



EM/RC57/INF.DOC.1
ش م/ل إ57/وثيقة إعلامية/1

آب/أغسطس 2010

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

الدورة السابعة والخمسون

البند 2 (ب) من جدول الأعمال

تقرير مرحلي

حول

استئصال شلل الأطفال

المحتوى

الصفحة

1	.....	1. المقدمة	1
1	.....	2. الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط	1
1	.....	1.2 الوضع في باكستان	1
2	.....	2.2 الوضع في أفغانستان	2
3	.....	3.2 الوضع في السودان	3
3	.....	3. تطبيق استراتيجيات استئصال شلل الأطفال	3
3	.....	1.3 التطعيم الروتيني	3
4	.....	2.3 أنشطة التطعيم التكميلي	4
5	.....	3.3 ترصد الشلل الرخو الحاد	5
5	.....	4.3 شبكة المختبرات الإقليمية	5
7	.....	5.3 تحسين جودة حياة المصابين بشلل الأطفال	7
7	.....	4. قضايا المراحل النهائية لاستئصال شلل الأطفال	7
7	.....	1.4 الاحتواء المخبري لفيروس شلل الأطفال البري والمواد المحتملة الإعداد	7
7	.....	2.4 الإسهاد على استئصال شلل الأطفال	7
8	.....	5. تقديم الدعم التقني والمالي إلى البلدان	8
9	.....	6. التنسيق مع سائر الأقاليم	9
9	.....	7. الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال	9
9	.....	8. التحديات والتوجهات المستقبلية	9

1. المقدمة

استجابةً لقرار جمعية الصحة العالمية الحادية والستين (ج ص ع1.61) الصادر في عام 2008، والذي يدعو إلى وضع خطة جديدة لاستكمال جهود استئصال شلل الأطفال، ساهم إقليم شرق المتوسط مساهمة كبيرة في الجهود المبذولة لاستكشاف أساليب جديدة للوصول إلى الأطفال الذين تكرر إغفال أنشطة التمنيع التكميلي لهم، وفي إجراء التقييم المستقل للعوائق الأساسية التي تقف حائلاً أمام وقف انتقال فيروس شلل الأطفال البري، وهو التقييم الذي أجري في النصف الثاني من عام 2009. وقد ساهمت حصائل هذه الجهود بالفعل مساهمة أساسية في صياغة الجهود الإقليمية في عام 2010، وفي إعداد الخطة الاستراتيجية العالمية لاستئصال شلل الأطفال من عام 2010 حتى عام 2012.

ونتيجة للجهود الإقليمية المبذولة في عام 2009، حافظ 19 بلداً على وضع الخلوّ من شلل الأطفال خلال العام. وبالإضافة إلى ذلك، اكتشفت آخر حالة لشلل الأطفال في جنوب السودان في حزيران/يونيو 2009، ومنذ ذلك الحين، اقتصرت سراية فيروسات شلل الأطفال البرية على بلديّ الإقليم الموطونين وهما أفغانستان وباكستان.

2. الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط

1.2 الوضع في باكستان

تقتصر سراية فيروس شلل الأطفال البري في باكستان على ثلاث مناطق للسراية، تضم مجموعة من المناطق والقرى والوكالات القبلية. وتتركز هذه المناطق في مقاطعة السند (3 قرى في كراتشي (جاداب وبلاديا وجولشان إي إقبال) وفي مقاطعة بلوشستان (المناطق المتاخمة الثلاث في كويتا وبيشين وكيلا عبد الله (كتلة كويتا) وفي الوكالات القبلية ولاسيما في خيبر وياجور في المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية، وبيشاوور في منطقة الحدود الشمالية الغربية. ومن الجدير بالذكر أن خمس عشرة فقط من القرى والمناطق والوكالات القبلية البالغ عددها 155، تعاني من سراية مستديمة أو تتعرض لدرجة عالية من الاختطار. ومن هذه المستودعات، عاودت الفيروسات الواطنة مراراً نقل العدوى إلى أجزاء أخرى من البلاد الخالية من شلل الأطفال، وهو ما يُسفر في العادة عن حالات فردية.

وفي عام 2009، أبلغت باكستان عن عدد إجماليّ 89 حالة شلل الأطفال، منها 60 حالة من النمط الأول، و28 حالة من النمط الثالث، بالإضافة إلى حالة واحدة هي مزيج من النمطين الأول والثالث معاً. وأبلغت هذه الحالات انطلاقاً من 34 منطقة، مما يعني أن 78٪ من المناطق في عام 2009 لم تشهد أيّ حالات من شلل الأطفال، وأن نسبة كبيرة من السكان يعيشون في مناطق خالية من شلل الأطفال؛ في حين أُبلغ أكثر من نصف حالات شلل الأطفال (56٪) من مناطق غير آمنة بما فيها 20 حالة من سوات و15 حالة من وكالة باجور.

وقد حدثت عرقلة في الجهود المبذولة للوصول إلى استئصال شلل الأطفال من باكستان، في بعض المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية، ومنطقة الحدود الشمالية الغربية، وبلوشستان، بسبب الحلل الأمني والصراع المحتدم، مما حال دون الوصول إلى الأطفال، وأدى إلى حركة نزوح كبيرة للسكان، بسبب ضعف الإدارة، وعدم تطبيق استراتيجيات الاستئصال على نحو كاف في مناطق أخرى، كما حدث في بعض المناطق في قرى بلوشستان وكراتشي.

وتبدي حكومة باكستان التزاماً كبيراً باستئصال شلل الأطفال، كما يتضح من المشاركة الشخصية لفخامة الرئيس الباكستاني، السيد آصف علي زرداري، الذي قام شخصياً بافتتاح الأيام الوطنية للتمنيع، فضلاً عن ترشيح كريمته الأستاذة آصفه بوتو زرداري سفيرةً لشلل الأطفال. وقد أطلق رئيس الوزراء خطة عمل حاسمة لاستئصال شلل الأطفال، مما أسفر عن مشاركة المزيد من القطاعات بفعالية في دعم البرنامج أكثر من أي وقت مضى. كما تم تشكيل لجنة وزارية متعددة الولايات تعنى بشلل الأطفال برئاسة وزير الصحة الفيدرالية، وهي تنعقد دورياً، ولو أن التزام القيادة في المناطق لا يتواءم مع مستويات الالتزام العالية على الصعيد الوطني وصعيد الولايات. وقد تم إيلاء المزيد من التركيز على جعل سلطات المنطقة مسؤولة عن أدائها، مع تقديم المزيد من الارتجاع الدوري للمعلومات إلى المناطق والولايات، لإبراز الفجوات في الأداء. وبالفعل فقد أمكن هذا بعد إدخال نظام مستقل لرصد أنشطة التمنيع التكميلي، بالاعتماد على إدخال التحقق الموضوعي من التغطية من خلال وضع علامة على أصابع الأطفال الذين تم تطعيمهم. وتتسق هذه المعطيات الموثوقة الخاصة بالتغطية بشكل وثيق مع توزع فيروس شلل الأطفال البري. وسيتم تطبيق نظام الأجر حسب الأداء.

وفي إطار جهود التوعية، قابل المدير الإقليمي أثناء زيارته لباكستان، دولة رئيس الوزراء الأستاذ سيد يوسف رضا جيلاني، الذي أكد التزام الحكومة بمرمي استئصال شلل الأطفال، واتخاذ التدابير اللازمة للتعاطي مع الفجوات المتبقية.

وفي نهاية عام 2009، لم يبق سوى تسع مناطق فقط تعاني من السراية المتواصلة، وستُ مناطق تعاني من معاودة العدوى المتقطعة. وتنطوي هذه المناطق والقري والوكالات القبلية البالغ عددها خمس عشرة، على المزيد من المناطق والفئات السكانية ذات الطابع المحلي، العالية الاحتطار. ولا يخفى أن استمرار السراية في هذه الجيوب الصغيرة، يمثل خطراً بانتشار الفيروس إلى مناطق أخرى. فعالية حالات شلل الأطفال التي وقعت في عام 2010، ظهرت في مناطق السراية هذه المعروفة تماماً. ومن ثم فإن تعزيز الأداء في هذه المناطق العالية الاحتطار، يهيئ فرصة جلية لباكستان لوقف سراية فيروس شلل الأطفال البري. وبالفعل فقد قامت اللجنة الوزارية المتعددة القطاعات المعنية بشلل الأطفال، بإعداد وإقرار خطط شاملة ذات أهداف محدّدة للسنوات الثلاث القادمة (2010-2012).

2.2 الوضع في أفغانستان

يعتبر معظم أفغانستان حالياً من شلل الأطفال، حيث أصبحت السراية المتواصلة لفيروس شلل الأطفال تنحصر في 13 منطقة غير آمنة في ولايات هلمند وقندهار وأوروزغان في مناطق الصراع الدائر في الجنوب، حيث يقيد الوضع الأمني المتزعزع سبيل الوصول إلى الأطفال بهدف تطعيمهم.

وقد أبلغت أفغانستان عن 38 حالة شلل الأطفال (منها 15 حالة من النمط الأول و22 من النمط الثالث وحالة تجمع بين النمط الأول والثالث) في عام 2009، منها 34 حالة من المنطقة الجنوبية. فجميع الحالات المبلغة منذ تموز/يوليو 2009 (باستثناء حالة واحدة)، كانت من النمط الثالث مما يعكس حدوث فترات سادت فيها سراية النمط الأول وفترات أخرى سادت فيها سراية النمط الثالث.

وقد تجلّى الالتزام السياسي لحكومة أفغانستان بوضوح بدعم البرنامج، وكذلك مواصلة جميع الشركاء لجهودهم المبذولة لتحسين سبيل الوصول إلى الأطفال. وقد تضمنت هذه الجهود مطالبات المجموعات العسكرية بمواصلة العمل

على الحفاظ على وضع "تجنب الصراع" خلال أيام الحملات في مناطق أنشطة التطعيم، والتنسيق مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر للحفاظ على تعاون العناصر المناهضة للحكومة من خلال ما يقدمونه من رسائل الدعم. وفي جنوب أفغانستان، تم تنفيذ أساليب جديدة لتحسين الوصول إلى الأطفال ومنها استخدام هيئة "مفاوضون محليون للوصول للأطفال" للعمل مع جميع أطراف الصراع، والتعاقد مع الوكالات اللاحكومية المسؤولة عن توفير مضمومة الخدمات الصحية الأساسية في هذه المناطق، بهدف تنفيذ أنشطة التطعيم التكميلي. وقد أدت هذه الأساليب بالفعل إلى زيادة سبل الوصول إلى الأطفال، ولاسيما أثناء بعض أنشطة التطعيم التكميلي في النصف الثاني من عام 2009. إلا أن الوصول إلى الأطفال واصلَ تذبذبَه من جولة إلى أخرى، وبالتالي فلأبدٍ من بذل المزيد من الجهود لضمان جودة الحملة بُعِيَة وقف سرية الفيروس. وقد تم إعداد خطط محددة للمناطق البالغ عددها ثلاث عشرة منطقة والتي تعاني من السرية المستمرة، بُعِيَة استنهاض الأساليب الواعدة. وفي الوقت نفسه، يتواصل بذل الجهود لضمان استمرار التغطية الجيدة في جميع المناطق التي يمكن الوصول إليها.

ويعتبر التنسيق عبر الحدود بين البرامج في باكستان وأفغانستان نموذجاً يحتذى به، وهو يهدف إلى بلوغ الحد الأقصى من تغطية المناطق الحدودية والأطفال المتنقلين عبر الحدود. وقد تم بالفعل تطعيم نحو مليوني طفل دون سن الخامسة في 11 مركزاً حدودياً للتطعيم في عام 2009. وتعتبر مراعاة تزامن تواريخ حملات التطعيم، وتبادل المعلومات بين البلدين، من السمات المعتادة.

3.2 الوضع في السودان

لقد أسفرت الفاشية التي بدأت في جنوب السودان في عام 2008، عن وقوع 24 حالة في عام 2008، و40 حالة في عام 2009 (وكان تاريخ بدء آخر حالة شلل أطفال في 27 حزيران/يونيو). وقد أبلغتُ تسع من بين الولايات العشر في جنوب السودان عن وقوع حالات (جميع الولايات باستثناء بحر الغزال) مع انتشارها في شمال السودان، والمناطق المتاخمة من أوغندا وكينيا. وتم اتخاذ تدابير لكبح جماح الفاشية بما فيها تعزيز الدعم اللوجستي والدعم التقني، واستعراض خطط عمل أنشطة التطعيم التكميلي وتحديثها، وتعزيز أنشطة الترصد، وتقوية التزام الحكومات المحلية. ويعتبر إنشاء خطة العمل الرئاسية، واللجنة الوزارية (نظراً لإشراك كبار المسؤولين في دعم الحملات) وضمان تنسيق التدابير من قِبَل جميع الأطراف، من التطورات المهمة في هذا المضمار. وقد تم إجراء أنشطة التطعيم التكميلي باستخدام لقاح شلل الأطفال الفموي الأحادي التكافؤ من النمط 1 بشكل أساسي، اعتباراً من أيار/مايو 2008، كما تم مراعاة تزامن هذه الأنشطة التكميلية مع الأنشطة المماثلة في البلدان المتاخمة. ومن ثمَّ تتركز الجهود في الوقت الحالي على زيادة تعزيز الترصد، والتحقق من وقف سرية الفيروس.

3. تطبيق استراتيجيات استئصال شلل الأطفال

1.3 التطعيم الروتيني

نجح العديد من بلدان الإقليم في وقف سرية فيروس شلل الأطفال من خلال ضمان التغطية العالية للرضع بالتطعيم الروتيني. وقد وُتقَّ جلياً في الإقليم، الدور الحاسم للتغطية الروتينية العالية في الحفاظ على الإنجازات، والوقاية من

انتشار فيروس شلل الأطفال عقب توافده. وفي نفس الوقت، لوحظ أن التوافدات إلى البلدان والمجتمعات ذات التغطية الروتينية المنخفضة قد أسفرت عن حدوث فاشيات.

وإدراكاً لهذا الدور الأساسي للتطعيم الروتيني في استئصال شلل الأطفال، واصل العاملون الميدانيون التابعون لبرنامج استئصال شلل الأطفال، تدعيم التطعيم الروتيني وتعزيزه. كما أن القدرات التي عمل برنامج استئصال شلل الأطفال على تطويرها في مجال التخطيط التفصيلي، وتنفيذ الحملات، والرصد، والتقييم، قد أفادت للغاية في تعزيز أنشطة التطعيم الروتيني.

2.3 أنشطة التطعيم التكميلي

تهدف أنشطة التطعيم التكميلي إلى تكميل التطعيم الروتيني، ولاسيما في البلدان ذات التغطية الروتينية المنخفضة، بهدف ضمان تطعيم كل الأطفال دون سن الخامسة ضد شلل الأطفال.

وفي عام 2009، قامت أفغانستان وباكستان بأنشطة تطعيم تكميلي على مدار العام بفواصل زمنية تتراوح بين أربعة إلى ستة أسابيع. ونُفذت أنشطة الاجتماعات أيضاً رداً على استفراء فيروس شلل الأطفال في أفغانستان وباكستان والسودان، باستخدام لقاح شلل الأطفال الفموي أحادي التكافؤ المناسب. ويتم الحفاظ على استمرار وضع خلوة البلدان الأخرى من شلل الأطفال، من خلال تجنب حدوث فجوات مناعية بين الأطفال، وذلك من خلال تحسين أنشطة التطعيم الروتيني وتنفيذ أنشطة التطعيم التكميلي، ولاسيما في البور التي تعاني من ضعف التغطية بالتمنيع. ويتم رصد مناعة السكان من الأطفال بأعمار تتراوح بين 6 و23 شهراً دورياً، من خلال تحليل تواريخ تطعيم حالات الشلل الرخو الحاد. وفي هذا السياق، أجرت بعض البلدان الخالية من شلل الأطفال (الأردن، والجمهورية العربية الليبية، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، والصومال، والعراق، ومصر، والمملكة العربية السعودية). حملات في عام 2009، للتعاطي بالأساس مع المناطق العالية الاختطار والمناطق التي تعاني من انخفاض التغطية الروتينية. واستخدمت كذلك الحملات الأخرى التي تصل إلى الأطفال مثل الأيام الخاصة بصحة الطفل، وحملات التخلص من الحصبة في إعطاء جرعات إضافية من لقاح شلل الأطفال الفموي.

وتواصل إجراء حملات التطعيم التكميلي، ولاسيما الحملات من منزل إلى منزل؛ مستهدفةً جميع الأطفال دون سن الخامسة. وأجري تخطيط تفصيلي دقيق لضمان ارتفاع مستوى جودة الحملات، بما في ذلك الجهود المبذولة لضمان التزام ودعم الساسة وقادة المجتمع وسائر المنظمات الحكومية واللاحكومية. وتم إيلاء اهتمام خاص للمناطق المعرضة لخطر العدوى وللمجموعات التي يصعب الوصول إليها. واستُخدم اللقاح الأحادي التكافؤ لتعظيم الاستجابة المناعية الخاصة بنمط معين من أنماط الفيروس. ومنذ أواخر عام 2009، استُخدم لقاح شلل الأطفال الفموي الثنائي التكافؤ لأول مرة لمواجهة الفيروسات من النمط الأول ومن النمط الثالث في أفغانستان، تلاها بلدان أخرى بما فيها باكستان. ويتميز هذا اللقاح بإعطاء استجابة مناعية جيدة مترامنة ضد نمطي الفيروس الاثنين. وتم الاستعانة براصدين مستقلين لتقييم العملية بشكل مناسب، وتم الاعتماد على حصائل أنشطة التطعيم التكميلي ووسم الأصابع للتحقق من معدل التغطية ولضمان عدم إغفال أي طفل.

ويتم نقل ما يتوصل إليه الراصدون المستقلون من نتائج فوراً للسلطات المسؤولة بغية اتخاذ التدابير المناسبة. وقد تم تنسيق الأيام الوطنية للتمنيع مع البلدان المتاخمة، كما استُخدمت أنشطة التطعيم التكميلي في تقديم خدمات أخرى من قبيل إعطاء الفيتامين "أ" المنقذ للحياة والأقراص الطاردة للديدان.

3.3 ترصد الشلل الرخو الحاد

يوصل نظام ترصد الشلل الرخو الحاد في الإقليم أداء وظيفته بالمعيار الدولي المقبول. ويُستخدم هذا النظام في توثيق الإنجازات المتعلقة بسرماية الفيروس البري، وفي توجيه العمليات للتعاطي مع السراية المستمرة. ثم إن البلدان الموطونة بشلل الأطفال، أو التي أصبحت خالية منه مؤخراً، قد حافظت على معدل للشلل الرخو الحاد غير الناجم عن شل الأطفال، لا يقل عن حالتين على الأقل لكل 100 000 طفل دون الخامسة عشرة من العمر. وتحقق نفس المعيار في العديد من البلدان الأخرى، ولاسيما البلدان المعرضة بشدة لخطر التوافد. ومن بين جميع بلدان الإقليم الخالية من شلل الأطفال، لم يبلغ سوى لبنان عن أقل من المستوى الأدنى المطلوب ومقداره حالة لكل 100 000 طفل ممن هم دون الخامسة عشرة من العمر.

أما المؤشر الثاني لجودة الترصد (النسبة المئوية لحالات الشلل الرخو الحاد التي أخذت منها عينات كافية من البراز) فقد ظل فوق الهدف الذي يبلغ 80٪ على الصعيد الإقليمي (90.80٪)، وفي جميع بلدان الإقليم باستثناء جيبوتي، والكويت، ولبنان، والمغرب، حيث كان أقل قليلاً من هذا الهدف.

وتواصل جميع البلدان تقديم المعطيات المتعلقة بترصد الشلل الرخو الحاد على أساس أسبوعي إلى المكتب الإقليمي، حيث يجري تحليلها ونشرها في نشرة "بوليوفاكس" الأسبوعية، وترسل إلى جميع بلدان الإقليم. كما يجري تنفيذ تقييم مستقل للترصد (مراجعات الترصد) لتقييم جودة ترصد الشلل الرخو الحاد. وقد أظهرت هذه المراجعات بشكل عام أن نظم الترصد مناسبة بما يكفي لاكتشاف أي سراية أو توافد لفيروس شلل الأطفال. ويتابع المكتب الإقليمي عن كثب تنفيذ التوصيات المنبثقة من هذه المراجعات، ومن المزمع إجراء دورة جديدة من المراجعات في عام 2010، تتبعها دورات تدريبية للتعاطي مع الفجوات التي لوحظت أثناء المراجعة. وستواصل تنفيذ أنشطة الترصد التكميلي، ولاسيما الرصد البيئي في مصر، كما تم ترسيخ الرصد البيئي في العديد من المواقع في باكستان في عام 2009.

ويعكف المكتب الإقليمي على تحديث قاعدة المعطيات الخاصة بالمعلومات اللازمة للعمل. وتتضمن الإصدار الجديدة عنصراً للمعطيات الخاصة بالعينات المأخوذة من المخالطين لحالات محددة من فيروس الشلل الرخو الحاد. وتم إضافة هذه التحليلات لنشرة بوليوفاكس الأسبوعية في عام 2009.

4.3 شبكة المختبرات الإقليمية

تواصل شبكة المختبرات لشلل الأطفال دعمها لأنشطة ترصد الشلل الرخو الحاد بكفاءة في كل أنحاء الإقليم. علماً بأن جميع مختبرات الشبكة قد اجتازت اختبارات منظمة الصحة العالمية لكفاءة استفراد فيروس شلل الأطفال،

واختبارات التمييز بين أنماط الفيروس؛ كما أن جميع المختبرات معتمدة تماماً من المنظمة، اللهم إلا مختبر الكويت، الذي تم اعتماده اعتماداً مبدئياً.

وقد زاد عبء العمل الذي تضطلع به مختبرات الشبكة زيادة كبيرة. فقد أجرت مختبرات الشبكة المعنية بشلل الأطفال في الإقليم، في عام 2009، اختبار 24 912 عينة من الحالات ومخاطبيها. واستمر عبء العمل بنفس المستوى في عام 2010. ويتم أخذ عينات من المخالطين لحالات الشلل الرخو الحاد في عشرين بلداً من بين البلدان الاثنى والعشرين. وتم اكتشاف 13 حالة من حالات فيروس شلل الأطفال البري في عام 2008، و14 حالة من حالات فيروس شلل الأطفال البري من خلال المخالطة الإيجابية للحالات الدالة السلبية للفيروس. وقد انخفض متوسط زمن التبليغ بدءاً من تلقي العينة في المختبر، وانتهاءً بالنتائج النهائية للتمييز بين أنماط الفيروس من اثني عشر يوماً في عام 2008 إلى عشرة أيام في عام 2009. وبشكل عام حصل 94% من العينات على نتائج المزرعة في غضون أربعة عشر يوماً، وحصل 95% منها على نتائج التمييز بين أنماط الفيروس في غضون سبعة أيام من الإحالة الإيجابية للزرع للفيروس، وحصل 97% من حالات الشلل الرخو الحاد، على النتائج المخبرية النهائية خلال خمسة وأربعين يوماً من بدء حالات الشلل.

ومن أجل إنشاء طريقة تفاعل البوليميريز المتسلسل الآني لسرعة التعرف على خصائص فيروسات شلل الأطفال في مختبرات الإقليم المعنية بالتمييز بين أنماط فيروس شلل الأطفال، عُقدت حلقة عملية تدريبية في كانون الثاني/يناير 2009 بالمختبر الوطني المعني بشلل الأطفال في العاصمة العُمانية، مسقط. تلا ذلك تنفيذ هذه الطريقة بالكامل في ثلاثة بلدان (باكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، ومصر)، في حين يتواصل التقييم في المختبرات الأربعة المتبقية (تونس، وعمان، والكويت، والمغرب). وأعدت الإصدار الجديدة (4.1) لبرنامج (LABIF) من أجل إدخال التغييرات الناجمة عن إدخال تفاعل البوليميريز المتسلسل الآني، وتم توزيعها في عام 2009.

وخلال عام 2009، استُفردت فيروسات شلل الأطفال المشتقة من اللقاح من الحالات المصابة بالشلل الرخو الحاد في أفغانستان والصومال، حيث تعتبر الحالات الست الموجودة في الصومال من حالات فيروس شلل الأطفال الساري المشتق من اللقاح.

وواصل المختبر المرجعي الإقليمي في باكستان أداء عمله بمعيار مرتفع ارتفاعاً استثنائياً، مقدماً خدماته لكل من أفغانستان، وباكستان. كما يجري في المختبر تحديد المتواليات الجينومية للفيروسات المستفردة من كلا البلدين، وقد أظهر ذلك انخفاضاً جليلاً في التنوع الجيني لفيروسات شلل الأطفال.

وتواصل مصر التي شهدت آخر حالة مؤكدة لشلل الأطفال في أيار/مايو 2004، أخذ عينات من مياه المجاري في 34 موقعاً مما يغطي كل المحافظات، ويتواصل رصد الأداء من خلال استفراد الفيروس المعوي غير المسبب لشلل الأطفال وفيروس ساين. ويمثل إنشاء مختبر الترصد البيئي الكامل الفعالية في باكستان في عام 2009 إنجازاً كبيراً، حيث يتم تحليل العينات المأخوذة من مياه المجاري من ولايتي السند (كراتشي) وبنجاب (لاهور) بغية الارتقاء بفهم سارية فيروس شلل الأطفال البري، واستهداف مناطق السراية بأنشطة التطعيم.

وقد أثبت إنشاء البنية الأساسية للمختبرات المعدّة لاستئصال شلل الأطفال من الإقليم، جدواها في دعم الأعمال المخبرية التشخيصية لجائحة (H1N1) 2009. وتم في هذا السياق، توثيق التشارك في الاستعانة بالعاملين والأجهزة لاكتشاف فيروسات الإنفلونزا، في أربعة مختبرات (باكستان، والعراق، وعمان، والكويت).

5.3 تحسين جودة حياة المصابين بشلل الأطفال

يعتبر الناجون من شلل الأطفال من أكثر المجموعات المصابة بالعجز البدني في العالم. وتقدّر منظمة الصحة العالمية عددهم في العالم ما بين عشرة وعشرين مليون متعايش مع العجز البدني.

ويتعين توفير المعالجة اللازمة لإعادة تأهيل المصابين بشلل الأطفال، ولاسيما المعالجة الفيزيائية (العلاج الطبيعي)، وأجهزة التقويم، والجهاز التصحيحية من أجل تمكينهم من القيام بحركاتهم الوظيفية إلى أفضل وجه ممكن. وقد تحتاج بعض الحالات إلى تدخلات جراحية.

وقام المكتب الإقليمي بالتعاون مع منظمة الإغاثة الإسلامية الدولية بوضع برنامج لتحسين جودة حياة الأطفال الذين يعانون من عجز مرتبط بشلل الأطفال في باكستان والجمهورية اليمنية، حيث عُثِرَ على عدد كبير من حالات الشلل الناجمة عن فيروس شلل الأطفال عقب وباء عام 2005 في الجمهورية اليمنية، فضلاً عن التوطن المستمر في باكستان. وتتمثل الأهداف المحددة لهذا البرنامج في تعزيز حركة وكرامة الأطفال المصابين بالإعاقة الناجمة عن شلل الأطفال، وتيسير إدماجهم في المجتمع كأفراد منتجين.

ويغطي البرنامج حتى الآن 119 مصاباً بشلل الأطفال في باكستان و144 مصاباً في الجمهورية اليمنية، ويقدم البرنامج مختلف أنواع الدعم التقويمي. ومن الجدير بالذكر أن الأجهزة التقويمية المستخدمة، محلية الصنع. وفي باكستان، بالإضافة إلى إعادة التأهيل، تم اتخاذ الترتيبات اللازمة لإدراج هؤلاء المرضى في سن المدارس في التعليم المدرسي، بما في ذلك تغطية أقساط الدراسة في المدارس والملابس والكتب. والمأمول بإخلاص استمرار هذا البرنامج، والتعرف على جميع المصابين بالعجز المرتبط بشلل الأطفال من قبل، وتقديم الدعم اللازم لهم، سواء على الصعيد المؤسسي أو المجتمعي.

4. قضايا المراحل النهائية لاستئصال شلل الأطفال

1.4 الاحتواء المخبري لفيروس شلل الأطفال البري والمواد المحتملة الإعداد

يتمثل الهدف الرئيسي لأنشطة الاحتواء المخبري في تقليص مخاطر ما بعد الاستئصال والمتمثلة في خطر معاودة فيروسات شلل الأطفال البري أو ذراري ساين من المختبر إلى المجتمع، عند وقف استخدام لقاح شلل الأطفال الفموي. ويمكن إحراز هذا الهدف عن طريق إتلاف وحظر استخدام مواد شلل الأطفال على الصعيد الوطني، باستثناء المرافق الأساسية في عدد محدود من البلدان، ومن خلال إدارة المخاطر المرتبطة بالمرافق الأساسية من خلال الحماية الأولية للاحتواء والحماية الثانوية للمكان.

وقد أبلغ تسعة عشر بلداً (الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس والجمهورية العربية الليبية وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية والجمهورية اليمنية وجيبوتي والسودان والعراق وعمان وفلسطين وقطر والكويت ولبنان ومصر والمغرب والمملكة العربية السعودية)، عن استكمال المرحلة الأولى من أنشطة المسح والجرد المختبري. ومن المتوقع أن تقوم أفغانستان وباكستان والصومال بالشروع في الإعداد للمرحلة الأولى من أنشطة المسح والجرد المختبري، لاحتواء فيروس شلل الأطفال البري والمواد المحتملة للإعداد.

وقامت جميع البلدان التي استكملت أنشطة المرحلة الأولى باستثناء فلسطين بتوثيق جودة المرحلة الأولى من أنشطة الاحتواء.

وتتاح حالياً مسودة خطة العمل العالمية الثالثة، وسيتم اعتمادها رسمياً بعد مراجعتها من قِبَل جمعية الصحة العالمية.

2.4 الإسهاد على استئصال شلل الأطفال

عقدت اللجنة الإقليمية للإسهاد على استئصال شلل الأطفال اجتماعين أثناء عام 2009، تم خلالها استعراض العديد من الوثائق الوطنية المقدمة من قِبَل اللجان الوطنية للإسهاد في الإقليم. وتم قبول الوثائق الأساسية من جميع البلدان باستثناء أفغانستان وباكستان اللذين يتوطنهما المرض حتى الآن. والسودان الذي طالته اللجنة الإقليمية للإسهاد بإعادة تقديم تقريره نظراً لتعرضه مؤخراً لسراية الفيروس. وستواصل جميع البلدان تقديم تقارير سنوية عن مستجدات الوضع فيها، وذلك ريثما يتم الإسهاد على استئصال شلل الأطفال على الصعيد الإقليمي.

5. تقديم الدعم التقني والمالي إلى البلدان

تُواصل المنظمة تقديم الدعم التقني إلى البرنامج الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال، بالاعتماد على 56 من الموظفين الدوليين، يساعدهم 27 موظفاً معيناً لفترة قصيرة (ثلاثة أشهر)، وأعضاء الفريق المعني بوقف سراية شلل الأطفال، والمعار من قِبَل مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية، و14 من الموظفين المهنيين الوطنيين، و246 من الموظفين الطبيين الوطنيين يعاونهم أكثر من 700 موظف وطني، إضافة إلى فرق الخبراء التي تتألف منها الفرق الاستشارية التقنية الإقليمية والقطرية، التي تقوم بتقديم المشورة التقنية إلى البرامج الوطنية حول التوجهات الاستراتيجية. كما يقوم جميع موظفي مكافحة شلل الأطفال بتقديم الدعم إلى البرنامج الموسع للتمنيع، وفي مجال التخلص من الحصبة على سبيل المثال، كما يعاونون في التعاطي مع سائر البرامج الصحية ذات الأولوية على الصعيد القطري.

وتقوم الشبكة المخترية المعنية باستئصال شلل الأطفال حالياً بتقديم الخدمات المخترية للأمراض التي يمكن توقيها بالفحاحات، وسائر الأمراض ذات الأهمية للصحة العمومية.

وتواصل الدول الأعضاء في الإقليم تقديم موارد كبيرة من أجل جهود الاستئصال، ولاسيما في ما يتعلق بالتطعيم الروتيني. كما تم تأمين موارد مالية كبيرة من خارج الميزانية العادية لدعم الأنشطة الوطنية، ولاسيما في ما يتعلق بتوفير النفقات الميدانية، والدعم التقني والموارد اللازمة لمواصلة أنشطة الترسد. علماً بأن الموارد المقدمة من خارج

الميزانية العادية لدعم الأنشطة المقررة، والمنفذة من خلال المنظمة خلال عام 2009 قد فاقت المبلغ المقرر والبالغ 62 مليون دولار أمريكي.

هذا، مع العلم بأن المساهمين الرئيسيين بهذه الأموال، هم وزارة المملكة المتحدة للتنمية الدولية، ومنظمة الروتاري الدولية، والبنك الدولي، والتحالف العالمي للقاحات 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 تنسيق أنشطة استئصال شلل الأطفال بين بلدان الإقليم والبلدان المجاورة في سائر أقاليم المنظمة. وينفذ هذا التنسيق بعدة طرق منها تنظيم الاجتماعات التنسيقية مثل اجتماعات بلدان القرن الأفريقي، وإصدار نشرة القرن الأفريقي، فضلاً عن اجتماع الفريق الاستشاري التقني للقرن الأفريقي كل عام بانتظام. وقد تحسّن كثيراً تزامُنُ الأنشطة وتبادل المعلومات المباشر بين البلدان، فضلاً عن التنسيق المباشر على الصعيد المحلي. ويتواصل تعزيز عملية ميكابكار لمكافحة شلل الأطفال بين البلدان المتجاورة في إقليم شرق المتوسط والإقليم الأوروبي، وفقاً للإعلان الموقع في عام 2007. ويتّسع نطاق عملية ميكابكار حالياً ليشمل التخلص من الحصبة فضلاً عن التمنيع الروتيني.

7. الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال

إن الالتزام الإقليمي بإحراز مرمى استئصال شلل الأطفال لا يزال على أعلى مستوياته، وهو ما يتجلى في الالتزام الكبير للسلطات الوطنية سواء في البلدان الموطونة بشلل الأطفال أو البلدان الخالية منه. وتتلقى اللجنة الإقليمية تقارير سنوية عن التقدم المحرز، إضافةً إلى أن التوجّهات المقدمة المتجسدة في قرارات اللجنة الإقليمية، تمثل قوة الدفع نحو إحراز هذا المرمى. ويواصل المدير الإقليمي ما يبذله من جهود التوعية بأهمية استئصال شلل الأطفال والتطعيم الروتيني، حيث زار البلدان ذات الأولوية واجتمع برؤسائها، ورؤساء الوزارات ووزراء الصحة فيها وسائر كبار المسؤولين والشخصيات الوطنية المؤثرة، الذين أكدوا له التزامهم المستمر بدعم جهود استئصال شلل الأطفال.

8. التحدّيات والتوجّهات المستقبلية

تشمل أهم التحدّيات التي تواجه البرنامج ما يلي:

- استمرار السراية في أفغانستان وباكستان، ولاسيما في مناطق السراية المشتركة، حيث يصعب الوصول إلى الأطفال في بعض المناطق بسبب انعدام الأمن، وبسبب العوائق الثقافية ورفض التطعيم، وأنشطة التطعيم التكميلي دون المستوى الأمثل في مناطق أخرى؛
- عدم اشتراك القادة الوطنيّين اشتراكاً كافياً على صعيد المناطق والمقاطعات في التعاطي مع المشكلات المزمنة المتعلقة بتبني جودة التطعيم والحملات في بعض المناطق المصابة بعدوى شلل الأطفال؛

- الفجوة المناعية لدى الأطفال في جنوب السودان والناجمة عن ضعف التمنيع الروتيني، وتدني جودة أنشطة التمنيع التكميلي، والتي تهدد الإنجازات ولاسيما أن فيروس شلل الأطفال البري لا يزال يواصل سرايته في البلدان الأفريقية المتاخمة؛
- خطر فيروس شلل الأطفال الساري المشتق من اللقاح في البلدان التي تعاني من ضعف التمنيع الروتيني ولاسيما في الصومال؛
- الحفاظ على اهتمام والتزام السلطات الوطنية على كل المستويات، ولاسيما في البلدان الخالية من شلل الأطفال؛
- تأمين الموارد الضرورية من المصادر الخارجية لتكميل المصادر الداخلية.

وفي مواجهة هذه التحديات وإحراز المراحل البارزة في خطة استئصال شلل الأطفال 2010-2012، تتمثل الأولويات الإقليمية في ما يتعلق باستئصال شلل الأطفال خلال عام 2010 في ما يلي:

- (1) وقف سراية فيروس شلل الأطفال في أفغانستان وباكستان، من خلال تكثيف أنشطة التطعيم التكميلي، وضمان الوصول إلى الأطفال في المناطق التي يعوزها الأمن، والتعاطي مع القضايا الإدارية، وضمان الأداء العالي الجودة، والاستفادة من الأدوات الجديدة المتاحة مثل لقاح شلل الأطفال الفموي الثنائي التكافؤ.
- (2) التغلب على جميع المشكلات والعوائق، ولاسيما في الصومال والسودان، وخاصةً في جنوبه من أجل الحفاظ على النتائج المحرزة.
- (3) تحاشي الفجوات المناعية الكبيرة في البلدان الخالية من شلل الأطفال، وذلك من خلال الحفاظ على ارتفاع مستويات التطعيم الروتيني، وتنفيذ أنشطة التطعيم التكميلي المطلوبة، ولاسيما في بؤر انخفاض مناعة السكان.
- (4) الحفاظ على ترصد معايير الإسهاد في جميع البلدان على الصعيد الوطني ودون الوطني، ولاسيما بين المجموعات السكانية والمناطق العالية الخطر.
- (5) مواصلة وتعزيز أنشطة التنسيق بين البلدان داخل الإقليم، ومع البلدان المتاخمة في الأقاليم الأخرى، لضمان تزامن الأنشطة، وتبادل المعلومات، والتخطيط والتنسيق على الصعيد المحلي.
- (6) الحفاظ على شبكة المختبرات المعنية بشلل الأطفال، وتعزيز استخدامها لصالح البرامج الأخرى ذات العلاقة، ومواصلة أنشطة الاحتواء والإسهاد.
- (7) إتاحة الموارد المالية المطلوبة لتنفيذ الخطة الإقليمية لاستئصال شلل الأطفال.