت اكتشاف فيروس شلل الأطفال الوافد في منطقة دارفور النائية جداً والمفتقرة إلى الأمن في عامَيْ 2007 و2008، أن نظام التـرصُّد حساس بما يكفي لاكتشاف فيروسات شلل الأطفال في الوقت المناسب.

3. تطبيق استـراتيجيات استئصال شلل الأطفال

1.3 التطعيم الروتيني

تُعَدّ تغطية الرضَّع تغطية عالية بالتطعيم الروتيني إحدى الاستـراتيجيات الأساسية لاستئصال شلل الأطفال. ومن العوامل التي تُبرز الدَوْر الحاسم للتغطية العالية بالتطعيم الروتيني، الخبراتُ المكتسبة من توافد فيروس شلل الأطفال،

حيث يؤدي توافده إلى حدوث فاشيات كبيرة في البلدان ذات التغطية المنخفضة بالتطعيم الروتيني، مقارنة مع الحالات الفرادية التي لا يعقبها انتشار ثانوي للفيروس في البلدان ذات التغطية العالية.

وتُواصل أنشطة استئصال شلل الأطفال دعم التطعيم الروتيني وتعزيزه. وتساعد القوى العاملة في استئصال شلل الأطفال على تقوية أنشطة التطعيم الروتيني. علماً بأن الاستثمار الكبير الذي يبذله برنامج استئصال شلل الأطفال في تدريب العاملين الصحيين الوطنيين من مختلف المستويات على التخطيط التفصيلي، وتنفيذ الحملات، والرصد والتقييم، قد عزز من قدرتها على دعم برامج التطعيم.

2.3 أنشطة التطعيم التكميلي

تَواصَل إيلاءُ أولوية الاهتمام إلى تنفيذ أنشطة التطعيم التكميلي، بهدف ضمان تطعيم جميع الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر ضد شلل الأطفال، ولاسيما في البلدان ذات التغطية المنخفضة بالتطعيم الروتيني.

وفي عام 2008، أُعطيت حوالي 400 مليون جرعة من اللقاح الفموي لشلل الأطفال في حملات التطعيم الوطنية ودون الوطنية في الإقليم. وقامت أفغانستان وباكستان بأنشطة للتطعيم التكميلي طوال السنة على فترات تتراوح بين أربعة أسابيع وستة. كما نُفِّذت أنشطة للتطعيم الاجتثاثي في مواجهة استفراد الفيروس البري لشلل الأطفال في باكستان وأفغانستان والسودان، وذلك باستخدام اللقاح الفموي الأحادي التكافؤ الملائم. وتوقياً لانتشار الفيروس بعد توافده، قامت بعض البلدان الخالية من شلل الأطفال بحملات استهدفت بصفة رئيسية المناطق المعرضة بشدة لخطر انتشار الفيروس والتي تنخفض فيها التغطية بالتطعيم الروتيني (الأردن والجماهيرية العربية الليبية والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والسودان والصومال والعراق ولبنان ومصر والمملكة العربية السعودية واليمن). وتُستغل الفرص، من قبيل حملات التطعيم ضد الحصبة وبرامج اليوم الخاص بصحة الطفولة، لإعطاء جرعات إضافية من اللقاح الفموي لشلل الأطفال.

وشُنَّت حملات من منزل إلى منزل، مستهدفة جميع الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر. وبُذلت جهود موسَّعة لضمان ارتفاع مستوى الجودة. كما بُذلت جهود للحصول على التزام الساسة وقادة المجتمع في هذا المضمار، واتُّخذت أساليب متعددة القطاعات لإشراك القطاعات الحكومية وغير الحكومية، وشملت هذه الجهود أنشطة مكثفة للاستنهاض الاجتماعي والإشراف الاجتماعي. وأُعدّت خطط تفصيلية مزودة بخرائط واستعين بها في الوصول إلى كل طفل، مع التركيز بشكل خاص على المناطق المعرضة لخطر العدوى، وعلى الفئات التي يصعب الوصول إليها، واستُخدم اللقاح الأحادي التكافؤ لتنظيم الاستجابة المناعية الخاصة بنمط معيّن من أنماط الفيروس. واستُخدم أسلوب علامة التطعيم (بوسم الأصابع)، لضمان عدم فَوْت أي طفل. وقام راصدون مستقلون بملاحظة وتقييم نتائج الحملات، وساعدت النتائج التي توصلوا إليها في تحديد المشكلات التي يتعين على السلطات المسؤولة حلّها. وتم تنسيق أيام التطعيم الوطنية بين البلدان المتجاورة كما استخدمت أنشطة التطعيم التكميلي لتقديم خدمات أخرى، من قبيل إعطاء الفيتامين "أ" المنقذ للحياة والأقراص الطاردة للديدان.

3.3 ترصُّد الشلل الرخو الحاد

يواصل نظام ترصُّد الشلل الرخو الحاد في الإقليم أداء وظيفته بالمستوى الدولي المقبول، بل إنه يفوق المؤشرات المطلوبة في العديد من البلدان ذات الأولوية. ثم إن جميع البلدان الموطونة بشلل الأطفال، أو التي داهمتها عدواه، أو التي أصبحت مؤخراً خالية منه، قد حافظت على معدَّل للشلل الرخو الحاد غير الناجم عن شلل الأطفال، لا يقل عن 2 لكل 000 100 طفل دون الخامسة عشرة من العمر، وتحقَّقَ مثلُ ذلك في العديد من البلدان الأخرى، ولاسيما البلدان المعرضة بشدة لخطر توافد الفيروس. و لم يبلغ أي من بلدانَ الإقليم عن أقل من الحد الأدنى المطلوب ومقداره 1 لكل 000 100 ممن هم دون الخامسة عشرة من العمر.

أما المؤشر الثاني لجودة الترصُّد (النسبة المئوية لحالات الشلل الرخو الحاد التي أخذت منها عينات كافية من البراز) فقد ظل فوق الهدف البالغ 80% على الصعيد الإقليمي (90.80%)، وفي جميع بلدان الإقليم، باستثناء بعض البلدان الصغيرة، حيث كان أقل قليلاً من هذا الهدف. كما يؤخذ بهذين المؤشرين للترصُّد بمستوى الإشهاد على الاستئصال، على كل من صعيدَيْ المحافظات والمناطق الإدارية داخل البلدان.

وتقوم جميع البلدان بتقديم المعطيات (البيانات) المتعلقة بترصُّد الشلل الرخو الحاد على أساس أسبوعي إلى المكتب الإقليمي، حيث يجري تحليلها ونشرها في نشرة "بوليوفاكس" الأسبوعية، وتُرسل إلى جميع بلدان الإقليم. كما يجري تقييم جودة ترصُّد الشلل الرخو الحاد، من خلال بعثات المراجعة المتعمقة. وباستثناء فلسطين، التي تفتقر إلى أسباب الأمن، فقد قام موظفون دوليون بمراجعة نُظُم الترصُّد في جميع بلدان الإقليم مرة واحدة على الأقل، منذ عام 2004. وقد أظهرت هذه المراجعات أن نُظُم الترصُّد فيها لديها القدرة على اكتشاف أي فيروس سارٍ أو وافد من فيروسات شلل الأطفال. ويتابع المكتب الإقليمي عن كثب تنفيذ التوصيات المنبثقة عن هذه المراجعات.

وحفاظاً على ارتفاع مستوى الترصُّد في الإقليم، قام المكتب الإقليمي بتحديث الدلائل الإرشادية الإقليمية. واستُخدمت هذه الدلائل في تحديث الدلائل الإرشادية الوطنية والحفاظ على مستوى أداء أنشطة الترصُّد. كما عُقدت في عام 2008 حلقتان عمليتان معنيتان بالترصُّد لبلدان مجلس التعاون الخليجي من أجل التعاطي مع الاحتياجات التي تم تحديدها أثناء المراجعات.

ويعكف المكتب الإقليمي على تحديث نظام قاعدة المعطيات (البيانات) الخاصة بالمعلومات اللازمة للعمل. وعُقدت في أوائل عام 2008 ثلاث حلقات عملية لتدريب موظفي إدارة المعطيات (البيانات) في جميع بلدان الإقليم على تشغيل النظام الجديد. وقد أتيحت في هذه الحلقات الفرصة لبناء قدرات الموظفين على تحليل معطيات الترصُّد. وتشتمل النُظُم الجديدة على عنصر خاص بالمعطيات المتعلقة بالعينات المأخوذة من المخالطين لنخبة من حالات الشلل الرخو الحاد.

4.3 شبكة المختبرات الإقليمية

تُواصل شبكة المختبرات بكفاءة دعمها لأنشطة ترصُّد الشلل الرخو الحاد. علماً بأن جميع مختبرات الشبكة قد اجتازت اختبارات المنظمة الخاصة بكفاءة استفراد فيروس شلل الأطفال واختبارات التمييز داخل نمط الفيروس؛ وجميع المختبرات معتمدة من قِبَل المنظمة.

وقد زاد عبء العمل الذي تضطلع به مختبرات الشبكة زيادة كبيرة بسبب تزايد عدد حالات الشلل الرخو الحاد المبلَّغة والعينات المأخوذة من مخالطيها. وقد قامت مختبرات الشبكة المعنية بشلل الأطفال في الإقليم، في عام 2008، بمعالجة 25 823 عينة من براز حالات الشلل الرخو الحاد ومخالطيها. ونجحت تلك المختبرات في تطبيق خوارزمية algorithm الاختبار الجديدة لاستفراد الفيروسات والتمييز داخل نمط الفيروس. وبإدخال خوارزمية الاختبار الجديدة، حصل 95% من العينات على نتائج المزرعة في غضون 14 يوماً، وحصل 85% منها على نتائج التمييز داخل نمط الفيروس في غضون 7 أيام. علماً بأن متوسط فترة التبليغ بدءاً من تلقي العينة في المختبر وانتهاءً بالنتائج النهائية للتمييز داخل نمط الفيروس، قد انخفضت من 13 يوماً في عام 2007 إلى 11 يوماً في عام 2008. ويتمثّل التحدي الرئيسي في ما يتعلق بتطبيق الخوارزمية الجديدة في زيادة عبء العمل، مما أدى إلى زيادة الاحتياجات من الموارد اللازمة لشراء الإمدادات الضرورية لاختبار العينات، والكواشف الضرورية للتمييز داخل نمط الفيروس. كما تم بنجاح تنفيذ نظام جديد لقاعدة المعطيات (البيانات) وتحليل المعطيات (LabIFA4)، من أجل ضبط التغييرات الناجمة عن تطبيق الخوارزمية الجديدة.

وواصل المختبر المرجعي الإقليمي بالمعهد الوطني للصحة في باكستان أداء عمله بمستوى مرتفع ارتفاعاً بعيد المدى، مقدماً خدماته لكل من أفغانستان وباكستان. كما يجري في المختبر تحديد المتواليات الجينومية للفيروسات المستفردة من كلا البلدين، وهو نشاط يُظهر انخفاضاً جليّاً في التنوُّع الجيني لفيروسات شلل الأطفال، من عشر مجموعات فرعية في عام 2005 إلى سبع في عام 2006، ثم إلى أربع في عامَيْ 2007 و2008.

ومن المقرر إنشاء طريقة للتفاعل السلسلي الآني للبوليميراز من أجل سرعة تمييز فيروسات شلل الأطفال في مختبرات الإقليم المعنية بالتمييز داخل نمط فيروس شلل الأطفال؛ وقد عُقدت بهذا الخصوص حلقة عملية في كانون الثاني/يناير 2009 بالمختبر الوطني لشلل الأطفال في العاصمة العُمانية، مسقط.

وتُواصل مصر، التي وَقَعَت فيها آخر حالة مؤكدة لشلل الأطفال في أيار/مايو 2004، أخذ عينات من مياه المجارير في 34 موقعاً في كل المحافظات، ويتواصل رصد الأداء من خلال استفراد الفيروس المعوي غير المسبب لشلل الأطفال وفيروس سابين. واكتُشف في مصر في أيلول/سبتمبر 2008 فيروس بري وافد من جنوب السودان/إثيوبيا، وفيروس آخر من أصل هندي في كانون الأول/ديسمبر، كلاهما في القاهرة الكبرى. وقامت السلطات المصرية المختصة على الفور بإجراء ثلاث جولات من التطعيم الاجتثاثي، وقد أظهرت أنشطة الترصُّد المكثفة أنه لم يحدث أي انتشار ثانوي للفيروسين.

ومن المزمع إنشاء نظام للترصُّد البيئي في باكستان (في كراتشي ولاهور) لتحسين فهم سراية الفيروسات البرية لشلل الأطفال، واستهداف مناطق السراية بأنشطة التطعيم.

وفي عامَيْ 2007 و2008، استُفردت من بعض حالات الشلل الرخو الحاد، فيروسات لشلل الأطفال مشتقة من اللقاحات، والتي تم فيما بعد تأكيد كون هذه الحالات لمرضى يعانون من العوز المناعي، منهم طفلان في جمهورية إيران الإسلامية (أحدهما يمتزج فيه النمطان الأول والثاني، والآخر مصاب بالنمط الثاني)، وطفل واحد في مصر (النمط الثالث). وقد صُنّفت المستفردات المأخوذة من هذه الحالات باعتبارها فيروسات مشتقة من لقاح شلل الأطفال. و لم تشاهد بينات على حدوث انتشار ثانوي لتلك الفيروسات في أي من المرضى ذوي العَوَز المناعي.

4. قضايا المراحل النهائية لاستئصال شلل الأطفال

1.4 الاحتواء المختبري للفيروس البري لشلل الأطفال والمواد المحتملة الإعداء

واصل إقليم شرق المتوسط إحراز تقدم في أنشطة احتواء الفيروس. فقد أبلغ ثمانية عشر بلداً عن إنجازها المرحلة الأولى من احتواء الفيروس، أي المسح والجرد المختبري للمواد المحتملة الإعداء. غير أن السودان يحتاج إلى تكرار هذه الأنشطة. وقد شُرع في هذه العملية في أفغانستان وباكستان والصومال واليمن. وتم حتى الآن مسح 755 19 مختبراً في الإقليم، تسعة منها فقط وُجد أن لديها مخزون من مواد الفيروسات البرية.

وقد طُلب إلى جميع البلدان التي أنجزت المرحلة الأولى من أنشطة الاحتواء، تقديم تقرير ضمان الجودة. وقام بتقديم الوثائق الخاصة بجودة المرحلة الأولى من أنشطة الاحتواء 16 بلداً (الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس والجماهيرية العربية الليبية وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والسودان والعراق وعُمان وقطر والكويت ولبنان والمغرب والمملكة العربية السعودية). ولم تَقُم بعد خمسة بلدان (الجمهورية العربية السورية وجيبوتي وفلسطين ولبنان ومصر) بتقديم التقرير الأصلي أو المنقَّح. وقد أتم كل من فلسطين ومصر مؤخراً المرحلة الأولى من أنشطة الاحتواء.

2.4 الإشهاد على استئصال شلل الأطفال

واصلت لجنة الإشهاد الإقليمية مراجعة مختلف الوثائق الوطنية المقدَّمة من لجان الإشهاد الوطنية لبلدان الإقليم. وقد قُبلت الوثائق الأساسية المقدَمة من 19 بلداً، وقُدِّمت وقُبلت التقارير النهائية المقدّمة من 14 بلداً، جميعها خلت من شلل الأطفال منذ خمس سنوات أو أكثر، وأنجزت المرحلة الأولى من الاحتواء المختبري لفيروس شلل الأطفال (الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس والجماهيرية العربية الليبية جمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية والعراق وعُمان وقطر والكويت ولبنان والمغرب والمملكة العربية السعودية). وسوف تقدّم الصومال وثيقتها الوطنية، وسوف تعيد جيبوتي تقديم تقريرها النهائي في عام 2009. ويتعيّن على السودان إعادة تقديم تقريره نظراً لسراية الفيروس مؤخراً فيه. غير أن جميع البلدان المذكورة أعلاه وغيرها من البلدان التي قُبلت مؤخراً وثائقها الأساسية الوطنية، سوف تواصل تقديم تقارير سنوية عن مستجدّات الوضع فيها، وذلك ريثما يتم الإشهاد على استئصال شلل الأطفال على صعيد الإقليم.

أما البَلَدان اللذان لايزال يتوطنهما شلل الأطفال في الإقليم، وهما أفغانستان وباكستان، فقد قدَّما وثائق إشهاد وطنية مبدئية قامت بمراجعتها لجنة الإشهاد الإقليمية في عامَيْ 2007 و2008. وقد ساعد إعدادُ هذين التقريرين لجانَ الإشهاد الوطنية ومديري البرامج الوطنية على تبويب وتوثيق كم كبير من المعطيات المتعلّقة بأنشطة استئصال شلل الأطفال، وعلى التعرُّف على المراجعة الدقيقة التي تقوم بها لجنة الإشهاد الإقليمية لتلك التقارير.

5. تقديم الدعم التقني والمالي إلى البلدان

يتواصل تقديم الدعم التقني إلى البرنامج الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال، باستخدام حوالي 70 من الموظفين الدوليين وما يزيد على ألف من الموظفين الوطنيين المعنيين بشلل الأطفال، إضافةً إلى فِرَق الخبراء التي تتألف منها المجموعات الاستشارية التقنية الإقليمية والقطرية، التي تقوم بتقديم المشورة إلى البرامج الوطنية حول التوجُّهات الاستراتيجية. كما يقوم جميع موظفو مكافحة شلل الأطفال، في الوقت نفسه، بتقديم الدعم إلى البرنامج الموسَّع للتمنيع ويعاونون في التعاطي مع سائر البرامج الصحية ذات الأولوية على الصعيد القُطري.

وقد أثبتت بنية الترصُّد التي أنشئت لترصُّد الشلل الرخو الحادّ قدرتها على دعم سائر أنشطة البرنامج الموسَّع للتمنيع، مثل أنشطة التخلُّص من الحصبة، كما أن شبكة المختبرات التي أنشئت لاستئصال شلل الأطفال تقوم حاليا بتقديم خدمات مختبرية تخص الأمراض المتوقاة بالتطعيم وسائر الأمراض ذات الأهمية على صعيد الصحة العمومية.

وتقوم الدول الأعضاء بتقديم موارد كبيرة من أجل جهود الاستئصال، ولاسيَّما في ما يتعلّق بالتطعيم الروتيني. كما تم تأمين موارد مالية خارجية كبيرة لدعم الأنشطة اللازمة لتحقيق الهدف المنشود، ولاسيَّما في ما يتعلّق بتوفير اللقاحات، ونفقات العمليات التنفيذية، والدعم التقني اللازم لتكثيف أنشطة التطعيم التكميلي، ومواصلة أنشطة الترصُّد. علماً بأن الموارد الخارجية التي تم تلقِّيها لدعم الأنشطة المقرَّرة، والمورَّدة من خلال المنظمة خلال الثنائية 2008 – 2009 قد فاقت المبلغ المقرر (124 مليون دولار أمريكي) لتغطية نفقات العمليات التنفيذية، والترصُّد، والموظفين. أما الموارد الإضافية، فقد كانت لازمة لتغطية تكاليف عمليات التصدِّي للتطورات في الوضع الوبائي.

هذا، مع العلم بأن المتبرعين الرئيسيين بهذه الأموال هم إدارة المملكة المتحدة للتنمية الدولية، ومنظمة الروتاري الدولية، والبنك الدولي، والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، وحكومة الولايات المتحدة الأمريكية، ومؤسسة بيل وميلندا غيتس، ومؤسسة الأمم المتحدة، والحكومة الكندية، والاتحاد الأوروبي، وحكومات الكويت، وروسيا، وفرنسا، وألمانيا، والمملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتحدة.

6. التنسيق مع سائر الأقاليم

يتواصل التنسيق مع البلدان المتجاورة لسائر أقاليم المنظمة. فقد عُقدت في عامَيْ 2008 و2009 اجتماعات تنسيقية لبلدان القرن الأفريقي، ويجري بانتظام إصدار نشرة القرن الأفريقي، بإسهامات من جميع البلدان. كما عَقدت المجموعة الاستشارية التقنية للقرن الأفريقي اجتماعها الثالث في تموز/يوليو 2008 واجتماعها الرابع في شباط/فبراير 2009. وتحسَّن كثيراً تزامُن الأنشطة وتبادل المعلومات بين البلدان. غير أنه لايزال هنالك مجال لتحسين التنسيق المباشر على الصعيد المحلي. كما تتواصل عملية ميكاكار (بلدان الشرق الأوسط وجمهوريات القوقاز وآسيا الوسطى) لمكافحة شلل الأطفال، بين البلدان المتجاورة في كل من إقليم شرق المتوسط والإقليم الأوروبي، وفقاً

للإعلان الموقَّع في عام 2007. ويتّسع نطاق عملية ميكاكار حالياً ليشمل التخلُّص من الحصبة، فضلاً عن التطعيم الروتيني.

ونظراً للتهديد المستمر لتوافد فيروس شلل الأطفال من نيجيريا، واصل المكتب الإقليمي المساعدة في تقديم الدعم التقني لجهود استئصال شلل الأطفال في نيجيريا من أجل المعاونة على تخطيط وتنفيذ أنشطة استئصال شلل الأطفال في شمال نيجيريا.

7. الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال

على الرغم من التأخُّر في وقف انتقال شلل الأطفال في الإقليم، فإن الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال لايزال على أعلى مستوياته، وهو ما يتجلى في ما تبديه السلطات الوطنية سواء في البلدان الموطونة بشلل الأطفال أو البلدان الخالية منه، من التزام كبير.

ولا يخفى أن استمرار اهتمام اللجنة الإقليمية بالوضع واستعراضها له بانتظام، إضافةً إلى التوجيهات المستمرة المتجسّدة في قرارات اللجنة الإقليمية، تمثل قوة الدفع نحو بلوغ هذا الهدف على الصعيد الإقليمي. وقد واصل المكتب الإقليمي ما يبذله من جهود التوعية، بنشر المعلومات اللازمة وتوفير تقارير منتظمة عن مستجدّات الوضع وتحذير السلطات الوطنية من تطوراته. وواصل المدير الإقليمي زياراته إلى البلدان ذات الأولوية، واجتمع مع رؤسائها، ورؤساء وزرائها، ووزراء الصحة وسائر كبار المسؤولين الوطنيين، الذي أكدوا له التزامهم المستمر بدعم جهود استئصال شلل الأطفال.

وقد أعاد البَلَدَان الموطونان بشلل الأطفال في الإقليم، أفغانستان وباكستان، تأكيد التزامهما باستئصال شلل الأطفال، أثناء اجتماع اللجنة الاستشارية المعنية باستئصال شلل الأطفال، المعقود في جنيف في تشرين الأول/أكتوبر 2008، وأثناء زيارة المديرة العامة للمنظمة والمدير الإقليمي لكلا البلدين، وفي اجتماعات لاحقة عُقدت مع كبار المسؤولين، بمن فيهم الرئيس الأفغاني حامد قرضاي، ورئيس الوزراء الباكستاني يوسف رضا جيلاني.

8. التحدّيات

تشمل أهم التحدّيات التي تواجه البرنامج ما يلي:

- استمرار انتقال الفيروس البري لشلل الأطفال في مناطق الانتقال المشتركة بين أفغانستان وباكستان، حيث يصعب الوصول إلى الأطفال في بعض المناطق بسبب انعدام الأمن في المناطق الجنوبية لأفغانستان المتضررة من الصراع، وبسبب العوائق الثقافية، ورفض التطعيم، وكون أنشطة التطعيم التكميلي دون المستوى المنشود، في مناطق أخرى.
- استمرار تفشي وانتشار العدوى بفيروس شلل الأطفال في جنوب السودان، مما يشير إلى فجوة مناعية كبيرة، سببها ضعف أنشطة التطعيم الروتيني، وتدنّي نوعية التطعيم التكميلي.

- توافد الفيروس البري لشلل الأطفال إلى الإقليم من البلدان التي لايزال يتوطنها المرض، ولاسيَّما بلدان القرن الأفريقي.
- الحفاظ على اهتمام والتزام السلطات الوطنية على كل المستويات، سواء في البلدان التي يتوطّنها شلل الأطفال أو البلدان الخالية منه.
- تأمين الموارد الضرورية سواء من المصادر الوطنية أو الخارجية.

9. التوجُّهات المستقبلية

في مواجهة هذه التحدِّيات، تتمثل الأولويات الإقليمية في ما يتعلَّق باستئصال شلل الأطفال خلال عام 2009، في ما يلي:

(1) وقف انتقال الفيروس في أفغانستان وباكستان، من خلال تكثيف أنشطة التطعيم التكميلي، والتعاطي مع القضايا الإدارية، وضمان الأداء العالي الجودة، وضمان الوصول إلى الأطفال في المناطق التي يعوزها الأمن.

(2) وقف انتقال فيروس شلل الأطفال من النمط الأول في جنوب السودان، مع التركيز على تحسين نوعية أنشطة التطعيم التكميلي وتقديم الدعم الإمدادي اللازم للبرنامج.

(3) تحاشي الفجوات المناعية الكبيرة في البلدان الخالية من شلل الأطفال، وذلك من خلال تحسين تنفيذ أنشطة التطعيم الروتيني وأنشطة التطعيم التكميلي، ولاسيَّما في بؤر انخفاض مناعة السكان.

(4) مواصلة جميع البلدان لترصُّد شلل الأطفال بالمستوى المؤهِّل للإشهاد على استئصاله، سواء على الصعيد الوطني أو دون الوطني، ولاسيَّما في المناطق والسكان المعرّضين بشدة لخطر العدوى.

(5) مواصلة وتعزيز أنشطة التنسيق بين البلدان المتجاورة، ولاسيَّما بين أفغانستان وباكستان وفي القرن الأفريقي، بما في ذلك تزامن الأنشطة، وتبادل المعلومات، والتخطيط والتنسيق على الصعيد المحلي.

(6) الحفاظ على شبكة المختبرات المعنيّة بشلل الأطفال، وتعزيز استخدامها لصالح البرامج الأخرى ذات العلاقة، ومواصلة أنشطة الاحتواء والإشهاد.

(7) إتاحة الموارد المالية المطلوبة لتنفيذ الخطة الإقليمية لاستئصال شلل الأطفال.