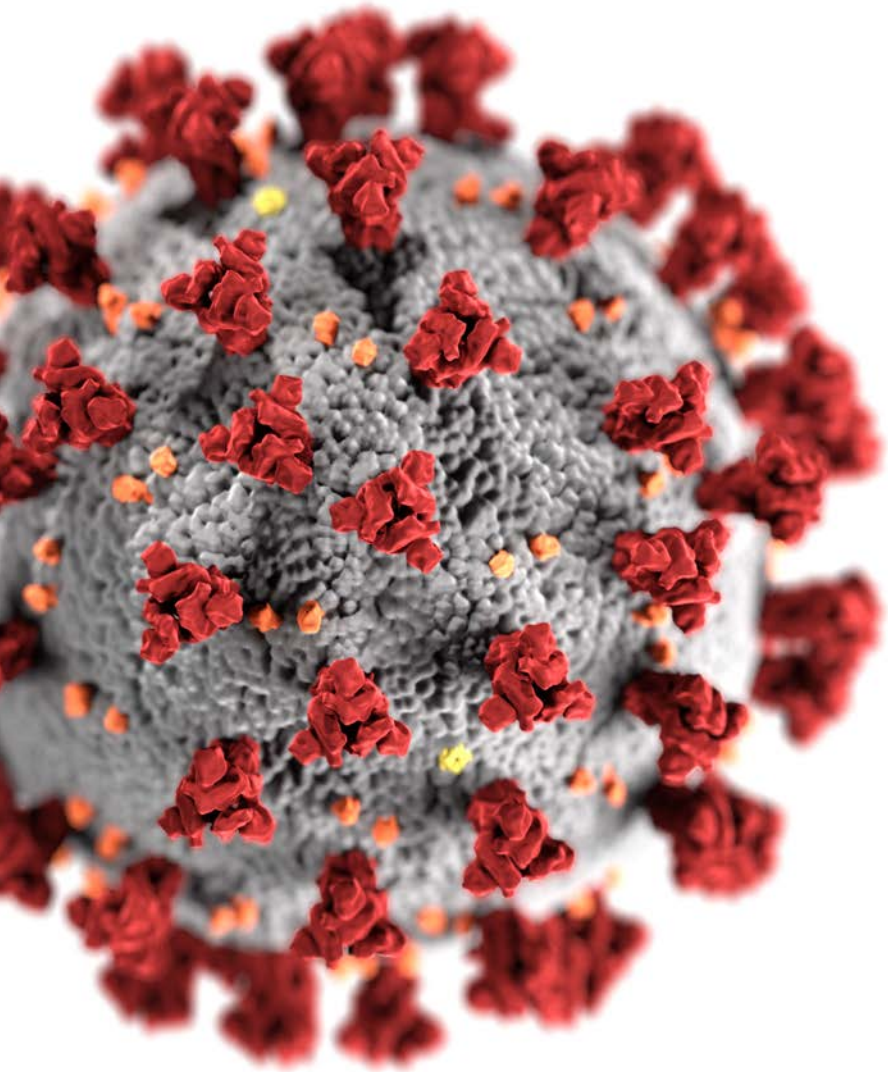
الاستجابة للأمراض غير السارية أثناء جائحة كوفيد19-وما بعدها

حالة البيِّنات فيما يتعلق بجائحة كوفيد19-والأمراض غير السارية:
استعراض سريع



منظمة الصحة العالمية

UNDP

UN INTERAGENCY TASK FORCE ON NCDs
#beatNCDs
@un_ncd

WHO/2019-nCoV/Non-communicable_diseases/Evidence/2020.1

© World Health Organization and the United Nations Development Programme, 2020

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Under the terms of this licence, you may copy, redistribute and adapt the work for non-commercial purposes, provided the work is appropriately cited, as indicated below. In any use of this work, there should be no suggestion that WHO or UNDP endorses any specific organization, products or services. The unauthorized use of the WHO or UNDP names or logos is not permitted. If you adapt the work, then you must license your work under the same or equivalent Creative Commons licence. If you create a translation of this work, you should add the following disclaimer along with the suggested citation: "This translation was not created by the World Health Organization (WHO) or the United Nations Development Programme (UNDP). Neither WHO nor UNDP are responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition".

Any mediation relating to disputes arising under the licence shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules).

Suggested citation. Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic: State of the evidence on COVID-19 and non-communicable diseases: a rapid review. Geneva: World Health Organization and the United Nations Development Programme, 2020 (WHO/2019-nCoV/Non-communicable_diseases/Evidence/2020.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at http://apps.who.int/iris.

Sales, rights and licensing. To purchase WHO publications, see http://apps.who.int/bookorders. To submit requests and queries on rights and any other licensing arrangements, see http://www.who.int/about/licensing.

Third-party materials. If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

General disclaimers. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO or UNDP concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by WHO or UNDP in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO and UNDP to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO or UNDP be liable for damages arising from its use.

.Graphic design by Zsuzsanna Schreck

Front and back cover image: © CDC

ملخص

تقدم هذه الوثيقة استعراضاً أولياً للمعلومات الناشئة (حتى 2 تموز/يوليو 2020)، حول العلاقة بين عدوى كوفيد – 19، والأمراض غير السارية، وعوامل خطر الإصابة بالأمراض غير السارية. واستعين في هذا الصدد بمقالات استعرضها النظراء من قواعد بيانات المركز الوطني لمعلومات التكنولوجيا الحيوية (NCBI) ومكتب المعلومات الطبية (PubMed) وأرشيف PMC المركزي، ومحرك غوغل الخاص بالأبحاث (Google Scholar). ويبيّن الاستعراض أن الأشخاص المتعايشين مع الأمراض غير السارية معرّضون بشكل أكبر للإصابة بالاعتلالات الوخيمة والوفاة إذا أصيبوا بعدوى كوفيد – 19، وأن هناك بيانات محدودة فيما يختص بتقدير تلك المخاطر. ونلخص أيضا في هذه الوثيقة نتائج دراستين استقصائيتين، أجرتهما منظمة الصحة العالمية، وأظهرت أن خدمات الوقاية من الأمراض غير السارية ومعالجتها قد تعطلت بشدة منذ بدء الجائحة.

الأهداف والغايات

تتمثل أهداف وغايات هذه الوثيقة في إجراء استعراض أولي للدراسات التي أجريت حول العلاقة بين عدوى كوفيد19-والأمراض غير السارية وعوامل خطر الإصابة بالأمراض غير السارية.

أساليب البحث

البحث. تم إجراء بحث على المقالات التي تشتمل عليها قواعد بيانات المركز الوطني لمعلومات التكنولوجيا الحيوية (*NCBI*)، ومكتب المعلومات الطبية (*PubMed*) وأرشيف *PMC* المركزي، ومحرك غوغل الخاص بالأبحاث (*Google Scholar*)، على مدى الفترة من *18* أيار / مايو إلى أول تموز/ يوليو *2020*، باستخدام الكلمات الدلالية: «كوفيد – *19*»، «فيروس كورونا»، «فيروس كورونا-سارس – *2*»، بالاقتران بأي من الكلمات التالية: «التلوث (الهوائي)»، «الربو»، «السرطان»، «السكري»، «الأمراض القلبية الوعائية»، «مرض الانسداد الرئوي المزمن»، «الأمراض التنفسية المزمنة»، «السكري»، «النظام الغذائي»، «مرض القلب»، «فرط ضغط الدم»، «الأمراض غير السارية» واختصارها (*NCDs*)، «المرض غير الساري»، «السمنة»، «زيادة الوزن»، «النشاط البدني»، «الخمول البدني»، «التدخين»، «المدخنون»، «التبغ»، «التدخين الإلكتروني». ولم تستخدم في البحث أي مرشحات لغوية. وأجري استعراض للمراجع المدرجة في المقالات توخياً للدقة.

اختيار الدراسة. تم إدراج الدراسات المنشورة التي أجرت تقييما للمخاطر التي تؤدي إلى دخول المستشفى أو الاعتلال الوخيم أو الحَرِج، أو الوفاة المرتبطة بالأمراض غير السارية، أو بعوامل خطر الإصابة بهذه الأمراض، وعدوى كوفيد – *19*. ولم تُستخدم سوى المنشورات المراجعة من قبل نظراء. واشتملت تلك المنشورات على دراسات لحالات مضبَّطة بالشواهد، ودراسات تمثيلية شاملة ووصفية، وتجارب معشَّاة وغير معشَّاة مضبَّطة بالشواهد، ومراجعات منهجية، وتحليلات توليفية. وتم الحصول على المعلومات المتعلقة باستمرار الخدمات الصحية أثناء وقوع جائحة كوفيد*19*-(انظر أدناه) من نتائج دراستين استقصائيتين أجرتهما المنظمة خلال هذا العام *2020*.

القيود

لا تعدّ هذه الوثيقة استعراضاً منهجياً، بل هي بالأحرى توليفة أولية للبيِّنات الناشئة التي يتواصل ظهورها.[1] وماتزال التقديرات ذات الدلالة بشأن المخاطر غير متوفرة حتى الآن، وذلك بالنسبة للعديد من الأمراض غير السارية وعوامل خطر الإصابة بها. وتأتي غالبية المنشورات المراجعة من نظراء من البلدان المرتفعة الدخل او بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط. ولذلك، ينبغي توخي الحذر عند استقراء النتائج بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ولم تتطرق الدراسة إلى العوامل الأخرى التي قد تؤثر على نتائج عدوى كوفيد– 19 بخلاف الأمراض غير السارية (العمر، ونوع الجنس، والانتماء العرقي، والصحة النفسية).

1تقوم المنظمة بجمع أحدث النتائج والمعارف العلمية الدولية عن عدوى كوفيد19-(1). وتمثل قاعدة البيانات، مع غيرها من الموارد ذات الصلة بعدوى كوفيد – 19، مصدرا شاملا متعدد اللغات للأدبيات المتاحة حاليا عن هذا الموضوع.

عوامل الخطر

1. تعاطي التبغ

1-1 يعد التبغ واحدا من الأسباب الرئيسية للوفاة المبكرة، حيث يحصد حياة ما يزيد على ثمانية ملايين شخص سنويا على (2). ويزيد تعاطي التبغ من خطر الإصابة بالعديد من الأمراض غير السارية، مثل الأمراض القلبية الوعائية، والأمراض التنفسية المزمنة، والسكري، والسرطان (3). والأشخاص المتعايشون مع الأمراض غير السارية الموجودة مسبقا، بما فيها تلك التي يسببها تعاطي التبغ، يكونون أكثر عرضة للإصابة باعتلال وخيم إذا أصيبوا بعدوى كوفيد19-(4).

2-1 وأشارت خلاصة استعراض للبيّنات أجرته المنظمة حتى تاريخ 12 أيار / مايو 2020، إلى ارتباط التدخين بزيادة وخامة المرض وبالوفاة لدى المرضى المصابين بعدوى كوفيد19-داخل المستشفيات. ورغم احتمال ارتباط ذلك بوخامة المرض (5 – 7) فإن هناك بيِّنات ناشئة على أن المدخنين قد يكونون أكثر عرضة لمضاعفات تتطلب إدخالهم إلى المستشفى لدى إصابتهم بعدوى كوفيد19-(8 – 10). وبصفة أعم، فإن تدخين التبغ ضار بالجهاز المناعي التنفسي ويزيد من قابلية الإصابة بالأمراض التنفسية المُعدية، بما في ذلك متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (11 – 13). ومع ذلك، فإن إجراء دراسات سكانية جيدة الإعداد في هذا الشأن أمر ضروري لمعالجة مسائل من قبيل الإدخال إلى المستشفيات ووخامة مرض كوفيد19-وخطر الإصابة بعدوى فيروس كورونا- سارس – 2 [2] بين المدخنين (14).

3-1 إن السجائر وغيرها من أشكال تعاطي التبغ، كالأرجيلة (الشيشة) والتبغ عديم الدخان، وكذلك السجائر الإلكترونية، قد تزيد من خطر الإصابة بعدوى كوفيد – 19، من خلال تلامس اليد والفم، على سبيل المثال (14).

2 فيروس كورونا – سارس – 2 يشير إلى فيروس كورونا المستجد، وكوفيد19-يشير إلى المرض الذي يسببه فيروس كورونا – سارس – 2.

2. تعاطي الكحول على نحو ضار

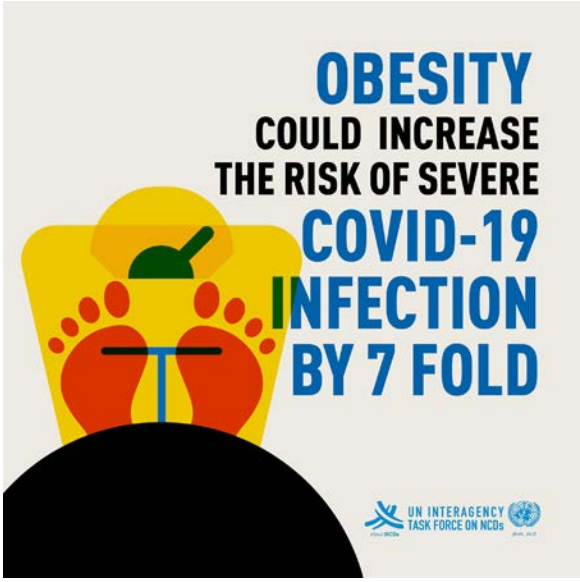
2-1 إن تعاطي الكحول على نحو ضار يؤثر تأثيرا سلبيا على الصحة البدنية والنفسية، وهو واحد من عوامل الخطر الرئيسية للإصابة بالمرض والعجز والوفاة في جميع أنحاء العالم. كما أنه يرتبط ارتباطا سببيا بأكثر من 200 من رموز الأمراض والإصابات، في إطار التصنيف الدولي للأمراض (المراجعة العاشرة)، بما يشمل أمراضا غير سارية كالسرطان والسكتة الدماغية وارتفاع ضغط الدم (15).

2-2 ورغم أنه لم تجر حتى الآن سوى دراسات قليلة لتحديد أثر تناول الكحول على مخاطر التعرّض لعدوى كوفيد – 19، فإن تعاطي الكحول يرتبط بمخاطر صحية كبيرة، ويمكن أن يقود إلى الإصابة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان، وغيرها من الحالات المرضية الناجمة عن السُكر أو التسمم أو غير ذلك من التأثيرات طويلة الأمد. وللتعاطي الضار للكحول وغيره من المواد النفسانية التأثير عدد من التأثيرات السلبية، من بينها تقويض الوظائف المناعية، مما يُفضي إلى إضعاف قدرة الجسم على مقاومة فيروس كورونا- سارس-2. بل إن حتى جلسة تعاطٍ مفرط واحدة للكحول يمكن أن تُفضي إلى تأثيرات سلبية كبيرة، على كل من الاستجابات المناعية التلاؤمية منها والفطرية (16). كما أن تعاطي الكحول على نحو ضار يزيد من خطر الإصابة بالأمراض المرتبطة بالمضاعفات الوخيمة لكوفيد -19 (16 – 19). وتدحض البيِّنات العلمية ما يثار من أقاويل بأن الكحول يمكن أن يحمي من الإصابة بعدوى كوفيد19-(20).

2-3 كما أن تعاطي الكحول لا يؤدي فقط إلى إضعاف الوظائف الفسيولوجية والمناعية العامة، بل يمكن أن تكون له تأثيرات سلبية أيضاً في سياق جائحة كوفيد-19 (21). فقد يتزايد السلوك غير الصحي، كتعاطي الكحول على نحو ضار، خلال الأوقات العصيبة، كاستراتيجية تكيّف للتخفيف من الضغط العصبي أو القلق، أو لتمضية الوقت أثناء مدة العزل الذاتي (22). ويؤثر التعاطي الضار للكحول على العافية النفسية وقد يؤدي إلى إضعاف القدرة على التمييز والانضباط الذاتي والتوافق الحركي وزمن رد الفعل. ويزيد ذلك، بدوره، من مخاطر التعرض للإصابات والعنف، بما يشمل عنف الشريك المعاشر، المتفاقم أصلاً بفعل الجائحة (23، 24). فضلا عن ذلك، فإن تعاطي الكحول على نحو ضار يتعارض مع قدرة الأشخاص على اتخاذ الاحتياطات التي تحميهم من الإصابة بالعدوى، مثل الامتثال لتدابير نظافة الأيدي، كما أنه يحد من فاعلية تدابير الوقاية من عدوى كوفيد19-إذ يتعارض مع الامتثال للنظم التنظيمية والعلاجية (25).

2-4 يمكن أن يكون الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول أكثر عرضة لمخاطر كوفيد-19 (26)، كما يمكن أن يكونوا عرضةً بشكل خاص لالتقاط مختلف أشكال العدوى بسبب المخاطر المرتبطة بتعاطي الكحول، مثل تشارك الأغراض (الزجاجات وغيرها من الحاويات، وأدوات المائدة) والتجمعات والفقر والبطالة وتدهور الصحة البدنية وازدياد احتمالات التعرّض للتوقيف والسجن. وفي الأوضاع الإنسانية على الصعيد العالمي، غالبا ما يكون الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول مهمشين أصلاً، وقد لا تتوفر لهم خيارات مناسبة للعلاج. أما في سياق الجوائح، فقد تكون هذه الفئات السكانية مستضعفة ومهملة بشكل خاص، مما يستدعي أخذها بعين الاعتبار في الاستجابات الخاصة بالدعم النفسي والصحة النفسية.

3 - الخمول البدني



3-1 يعد الخمول البدني واحدا من عوامل الخطر الرئيسية للإصابة بالأمراض غير السارية، في حين يساعد النشاط البدني المنتظم على توقي عوامل الخطر، مثل ارتفاع ضغط الدم وزيادة الوزن والسمنة، ويحمي من الإصابة بالأمراض غير السارية، ويسهم بشكل كبير في تحسين الصحة النفسية (27 ، 28).

3-2 قد يؤثر الخمول البدني تأثيرا غير مباشر على تطور مرض كوفيد – 19. وتشير دراسة كبرى عن عوامل الخطر السلوكية في سياق مرض كوفيد – 19، إلى أن الخمول البدني هو أحد عوامل الخطر التي تؤدي إلى دخول المستشفى عند الإصابة بهذا المرض (9). ويرتبط الخمول البدني بالسمنة، وهي واحدة من عوامل الخطر الاستقلابي التي تؤدي إلى الإصابة بمرض كوفيد19- الوخيم (29 ، 30). وعلى العكس من ذلك، فإن النشاط البدني يمكن أن يحفز الوظائف المناعية ويحد من الالتهاب، فضلا عن ما له من فوائد متعددة، فسيولوجية ونفسية، من بينها تخفيف الضغط العصبي والقلق (28 ، 31 ، 32). ومن المعروف أن عدم كفاية النشاط البدني والسلوك المتّسم بالخمول، بما في ذلك ثقافة العمل في وضع الجلوس، يشهدان تفاقماً بفعل تدابير الإغلاق وقيود السفر المرتبطة بالجائحة، الأمر الذي يزيد من مخاطر السمنة أو الإصابة بالأمراض غير السارية المرتبطة بها (33 ، 34). لذا، فإن المداومة على النشاط البدني المنتظم تتّسم بأهمية خاصة خلال الجائحة وما تستلزمه من البقاء أوقات طويلة في المنزل (35).

4- سوء التغذية والنظم الغذائية غير الصحية

4-1 يعدّ سوء التغذية بجميع صوره وأشكاله (بما في ذلك نقص التغذية، وعوز المغذيات الزهيدة المقدار، وزيادة الوزن، والسمنة) سببا رئيسيا للإصابة بالأمراض والوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية حول العالم (36). ويؤدي سوء التغذية في مختلف مراحل العمر إلى تفاقم خطر الإصابة بالأمراض غير السارية، حيث يرتبط كل من نقص التغذية والسمنة في مرحلة الطفولة بزيادة احتمال الإصابة بالسمنة وبدء ظهور الأمراض غير السارية بعد البلوغ (37).

4-2 وتندرج زيادة الوزن والسمنة ضمن أكثر حالات المراضة المصاحبة شيوعا لدى المرضى المصابين بعدوى كوفيد19-في المستشفيات، كما يرتبط كلاهما بزيادة مخاطر الحصائل السلبية للمرض (30 – 38). وتتسق احتمالية الإصابة بمضاعفات كوفيد19-الوخيمة مع نتائج سابقة تشير إلى أن السمنة تتلازم مع الالتهاب، وتُضعف الاستجابات المناعية للعدوى الفيروسية، وتؤدي إلى الإصابة بالسكري والضغط العصبي الناتج عن الأكسدة، وتُضعف كلا من الوظائف القلبية الوعائية والتنفسية (39 ، 40). ورغم وضوح الحقيقة الدالة على كون مرضى السمنة أكثر عرضة للإصابة بمخاطر كوفيد19-(41)، فإن القيود المرتبطة بحجم الدراسة وعدم التوثيق الشامل لمؤشرات كتل أجسام المرضى، تحول في الوقت الحاضر دون إجراء تحليلات قوية إحصائيا لتقدير المخاطر النسبية بدقة (42 – 45).

4-3 وقد سلطت عدة دراسات الضوء على السمنة كأحد عوامل خطر الإصابة بالمضاعفات الوخيمة لكوفيد–19 (44 – 46). فأولا، تعدّ السمنة من أكثر الحالات المرضية السابقة شيوعا بين المرضى الداخليين في مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية (38 ، 47). وثانيا، تزداد احتمالات الإصابة بالتهاب رئوي وخيم بين الذكور الذين يعانون من السمنة مقارنةً بغيرهم من المرضى ذوي الوزن الطبيعي (نسبة الأرجحية 5,7، وفاصل الثقة 95%، 1.8 ؛ 17.8) (29). وثالثا، أشارت دراسة شملت 124 مريضا أدخلوا إلى وحدات

العناية المركزة إلى ازدياد وخامة المرض كلما ارتفع مؤشر كتلة الجسم، حتى بعد تعديل العوامل المربكة المحتملة، كالعمر والإصابة بالسكري وارتفاع ضغط الدم. وازداد خطر الإصابة بمرض كوفيد-19 الوخيم زيادة ملحوظة في مجموعة المرضى شديدي البدانة (مؤشر كتلة الجسم أكثر من 35) (نسبة الأرجحية 7.36؛ وفاصل الثقة 95%، 1.63؛ 33.14) (30). وأظهرت دراسة على مستوى البلد بأكمله، شملت 177000 شخص في المكسيك، أن السمنة شكّلت عامل خطر سواء من حيث الإدخال إلى وحدات العناية المركزة أو الوفيات الناجمة عن الإصابة بعدوى كوفيد-19 (نسبة الخطر 1.25؛ وفاصل الثقة 95%، 1.17؛ 1.34) (48). وتبين كذلك أن زيادة الوزن ترتبط أيضا بالحصائل السلبية لمرض كوفيد19-، حيث أظهرت دراسة شملت 112 من مرضى وحدات العناية المركزة أن نسبة المرضى ذوي الوزن الزائد (مؤشر كتلة الجسم > 25)، كانت أعلى كثيرا بين المتوفين (88% لديهم زيادة في الوزن) قياساً بالناجين (19% لديهم زيادة في الوزن) (49).

4-4 ولا يخفى أن النظم الغذائية غير الصحية، بما فيها تلك التي تحتوي على نسبة قليلة من الفاكهة والخضراوات، والغنية بالصوديوم والسكر، وتحتوي على نسبة قليلة من المكسرات والبذور، ونسبة قليلة من الحبوب الكاملة، وتنخفض فيها أحماض أوميغا 3 الدهنية المشتقة من المأكولات البحرية، تسبب الإصابة بالأمراض غير السارية (50). وفي حين تظل البيِّنات التجريبية محدودة في هذا المجال، فإن ثمة مؤشرات عديدة تشير إلى التأثير السلبي لجائحة كوفيد19-على الأنماط الغذائية، وبالتالي على زيادة مخاطر الإصابة بالأمراض غير السارية في الأمد البعيد. ومن الأمثلة على ذلك الاتجاه المبكر لتخزين الأغذية المعلبة المعالجة، مما قد يؤدي إلى الإفراط في تناولها؛ وخسارة الوظائف على نطاق واسع وما نتج عن ذلك من مصاعب مالية حدّت من القدرة على تحمل تكاليف الأغذية المأمونة والمتنوعة والمغذية، التي تسهم في تأمين نظم غذائية صحية. وهناك أيضاً الانقطاعات التي تعرّضت لها سلاسل الإمداد وتدابير الاحتواء التي أثرت بدورها على فرص الحصول على الأطعمة المغذية القابلة للتلف بطبيعتها (ومن بينها الفاكهة والخضراوات والأسماك الطازجة) (51). وقد أظهرت نتائج دراسة استقصائية شملت بالغين إيطاليين خاضعين لقيود الإغلاق حدوث ارتفاع في نسبة استهلاك الأطعمة المغذية، ولكن اقترن أيضاً بارتفاع في نسبة استهلاك الحلويات، وأفاد 49% من المجيبين بحدوث زيادة في الوزن منذ فرض تدابير الإغلاق (52). كما يشير استقصاء أجري في البرتغال إلى أن تدهور السلوك الغذائي أثناء جائحة كوفيد - 19، لا سيما في المجتمعات المحلية ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، حيث تفشى استهلاك الأطعمة الخفيفة، والوجبات الجاهزة، والمشروبات المحلاة بالسكر، والأطعمة السريعة (53)، في حين حسنَّت الفئات السكانية ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المرتفع مدخولاتها الغذائية من الفاكهة، والخضراوات وغيرها من الأطعمة الغنية بالمغذيات، الأمر الذي يرجح إسهام جائحة كوفيد19-في توسيع التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية فيما يتعلق بجودة الغذاء.

5-4 ومن المعروف أن التغذية الجيدة تعزز الجهاز المناعي وتقويه. فمثلا، توفر الفاكهة والخضراوات الفيتامينات والمعادن، كما تعدّ الدهون الصحية الموجودة في الزيتون والبذور غذاء غنيا بالأحماض الدهنية غير المشبَّعة، الضرورية من أجل استجابة مناعية فعالة (54). وعلى النقيض من ذلك، نجد أن النظام الغذائي الغني بالدهون المشبَّعة والسكر والملح يهيئ المجال للإصابة بالسمنة والسكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان، وجميعها ارتبطت بالإصابة بمضاعفات كوفيد19- الأكثر وخامة (انظر الأقسام التالية) (55 ، 56). علاوة على ذلك، فإن ما يُطلق عليه النظام الغذائي «الغربي» (الغني بالدهون والسكر والكربوهيدرات) يؤدي إلى الإصابة بالتهابات مزمنة وضعف استجابة الجهاز المناعي للعدوى الفيروسية (57).

5- المخاطر البيئية

1-5 يعد تلوث الهواء في المنزل وخارجه من الأسباب الرئيسية للوفاة الناجمة عن الإصابة بالأمراض غير السارية. فالتعرض لتلوث الهواء عموما، ولاسيما لمعدلات مرتفعة من الجسيمات، يرتبط، بشكل أساسي بالإصابة بسرطان الرئة ومرض الانسداد الرئوي المزمن والأمراض القلبية الوعائية (58).

2-5 وهناك حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث حول الروابط المحتملة بين التركيزات المرتفعة من ملوثات الهواء وتدهور الأعراض لدى الأشخاص المصابين بعدوى كوفيد-19 والعواقب المحتملة للمرضى الذين تجرى معالجتهم (59). وتحفز الجسيمات الدقيقة حدوث استجابة التهابية وتضعف الوظائف المناعية (التنفسية). كما أن التعرض الطويل الأمد للتلوث وما يرتبط به من التهاب يسبب أضرارا للرئة وللقلب، مما قد يؤدي إلى حالات مرضية مصاحبة (60)، ويحدّ بالتالي من قدرة الأشخاص المصابين بها على مقاومة فيروس كورونا- سارس-2.

3-5 وقد يؤثر التعرض لتلوث الهواء على معدل الوفيات الناجمة عن الإصابة بعدوى كوفيد – 19، غير أنه ينبغي إجراء المزيد من الدراسات في هذا المجال. فقد نُشر العديد من الدراسات التي ربطت الوفيات الناجمة عن كوفيد–19 بمستويات تلوث الهواء، غير أن هذه الدراسات نشرت كطبعات أولية فقط ولم تخضع لاستعراض النظراء، مما أدّى إلى استبعادها من نطاق هذا الاستعراض. ومع ذلك، فقد أشارت دراسة صغيرة أجريت في المملكة المتحدة إلى ارتفاع خطر الوفاة عند التعرض القصير الأمد لتركيزات مرتفعة من ملوثات الهواء (ثاني أكسيد النيتروجين، والجسيمات المعلقة التي يقل نصف قطرها عن 2,5 ميكرومتر) (61). وعززت هذه النتائج دراسة أخرى استنتجت أن غالبية الوفيات التي تم تقصيها في أوروبا (87% من مجموع 4443 وفاة)، قد وقعت في خمس مناطق تتسم بمستويات تلوث مرتفعة وبيئات جغرافية تعيق انقشاع الملوثات المعلقة في الهواء (62). كما ارتبط تلوث الهواء أيضا بمعدلات الوفاة أثناء اندلاع وباء المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس) عام 2002 (63) .

4-5 وكذلك يُضعف تلوث الهواء المنزلي (مثلا، جراء استخدام الوقود الصلب والكيروسين لأغراض الطهو) ودخان التبغ غير المباشر، وظائف الرئة والوظائف المناعية، وقد يزيد من خطر الآثار السلبية لعدوى كوفيد19- (64 ، 65).

الأمراض

6- السكري

1-6 يصيب السكري ما يزيد على 500 مليون شخص حول العالم ويتزايد انتشاره والوفيات التي يسببها بوتيرة متسارعة. كما يعد السكري مسببا رئيسيا للإعاقة والأمراض القلبية الوعائية والفشل الكُلوي (66).

2-6 ويواجه الأشخاص الذين يعانون من السكري خطرا مرتفعاً بالحاجة إلى تلقي العلاج في المستشفى والتعرّض للأحداث الضائرة جراء الإصابة بعدوى فيروس كورونا-سارس2- (67 – 70). وقد بيّن استعراض منهجي لدراسات شملت ما مجموعه 1382 مريضا، أن الأشخاص المصابين بالسكري معرضون لارتفاع خطر إدخالهم إلى وحدات العناية المركزة (نسبة الأرجحية 2.79؛ وفاصل الثقة 95%، 1.85؛ 4.22)، والوفاة (نسبة الأرجحية 3.21؛ وفاصل الثقة 95%، 1.82؛ 5.64) (69). ويمكن تفسير ذلك بوجود حالات مرضية مصاحبة لدى هؤلاء الأشخاص، بما في ذلك الأمراض القلبية الوعائية (67)، وضعف الاستجابة المناعية للعدوى (71).

3-6 ويظل الأشخاص المصابون بالسكري غير المنضبط أكثر عرضةً من غيرهم للنتائج السيئة بعد الإصابة بعدوى كوفيد – 19. فقد أوضحت دراسة أترابية كبرى، شملت 17 مليون مريض في المملكة المتحدة، أن المرضى المصابين بالسكري غير المنضبط معرضون لخطر الوفاة الناجمة عن عدوى كوفيد19- أكثر من غير المصابين به، أو المصابين بسكري خاضع للسيطرة (72). ولوحظ وجود هذا الخطر الزائد حتى بعد التعديل الذي أجري على مجموعة متنوعة من العوامل المربكة. ويدعم هذا الاستنتاج الارتباط الموثق جيدا بين سوء التحكم في مستوى السكر في الدم وضعف الوظائف المناعية (73).

4-6 وتشكل المخاطر الشديدة التي يتعرض لها مرضى السكري غير المنضبط مصدر قلق خاصا، حيث تشير التقديرات إلى أن ما يقرب من نصف جميع حالات السكري لدى البالغين، على مستوى العالم، لم يتم تشخيصها (74). ويعد ضبط مستوى السكر في الدم، والحفاظ عليه، أمرا حتميا لجميع مرضى السكري، ولا سيما أثناء جائحة كوفيد–19. وتشمل العوامل التي تؤدي إلى تفاقم، أو حتى منع، التحكم في م الملائم في ستوى سكر الدم: محدودية فرص حصول مرضى السكري، المشخَّصة حالاتهم، على خدمات الرعاية الصحية والأدوية اللازمة، وعدم الاستقرار الاقتصادي، وعدم الثبات في تناول الغذاء، و / أو العدوى النشطة بكوفيد–19. لذلك، فإن الأشخاص المتعايشين مع السكري يشكلون واحدة من أكثر الفئات السكانية المعرضة لمخاطر هذه الجائحة.

7- الأمراض القلبية الوعائية

7-1 تمثل الأمراض القلبية الوعائية، ولاسيما النوبات القلبية والسكتات الدماغية، السبب الأكثر شيوعا للوفاة على مستوى العالم. ففي عام 2016.

قُدِّر عدد الذين توفوا بسبب هذه الأمراض بـ 17,9 مليون شخص، أي 31% من جميع الوفيات. ومن الجدير بالذكر أن غالبية الأمراض القلبية الوعائية يمكن توقيها، وهي ترتبط بعوامل خطر من بينها: تعاطي التبغ، وتعاطي الكحول على نحو ضار، والنظام الغذائي غير الصحي، والخمول البدني (75).

7-2 وترتبط الأمراض القلبية الوعائية بزيادة عوامل الخطر التي تؤدي إلى المضاعفات الوخيمة لمرض كوفيد-19 والوفاة الناجمة عنها. وقد تم تحديد ارتفاع ضغط الدم كواحد من عوامل الخطر لتردي حصائل الإصابة بعدوى فيروس كورونا-سارس -2 (7 ، 76)، حيث شكّل ارتفاع ضغط الدم، في إحدى التحليلات التوليفية لـ 12 دراسة، عامل خطر بالنسبة لوخامة المرض (نسبة الأرجحية 2.27؛ وفاصل الثقة 95%، 1.80؛ 2.86)، وكذلك بالنسبة للوفاة (نسبة الأرجحية 3.48؛ وفاصل الثقة 95%، 1.8؛ 2.86) (77). وبالمقابل، فإن دراسة أترابية كبرى، شملت 17 مليون مواطن في المملكة المتحدة، لم تشر إلى ارتفاع ضغط الدم كعامل من عوامل الخطر التي تسبب الوفاة جراء الإصابة بعدوى كوفيد-19، بعد تعديل العديد من المتغيرات المشتركة (72). وينتشر ارتفاع ضغط الدم على نطاق واسع حول العالم، وكثيرون من الناس معرّضون لخطر الإصابة به. وعلى الرغم من الفرضيات المتعددة في هذا الشأن، فإن الآلية التي تجعل المصابين بارتفاع ضغط الدم أكثر عرضة للإصابة بمخاطر كوفيد19- تبقى غير واضحة. ومن الضروري إجراء المزيد من الدراسات الكبرى المعشَّاة وجيدة التوصيف، مع أخذ العوامل المربكة المحتملة في الاعتبار، بما في ذلك العمر وحالات المراضة المتعددة المصاحبة (78).

7-3 وتزيد الأمراض القلبية الوعائية الأخرى، بما فيها الفشل القلبي وأمراض الشريان التاجي وعدم انتظام ضربات القلب، بمقدار الضعف على الأقل، من احتمالات حدوث الوفاة جراء الإصابة بعدوى فيروس كورونا-سارس- 2 (72 ، 79 – 82). وتشير دراسات وتحليلات توليفية أخرى أيضا إلى ارتفاع مخاطر التعرض لنتائج ضائرة لدى المرضى الذين يعانون من إصابة قلبية، وهي أحد الأعراض الشائعة عند كثير من المرضى المصابين بالأمراض القلبية الوعائية، بمن فيهم من سبقت إصابته بسكتة دماغية (83 ، 84).

8- الأمراض التنفسية المزمنة

8-1 تعتبر الأمراض التنفسية المزمنة من الأمراض غير السارية الرئيسية، وكانت مسؤولة عن 8% من الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض في عام 2012 (85). وتنجم غالبية الوفيات عن الإصابة بحالتين من الحالات المرضية التنفسية الرئيسية، هما: مرض الرئة الانسدادي المزمن والربو. وتتركز هذه الوفيات، بصفة أساسية في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل (86 ، 87). ويعد التعرض لتلوث الهواء وتعاطي التبغ عوامل خطر كبرى للإصابة بالأمراض التنفسية المزمنة (88).

8-2 وقد صَنَّفت منظمة الصحة العالمية جميع المرضى المصابين بأمراض تنفسية مزمنة ضمن فئة الأشخاص المعرضين بصفة خاصة لمخاطر عدوى كوفيد19-(4). وحيث أن العديد من الفيروسات التي تصيب الجهاز التنفسي تؤدي إلى تفاقم حالة مرضى الانسداد المزمن لمجرى الهواء (88)، فينبغي أن يتوخى جميع الأشخاص المصابين الحرص الشديد إزاء عدوى فيروس كورونا-سارس2-. وقد أظهر تحليل توليفي لـ 15 دراسة أن مرضى الانسداد الرئوي المزمن معرضون بشكل أكبر لخطر الإصابة بمرض كوفيد19- الوخيم

(نسبة الخطورة ، 1.88؛ فاصل الثقة 95، 1.4 ؛ 2.4)، كما ترتفع بينهم معدلات الوفاة بسببه مقارنةً بغيرهم (5). وفي حين ظهر ضعف مرضى الانسداد الرئوي المزمن إزاء مخاطر كوفيد-19، فلم يتم بعد التأكد من كيفية تفاعل الفيروس مع الأمراض التنفسية المزمنة الأخرى.

8-3 وما زال مستوى تعرّض مرضى الربو لمخاطر عدوى كوفيد-19، غير معروف حاليا. وتشير نتائج إحدى الدراسات الأترابية الكبرى القائمة على الملاحظة (20,133 حالة عدوى كوفيد -19) إلى أن مرضى الربو ليسوا معرّضين لخطر الوفاة بشكل أكبر، ولكن تمثيلهم بين المرضى الداخليين المصابين بكوفيد19- كان مرتفعاً (90). كما تشير نتائج دراسة كبرى أخرى (17.4 مليون شخص من البالغين) إلى أن الربو يعد واحدا من عوامل الخطر المسببة للوفاة (نسبة الخطورة 1.25؛ وفاصل الثقة 95%، 1.08؛ 1.44) (72). فيما أشارت نتائج دراسة ثالثة إلى أن مرضى الربو (بمن فيهم 72,314 حالة إصابة بعدوى كوفيد-19)، ليسوا معرّضين لمخاطر أكبر سواء للإصابة بالعدوى أو وخامتها أو الوفاة بسببها (91)، بل إن إحدى الدراسات أشارت إلى أن المرضى المصابين بالربو التحسسي كانوا أقل خطرا من حيث الإصابة بالعدوى ووخامة المرض (92). وقد يرجع التباين في نتائج هذه الدراسات إلى عدم كفاية تصنيف المرضى فيما يخص نوع الربو وطرق تدبيره ومعالجته (93). وهناك حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات لفهم العلاقة بين عدوى كوفيد-19 والربو.

8-4 إن المعلومات حول مدى التعرّض لمخاطر عدوى كوفيد-19 بين الأشخاص الذين يعانون من أمراض رئوية مزمنة أخرى، كالتليف الكيسي والالتهاب الشُعبي وأمراض الرئة الاختلالية، هي معلومات محدودة جدا، بحيث لا تسمح بتكوين الأساس اللازم لتقدير الخطر. غير أن دراستين كبيرتين خلصتا إلى أن «الأمراض التنفسية غير الربو» (التي تشمل مرض الانسداد الرئوي المزمن)، تشكّل عامل خطر يرجح الوفاة بسبب عدوى كوفيد19-(72 ، 91). ويزيد التهاب وتندُّب أنسجة الرئة، المرتبطين بالأمراض المزمنة، من قابلية التأثر بالعديد من الفيروسات التي تصيب الجهاز التنفسي؛ غير أنه ليس كل الفيروسات تصيب المرضى الذين يعانون من أمراض رئوية مزمنة بنفس الطريقة (94). ومن بين الاعتبارات المهمة في هذا الصدد حقيقة أن الأعراض الشائعة لعدوى كوفيد-19مشابهة لتلك الخاصة بالعديد من الأمراض التنفسية المزمنة، مما قد يؤخر أو يعطل تشخيص الإصابة بمرض كوفيد-19 لدى المرضى ممن يعانون من أمراض أخرى. وقد يكون لتشابه الأعراض عواقب وخيمة بالنسبة للمصابين بالعدوى وقد يؤدي إلى إرباك الدراسات البحثية. لذلك، ينبغي مواصلة إجراء الفحوصات المنتظمة للمرضى الذين يعانون من أمراض رئوية مزمنة، بطريقة مأمونة، كما ينبغي إجراء المزيد من الدراسات لتحسين فهم كيفية تفاعل عدوى فيروس كورونا- سارس – 2 مع هذا الطيف من **الأمراض التنفسية المزمنة.**

9 - السرطان

9-1 يعتبر السرطان السبب الرئيسي الثاني للوفاة، على مستوى العالم. وقد حدثت غالبية الوفيات المرتبطة بالسرطان، التي اقترب عددها من 10 ملايين في عام 2018، في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ويمكن أن يُعزي نحو ثلث وفيات السرطان إلى عوامل خطر يمكن توقيها، مثل زيادة الوزن، والسمنة، والنظام الغذائي غير الصحي، والخمول البدني، وتعاطي الكحول على نحو ضار (95).

9-2 وأشير إلى السرطان كعامل من عوامل خطر الإصابة بعدوى كوفيد-19 ووخامتها والوفاة بسببها. ويمكن تفسير زيادة احتمالات الإصابة بعدوى فيروس كورونا-سارس2- بتدخل الأورام الخبيثة في الوظائف المناعية أو غير ذلك من الاضطرابات الفسيولوجية (96). وأشير أيضاً إلى أن الأشخاص المتعايشين مع السرطان أكثر عرضة لأعراض عدوى كوفيد19- الوخيمة أو حتى الوفاة بسببها (72). والمرضى المعرضون للخطر بوجه خاص هم أولئك الذين يعانون من أورام خبيثة حالية أو حديثة في الدم، أو المصابون بأمراض نُقيلية متقدمة، أو كبت مناعي شديد؛ مثل المرضى الخاضعين لمعالجة كيميائية نشطة، أو أولئك الذين أجري لهم زرع النخاع العظمي أو خضعوا لجراحة (97 ، 98).

إيطاليا	68% من الأشخاص الذين توفوا بسبب الإصابة بعدوى كوفيد19-في المستشفيات كانوا مصابين بارتفاع ضغط الدم، و31% منهم كانوا مصابين بداء السكري من النمط الثاني
الهند	انخفض عدد حالات طوارئ مرضى القلب التي لجأت إلى المرافق الصحية في آذار / مارس 2020 بنسبة 30% مقارنةً بعددها في آذار / مارس 2019
هولندا	انخفض عدد التشخيصات الجديدة للسرطان بنسبة 25% نتيجة تدابير الإغلاق
إسبانيا	43% من المرضى المصابين بالمضاعفات الوخيمة لكوفيد- 19 كانوا مصابين بأمراض قلبية وعائية
عالميا	75% من البلدان المشاركة أفادت بتعطل كامل أو جزئي لخدمات التدبير العلاجي للأمراض غير السارية، بما في ذلك خدمات التأهيل ورعاية مرضى الربو ومعالجة مرضى السرطان وخدمات طوارئ الأمراض القلبية الوعائية

(Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic (108

9-3 والأشخاص الذين يعانون من أورام خبيثة هم أكثر عرضة للإصابة بعدوى كوفيد-19، حيث تبين أن نسبة الأشخاص الذين سبقت إصابتهم بالسرطان كبيرة ليس فقط بين الأشخاص الذين تأكدت إصابتهم بعدوى فيروس كورونا-سارس- 2 بشكل عام، بل أيضا بين أولئك الذين يعانون من تفاقم الأعراض الوخيمة للمرض (99). وقد أظهرت دراسة متعددة المراكز، أجريت في الصين، أن مرضى السرطان معرضون بشكل أكبر لاحتمالات الإصابة بمرض كوفيد19- الوخيم (نسبة الأرجحية 3.61؛ وفاصل الثقة 95%، 2.59، 5.04) (100). كما تم تحديد الإصابة السابقة بالسرطان كعامل يزيد من خطر الوفاة بسبب عدوى كوفيد-19، وذلك في تحليل مطابق لدرجات الميل جرت فيه تسوية أعمار المرضى (نسبة الأرجحية 2.98؛ وفاصل الثقة 95%، 1.76؛ 5.06) (101). وعلى نحو مشابه، تبين في دراسة شملت 17,4 مليون شخص بالغ، أجريت في المملكة المتحدة، أن الإصابة السابقة بالسرطان، غير سرطان الدم، التي تم تشخيصها قبل أقل من عام، قد مثَّلت عامل خطر مستقلا فيما يتعلق بالوفاة بسبب عدوى كوفيد - 19، حتى بعد تعديل عوامل مثل أعمار المرضى ونوع الجنس والأمراض المصاحبة الأخرى (نسبة الخطورة 1.25؛ وفاصل الثقة 95%، 1.29؛ 1.89) (72).

9-4 هناك حاجة إلى بيانات إضافية، من أجل فهم الارتباط الدقيق بين السرطان وشدة التأثر بعدوى كوفيد19-. ومن الجدير بالذكر أن العديد من الدراسات الخاصة بالسرطان تواجه قيودا ليست بسيطة. فعلى سبيل المثال، تشير الدراسات إلى أن الوفيات بسبب الإصابة بعدوى كوفيد19- تفتقر إلى الدقة بالنسبة لمرضى المراحل الأخيرة من السرطان، إذ قد تنجم زيادة احتمالات الوفاة من التدهور الصحي العام أصلاً وليس من التأثيرات النوعية لعدوى كوفيد- 19 (98 – 102).

تعطل الخدمات الوقائية والعلاجية للأمراض غير السارية بسبب الجائحة

10-1 على الرغم من أن المرضى المتعايشين مع الأمراض غير السارية هم أكثر عرضة للإصابة بعدوى كوفيد – 19، فإن الخدمات الوقائية والعلاجية لهذه الأمراض تتأثر سلبا أيضا بفعل الجائحة. فقيود السفر والإغلاق تحد من فرص الحصول على الخدمات الوقائية وتلقي العلاج في المستشفى والأدوية الموصوفة (103).

10-2 وتواجه النظم الصحية في مختلف أنحاء العالم تحديات صعبة بسبب الطلب المتزايد على رعاية مرضى كوفيد – 19. وهناك جوانب أخرى تزيد من تعقيد الوضع، وتتمثل في الخوف والوصم والمعلومات المضللة والقيود المفروضة على الحركة والتي تعطل تقديم الرعاية لجميع الحالات الصحية. وعندما تتجاوز الخدمات قدرات النظم الصحية، ولا يستطيع الناس الحصول على الرعاية التي يحتاجونها، تتزايد بشكل كبير الوفيات المباشرة الناجمة عن الفاشية والوفيات غير المباشرة الناجمة عن حالات مرضية يمكن الوقاية منها ومعالجتها (104 – 106). ومع الازدياد الكبير والمفاجئ للطلب على النظم، وتزايد إصابة العاملين الصحيين أنفسهم بعدوى كوفيد – 19، فقد اضطرت البلدان والعاملون في مجال الرعاية الصحية إلى اتخاذ قرارات صعبة من أجل تحقيق التوازن بين طلبات الاستجابة المباشرة لجائحة كوفيد – 19 ومواصلة تقديم الخدمات الصحية الأساسية الأخرى. ويظل تحقيق تدفق آمن للمرضى

(بما يشمل تحري العدوى بعدوى كوفيد-19 والفرز والإحالة الموجهة) أمرا شديد الأهمية على جميع المستويات. وفي هذا السياق، تم تعليق العديد من الخدمات الروتينية والاختيارية، ويجري تكييف أساليب تقديم الخدمات لتتلاءم مع السياق المتغير للجائحة كلما تغير تحليل المخاطر والفوائد لأي نشاط معين (107 ، 108).

تقييم سريع لتقديم الخدمات في مجال الأمراض غير السارية

3-10 أجرت منظمة الصحة العالمية، في الفترة بين 15 أيار/مايو و29 تموز/يوليو 2020، تقييما سريعا حول استمرار الخدمات الصحية الأساسية أثناء وقوع جائحة كوفيد19- (109). وأظهرت الإجابات الواردة من 105 دول أعضاء (من 5 أقاليم) أن خدمات المرضى الخارجيين والخدمات المجتمعية في أكثر من نصف هذه البلدان إما أنها محدودة أو معلَّقة. وعلى الصعيد العالمي، كانت خدمات تشخيص وعلاج الأمراض غير السارية من بين الخدمات الخمس الأكثر انقطاعا. وأبلغ أكثر من نصف البلدان عن حدوث تعطل في مجال الخدمات ذات الصلة بتشخيص وعلاج الأمراض غير السارية واضطرابات الصحة النفسية والسرطان.

وتمثلت الأسباب الرئيسية لتعطل تقديم الخدمات الصحية الأساسية والاستفادة منها إجمالاً فيما يلي:

- انخفاض حجم العمل في العيادات الخارجية بسبب عدم حضور المرضى؛
- انخفاض عدد المرضى الداخليين بسبب إلغاء خدمات الرعاية الاختيارية؛
- نشر الطواقم الطبية السريرية ذات الصلة لتقديم العون في مجال رعاية مرضى كوفيد -19؛
- محدودية الوصول إلى الخدمات بسبب إغلاق المرافق الحكومية أو وسائل النقل العام؛
- عدم كفاية معدات الحماية الشخصية لمقدمي الرعاية الصحية؛
- إغلاق عدد من الخدمات، كبرامج التحري على مستوى السكان، والعيادات الخارجية.

4-10 في إقليم المنظمة الأفريقي، تركز تعطّل الخدمات المبلغ عنها بشكل رئيسي في مجالات خدمات التمنيع التوعوية وتنظيم الأسرة ومنع الحمل والرعاية السابقة للولادة. أما في إقليم شرق المتوسط، فقد تعطلت خدمات التأهيل والرعاية الملطفة في جميع بلدان الإقليم. وفي الإقليم الأوروبي، كانت خدمات التأهيل وتشخيص وعلاج الأمراض غير السارية وتنظيم الأسرة هي أكثر الخدمات التي شهدت انقطاعا. كما كانت خدمات تشخيص وعلاج الأمراض غير السارية من بين أكثر الخدمات التي انقطعت في إقليم جنوب شرق آسيا، في حين عُطلت خدمات التمنيع التوعوي أو ظلت تعمل بطاقة محدودة في إقليم غرب المحيط الهادئ. وعلى الصعيد العالمي، كانت خدمات تشخيص وعلاج الأمراض غير السارية من بين الخدمات الخمس الأكثر انقطاعا (109).

5-10 لقد كانت غالبية المجتمعات المحلية في العالم، وبخاصة في العديد الأماكن التي تشهد أزمات إنسانية أو صراعات، تعاني أصلا، حتى قبل الجائحة، من محدودية الحصول على خدمات تشخيصية وعلاجية ذات نوعية جيدة بأسعار معقولة في مجال الأمراض غير السارية (107). وقد تقلص الآن حصولها على تلك الخدمات بشكل أكبر، حيث تسببت جائحة كوفيد- 19 في تعطيل تقديم تلك الخدمات.

تقييم سريع لاستمرار الخدمات الصحية الأساسية

6-10 أجرت منظمة الصحة العالمية، في الفترة بين 1 و 25 أيار/مايو 2020، مسحا سريعا لتقييم تقديم الخدمات في مجال الأمراض غير السارية أثناء جائحة كوفيد - 19، حيث شمل المسح 194 وزارة للصحة (107) وتلقت المنظمة ردوداً من 163 وزارة (84%).

- أبلغ 122 بلدا من أصل 163 بلدان (75%)، عن تعطل الخدمات الخاصة بالأمراض غير السارية؛
- كلما ازدادت مرحلة سراية الجائحة شدة ازداد تعطل خدمات الأمراض غير السارية. وعلى سبيل المثال، كانت النسب في البلدان التي تعطلت فيها خدمات التدبير العلاجي لحالات ارتفاع ضغط الدم 39% في مرحلة الحالات المتفرقة، و57% في مرحلة بؤر الانتقال، و 66% في مرحلة الانتقال المجتمعي.
- يتمثل السبب الأكثر شيوعا لإيقاف أو خفض الخدمات في إلغاء العلاجات المقررة، ونقص وسائل النقل العام المتاحة، وشح الموظفين بسبب إعادة نشر العاملين الصحيين لتولي خدمات الاستجابة لكوفيد19-. وتَمَثَّلت بعض الأسباب الرئيسية لإيقاف الخدمات لدى 20% من البلدان في نقص الأدوية ووسائل التشخيص وغير ذلك من التكنولوجيات. ومع ذلك، فقد وُضعت استراتيجيات بديلة في معظم البلدان، لضمان استمرار الأشخاص الأشد عرضة للإصابة بمضاعفات كوفيد – 19 في تلقي العلاج الخاص بالأمراض غير السارية.
- أبلغت نسبة 46% من البلدان عن إغلاق برامج التحري القائمة على السكان (على سبيل المثال، البرامج الخاصة بسرطان الثدي وعنق الرحم). ويتسق ذلك مع التوصيات الأولية للمنظمة بشأن التقليل للحد الأدنى من خدمات الرعاية غير العاجلة التي ترتكز على المرافق الصحية، أثناء مواجهة الجائحة.
- كان التطبيب عن بعد والفرز أكثر استراتيجيات التخفيف استخداما للتغلب على تعطل الخدمات. ومن بين البلدان التي أبلغت عن تعطل الخدمات فيها، يستخدم 58% منها الآن التطبيب عن بعد (مشورة تقدم عبر الهاتف أو عبر الانترنت)، كبديل للاستشارات الحضورية؛ وبلغت تلك النسبة 42% في البلدان المنخفضة الدخل.
- خصص 17% من البلدان اعتمادات مالية إضافية من الميزانيات الحكومية لإدراج توفير خدمات الأمراض غير السارية في الخطة الوطنية لمكافحة جائحة كوفيد-19.
- أدرج 66% من البلدان استمرارية خدمات الأمراض غير السارية في الخطط الوطنية لمكافحة جائحة كوفيد-19. ومعظم البلدان التي أدرجت خدمات الأمراض غير السارية في خططها الوطنية لمكافحة جائحة كوفيد-19 أعطت الأولوية للخدمات الخاصة بالأمراض الأربعة الرئيسية غير السارية، أي: السرطان والأمراض القلبية الوعائية والأمراض التنفسية المزمنة والسكرى.

المراجع

1- بحوث عالمية حول المرض الذي يسببه فيروس كورونا (كوفيد – 19). جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020(https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-onnovel-coronavirus-2019-ncov).

2- تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي 2019. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019(https://www.who.int/tobacco/global_report/en/, accessed 21 July 2020).

3- Executive summary. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services; 2014.

4- مذكرة معلومات عن كوفيد19- والأمراض غير السارية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020. (www.who.int/who-documents-detail/covid-19-and-ncds, accessed 12 May 2020).

5- Alqahtani JS, Oyelade T, Aldhahir AM, Alghamdi SM, Almehmadi M, Alqahtani AS, et al. Prevalence, severity and mortality associated with COPD and smoking in patients with COVID-19: a rapid systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2020;15(5):e0233147.

6- Li J, He X, Yuan Y, Zhang W, Li X, Zhang Y, et al. Meta-analysis investigating the relationship between clinical features, outcomes, and severity of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) pneumonia. Am J Infect Control. 2020. doi:10.1016/j.ajic.2020.06.008.

7- Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: a systematic literature review and meta-analysis. J Infect. 2020; 81(2):e16–25.

8- Killerby ME, Link-Gelles R, Haight SC, Schrodt CA, England L, Gomes DJ, et al. Characteristics associated with hospitalization among patients with COVID-19 – metropolitan Atlanta, Georgia, March–April 2020. Morbid Mortal Wkly Rep. 2020;69(25):790–4.

9- Hamer M, Kivimäki M, Gale CR, David Batty G. Lifestyle risk factors, inflammatory mechanisms, and COVID-19 hospitalization: a community-based cohort study of 387,109 adults in UK. Brain Behav Immun. 2020;87:184.

10 - Soares R de CM, Mattos LR, Raposo LM. Risk factors for hospitalization and mortality due to COVID-19 in Espírito Santo State, Brazil. Am J Trop Med Hyg. 2020. doi:10.4269/ajtmh.20-0483.

11- Tonnesen P, Marott JL, Nordestgaard B, Bojesen SE, Lange P. Secular trends in smoking in relation to prevalent and incident smoking-related disease: a prospective population-based study. Tob Induc Dis. 2019;17:72.

12- Zhou Z, Chen P, Peng H. Are healthy smokers really healthy? Tob Induc Dis. 2016;14(1):1–12.

13- Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. Arch Intern Med. 2004;164(20):2206-16.

14- التدخين وعدوى كوفيد – 19: تقرير علمي موجز لمنظمة الصحة العالمية؛ 30 حزيران / يونيو 2020. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/332895).

15- التقرير العالمي عن وضع الكحول والصحة 2018. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018. (https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en)، تم الاطلاع في 22 تموز/يوليو 2020)

16- Szabo G, Saha B. Alcohol's effect on host defense. Alcohol Res. 2015;37(2):159.

17- Sarkar D, Jung MK, Wang HJ. Alcohol and the immune system. Alcohol Res. 2015;37(2):153–5.

18- Ferreira-Borges C, Breda J NM. Alcohol and COVID-19: what you need to know. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf, accessed 29 April 2020).

19- CDC COVId-19 Response Team. Preliminary estimates of the prevalence of selected underlying health conditions among patients with coronavirus disease 2019 – United States, February 12–March 28, 2020. Morbid Mortal Wkly Rep. 2020;69(13):382–6.

20 - Alcohol use – Alcohol does not protect against COVID-19; access should be restricted during lockdown. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 (https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2020/04/-alcohol-does-not-protect-against-covid-19-access-should-be-restricted-during-lockdown/_recache?fbclid=IwAR2lkIQcxfDdziOa7esAbXO-aLv66wvhmP4JxoDwXQd5z14X02jAmHZulg,accessed 10 May 2020).

21- Drinking alone: COVID-19, lockdown, and alcohol-related harm. Lancet Gastroenterol Hepatol 5:625;2020.

22- Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? Lancet Public Health. 2020;5:e259.

23- Women's Safety NSW, Foundation for Alcohol Research and Education. Family violence and alcohol during COVID-19. Sydney: Foundation for Alcohol Research and Education; 2020 (https://movendi.ngo/2020/03/06/news/covid-19-australia-alcohols-role-in-family-violencerevealed/,accessed 19 June 2020).

24- Matzopoulos R, Walls H, Cook S, London L. South Africa's COVID-19 alcohol sales ban: the potential for better policy-making. Int J Health Policy Manag. 2020;2020:1–2.

25- Sansone RA, Sansone LA. Alcohol/Substance misuse and treatment nonadherence: fatal attraction. Psychiatry (Edgmont). 2008 Sep;5(9):43-6.

26- Da BL, Im GY, Schiano TD. COVID-19 hangover: a rising tide of alcohol use disorder and alcoholassociated liver disease. Hepatology. 2020. doi:10.1002/hep.31307.

27- الخمول البدني: مشكلة عالمية للصحة العمومية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018 (https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/inactivity-global-health-problem/en/, accessed 16 July 2020).

28- توصيات عالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015. (https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/) 2015.

29- Cai Q, Chen F, Wang T, Luo F, Liu X, Wu Q, et al. Obesity and COVID-19 severity in a designated hospital in Shenzhen, China. Diabetes Care. 2020;43(7):1392–8.

30- Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. Obesity. 2020;28(7): doi:10.1002/oby.22831.

31- Nieman DC, Wentz LM. The compelling link between physical activity and the body's defense system. J Sport Health Sci. 2019;8(3):201–17.

32- Jayakody K, Gunadasa S, Hosker C. Exercise for anxiety disorders: systematic review. Br J Sports Med. 2014;48(3):187–96.

33- Ricci F, Izzicupo P, Moscucci F, Sciomer S, Maffei S, Di Balassare A, et al. Recommendations for physical inactivity and sedentary behavior during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Front Public Health. 2020;8:199.

34- Narici M, De Vito G, Franchi M, Moro T, Marcolin G, Grassi B, et al. Impact of sedentarism due to the COVID-19 home confinement on neuromuscular, cardiovascular and metabolic health: physiological and pathophysiological implications and recommendations for physical and nutritional ountermeasures. Eur J Sport Sci. 2020;1–22. do .17461391.2020.176106/i:10.1080

35- Chen P, Mao L, Nassis GP, Harmer P, Ainsworth BE, Li F. Wuhan coronavirus (2019-nCoV): The need to maintain .regular physical activity while taking precautions. J Sport Health Sci.2020;9(2):103–4

36- Global Nutrition Report. Action on equity to end malnutrition. Executive summary. Bristol: Development 2020 Initiatives Poverty Research Ltd; 2020 (https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/ .(executive-summary/, accessed 19 June 2020

37- UNSCN brief: "Non-communicable diseases, diets and nutrition". Rome: United Nations System Standing Committee .(on Nutrition; 2018 (https://www.unscn.org/en/unscnpublications? idnews=1831, accessed 19 June 2020

38- Garg S, Kim L, Whitaker M, O'Halloran A, Cummings C, Holstein R, et al. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019 – COVID-NET, 14 states, March .1–30, 2020. Morbid Mortal Wkly Rep. 2020;69(15):458–64

39- The GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. N .Engl J Med. 2017;377(1):13–27

40- Honce R, Schultz-Cherry S. Impact of obesity on influenza A virus pathogenesis, immune response, and evolution. .Front Immunol. 2019;10(5):1071

41- Yang J, Hu J, Zhu C. Obesity aggravates COVID-19: a systematic review and meta-analysis. J Med Virol. 2020. .doi:10.1002/jmv.26237

42- .Finer N, Garnett SP, Bruun JM. COVID-19 and obesity. Clin Obesity. 2020. doi:10.1111/cob.12365

43- Acharya P, Upadhyay L, Qavi A, Naaraayan A, Jesmajian S, Acharya S, et al. The paradox prevails: Outcomes are .better in critically ill obese patients regardless of the comorbidity burden. J Crit Care. 2019;53:25–31

44- Buscemi S, Buscemi C, Batsis JA. There is a relationship between obesity and COVID-19 but more information is .needed. Obesity. 2020. doi:10.1002/oby.22883

45- Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB, Ludwig DS. Obesity and impaired metabolic health in patients with COVID-19. .Nat Rev Endocrinol. 2020;16:341–2

46- Petrakis D, Margină D, Tsarouhas K, Tekos F, Stan M, Nikitovic D, et al. Obesity – a risk factor for increased .COVID-19 prevalence, severity and lethality (review). Mol Med Rep. 2020.doi:10.3892/mmr.2020.11127

47- Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell L, Chernyak Y, et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective .cohort study. BMJ. 2020;369.m1966

48- Bello-Chavolla OY, Bahena-López JP, Antonio-Villa NE, Vargas-Vázquez A, González-Diáz A, Márquez-Salinas A, et al. Predicting mortality due to SARS-CoV-2: a mechanistic score relating obesity and diabetes to COVID-19 .outcomes in Mexico. J Clin Endocrinol Metab.2020;105(8):dgaa346

49- Peng YD, Meng K, Guan HQ, Leng L, Zhu RR, Wang BY, et al. Clinical characteristics and outcomes of 112 cardiovascular disease patients infected by 2019-nCoV (in Chinese).Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. .2020;48:E004

50- GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet.2019;393(10184):1958–72.

51- COVID-19 and the risk to food supply chains: How to respond. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2020. (http://www.fao.org/3/ca8388en/CA8388EN.pdf).

52- Di Renzo L, Gualtieri P, Pivari F, Soldati L, Attinà A, Cinelli G, et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. J Transl Med. 2020;18(1):229.

53- Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto de contenção social [Survey on food and physical activity in the context of social containment]. Lisbon: Directorate-General of Health; 2020 (https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-sobre-alimentacao-eatividade-fisica-em-contexto-de-contencao-social.aspx, accessed 13 July 2020).

54- Maintaining a healthy diet during the COVID-19 pandemic. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2020. doi:10.4060/ca8380en.

55- Tamara A, Tahapary DL. Obesity as a predictor for a poor prognosis of COVID-19: a systematic review. Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev. 2020;14(4):655–9.

56- Kumar A, Arora A, Sharma P, Anikhindi SA, Bansal N, Singla V, et al. Is diabetes mellitus associated with mortality and severity of COVID-19? A meta-analysis. Diabetes Metab SyndrClin Res Rev. 2020;14(4):535–45.

57- Butler MJ, Barrientos RM. The impact of nutrition on COVID-19 susceptibility and long-term consequences. Brain Behav Immun. 2020;87:53–4.

58- Prüss-Ustün A, Van Deventer E, Mudu P, Campbell-Lendrum D, Vickers C, Ivanov I, et al. Environmental risks and non-communicable diseases. BMJ. 2019;364:l265.

59- Liang D, Shi L, Zhao J, Liu P, Schwartz J, Gao S, et al. Urban air pollution may enhance COVID-19 case-fatality and mortality rates in the United States. medRxiv.2020:2020.05.04.20090746.

60- Colaço M, Duarte A, Zuzarte M, Costa BFO, Borges O. Airborne environmental fine particles induce intense inflammatory response regardless of the absence of heavy metal elements. Ecotoxicol Environ Saf. 2020;195:110500.

61- Sasidharan M, Singh A, Torbaghan ME, Parlikad AK. A vulnerability-based approach to humanmobility reduction for countering COVID-19 transmission in London while considering local air quality. Sci Total Environ. 2020;741:140515.

62- Ogen Y. Assessing nitrogen dioxide (NO2) levels as a contributing factor to coronavirus (COVID-19) fatality. Sci Total Environ. 2020;726:138605.

63- Cui Y, Zhang Z-F, Froines J, Zhao J, Wang H, Yu S, et al. Air pollution and case fatality of SARS in the People's Republic of China: an ecologic study. Environ Health. 2003;2(1):1–5.

64- Alnahari S, Halliday D, Gonzalez M-E, Garcia-Ojeda M, Song A. Tobacco control is a critical response to COVID-19 management. Coronavirus (COVID-19) report April 2020. Merced(CA): University of California Merced, Nicotine & Cannabis Policy Center; 2020 https://ncpc.ucmerced.edu/sites/ncpc.ucmerced.edu/files/page/documents/ncpc_covid_report3_-_april_2020.pdf, accessed 13 May 2020).

65- Household air pollution and health. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health, accessed 13 May2020).

66- داء السكري، صحائف الوقائع. جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2020 (https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets).

67- Muniyappa R, Gubbi S. COVID-19 pandemic, coronaviruses, and diabetes mellitus. Am J Physiol Metab. 2020;318(5):E736–41.

68- Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. JAMA. 2020;323(20):2052–9.

69- Roncon L, Zuin M, Rigatelli G, Zuliani G. Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. J Clin Virol. 2020;127:104354.

70 - Parohan M, Yaghoubi S, Seraji A, Javanbakht MH, Sarraf P, Djalali M. Risk factors for mortality in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and metaanalysis of observational studies. Aging Male. 2020:1-9.

71- Ferlita S, Yegiazaryan A, Noori N, Lal G, Nguyen T, To K, et al. Type 2 diabetes mellitus and altered immune system leading to susceptibility to pathogens, especially Mycobacterium tuberculosis. J Clin Med. 2019;8(12):2219.

72- Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. OpenSAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients. Nature. 2020. doi:10.1038/s41586-020-2521-4.

73- Critchley JA, Carey IM, Harris T, DeWilde S, Hosking FJ, Cook DG. Glycemic control and risk of infections among people with type 1 or type 2 diabetes in a large primary care cohort study. Diabetes Care. 2018;41(10):2127–35.

74- Beagley J, Guariguata L, Weil C, Motala AA. Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. Diabetes Res Clin Pract. 2014;103(2):150–60.

75- الأمراض القلبية الوعائية. صحائف الوقائع. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020.
(https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets).

76- Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, et al. Prevalence of comorbidities and its effects in coronavirus disease 2019 patients: a systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis. 2020;94:91–5.

77- Zhang J, Wu J, Sun X, Xue H, Shao J, Cai W, et al. Associations of hypertension with the severity and fatality of SARS-CoV-2 infection: a meta-Analysis. Epidemiol Infect.2020;148:e106.

78- Drager LF, Pio-Abreu A, Lopes RD, Bortolotto LA. Is hypertension a real risk factor for poor prognosis in the COVID-19 pandemic? Curr Hypertens Rep. 2020;22(6):43.

79- Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J. 2020.doi:10.1183/2020-13993003.00547.

80- Tian W, Jiang W, Yao J, Nicholson CJ, Li RH, Sigurslid HH, et al. Predictors of mortality in hospitalized COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. J Med Virol. 2020.doi:10.1002/jmv.26050.

81- Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with covid-19: Evidence from meta-analysis. Aging (Albany NY). 2020;12(7):6049–57.

82- Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Bioni-Zoccai G, et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the COVID-19 pandemic. J Am Coll Cardiol. 2020;75(18):2352–71.

83- Toraih EA, Elshazli RM, Hussein MH, Elgami A, Amin M, El-Mowafy M, et al. Association of cardiac biomarkers and comorbidities with increased mortality, severity, and cardiac injury in COVID-19 patients: a meta-regression and decision tree analysis. J Med Virol. 2020:jmv.26166.

84- Shi S, Qin M, Shen B, Cai Y, Liu T, Yang F, et al. Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. JAMA Cardiol. 2020;5(7):802–10.

85- تقرير الحالة العامة عن الأمراض غير السارية لعام 2014. بلوغ الغايات العالمية التسع بشأن الأمراض غير السارية؛ مسؤولية مشتركة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014.

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1, accessed August 2020).

86- الربو؛ صحائف الوقائع. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020.

(https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/asthma) تم الاطلاع في 16 تموز/يوليو 2020)

87- مرض الرئة الانسدادي المزمن. صحائف الوقائع. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020.

(https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)، تم الاطلاع في 16 تموز/يوليو 2020).

88- Risk factors for chronic respiratory diseases. In: GARD Book Global Surveillance, Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases: A Comprehensive Approach. ISBN 978 92 4156346 8 (NLM Classification. WF140). (Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/gard/publications/Risk%20factors.pdf).

89- Britto CJ, Brady V, Lee S, Dela Cruz CS. Respiratory viral infections in chronic lung diseases. Clin Chest Med. 2017;38(1):87–96.

90- Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L, et al. Features of 20 133UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. BMJ. 2020;369.m1985.

91- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020;323(13):1239–42.

92- Jackson DJ, Busse WW, Bacharier LB, Kattan M, O'Connor GT, Wood RA, et al. Association of respiratory allergy, asthma, and expression of the SARS-CoV-2 receptor ACE2. J Allergy Clin Immunol. 2020;146(1):202–6.

93- Liu S, Zhi Y, Ying S. COVID-19 and asthma: reflection during the pandemic. Clin Rev Allergy Immunol. 2020;59:78–88.

94- Morais-Almeida M, Pité H, Aguiar R, Ansotegui I, Bousquet J. Asthma and the coronavirus disease 2019 pandemic: a literature review. Int Arch Allergy Immunol. 2020:1–9.doi:10.1159/000509057.

95- السرطان، صحائف الوقائع. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 .

(https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer، تم الاطلاع في 16 تموز/يوليو 2020).

96- Brissot E, Labopin M, Baron F, Bazarbachi A, Bug G, Ciceri F, et al. Management of patients with acute leukemia during the COVID-19 outbreak: practical guidelines from the Acute Leukaemia Working Party of the European Society for Blood and Marrow Transplantation. Bone Marrow Transplant. 2020:1–4. doi:10.1038/s41409-020-0970-x.

97- Yeoh CB, Lee KJ, Rieth EF, Mapes R, Tchoudovskaia AV, Fischer GW, et al. COVID-19 in the cancer patient. Anesth Analg. 2020:1.8-doi:10.1213/ane.0000000000004884.

98- Dai M, Liu D, Liu M, Zhou F, Li G, Zhen C, et al. Patients with cancer appear more vulnerable to SARS-CoV-2: a multicenter study during the COVID-19 outbreak. Cancer Discov.2020;10(6):783–91.

99- Desai A, Sachdeva S, Parekh T, Desai R. Covid-19 and cancer: lessons from a pooled metaanalysis. JCO Glob Oncol. 2020;6(6):557–9.

100- Tian J, Yuan X, Xiao J, Zhong Q, Yang C, Liu B, et al. Clinical characteristics and risk factors associated with COVID-19 disease severity in patients with cancer in Wuhan, China: a multicentre, retrospective, cohort study. Lancet Oncol. 2020;21(7):893.

101- Meng Y, Lu W, Guo E, Liu J, Yang B, Wu P, et al. Cancer history is an independent risk factor for mortality in hospitalized COVID-19 patients: a propensity score-matched analysis. J Hematol Oncol. 2020;13(1):75.

102- Robinson AG, Gyawali B, Evans G. COVID-19 and cancer: Do we really know what we think we know? Nat Rev Clin Oncol. 2020:1–6. doi:10.1038/s41571-020-0394-y.

103- Demaio A, Jamieson J, Horn R, De Courten M, Tellier S. Non-communicable diseases in emergencies: A call to action. PLoS Currents Disasters. 2013;5. doi:10.1371/currents. dis.53e08b951d59ff913ab8b9bb51c4d0de.

104- Parpia AS, Ndeffo-Mbah ML, Wenzel NS, Galvani AP. Effects of response to 2014–2015 Ebola outbreak on deaths from malaria, HIV/AIDS, and tuberculosis, West Africa. Emerg Infect Dis 2016;22(3):433–41.

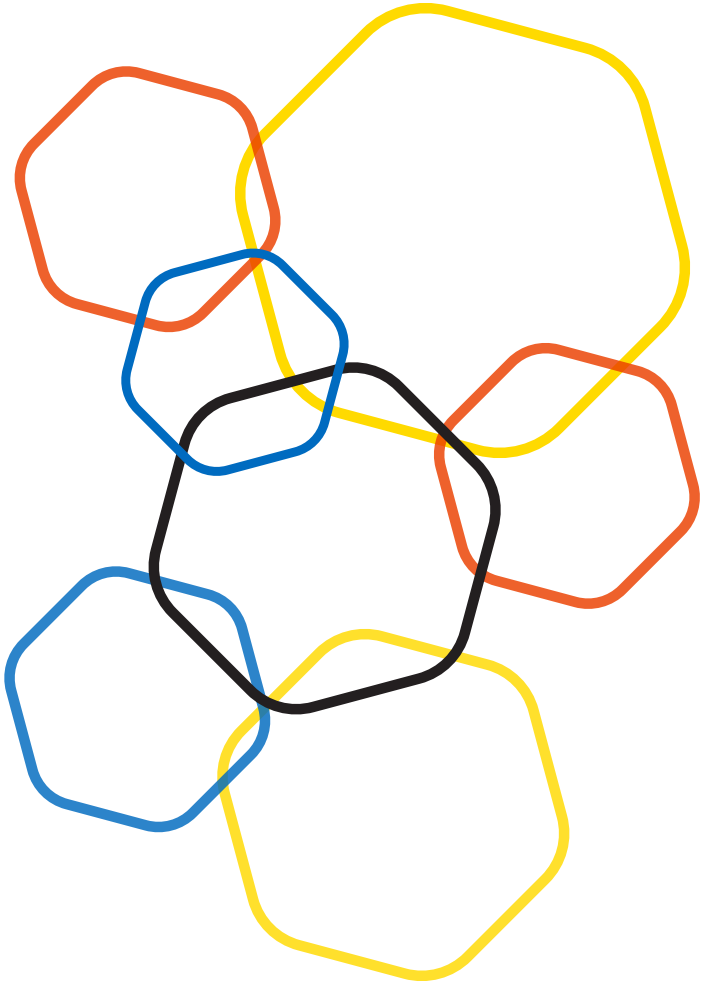
105- Ribacke KJB, Saulnier DD, Eriksson A, von Schreeb J. Effects of the West Africa Ebola virus disease on health-care utilization – a systematic review. Front Public Health. 2016;4(10):222.

106- Elston JWT, Cartwright C, Ndumbi P, Wright J. The health impact of the 2014–15 Ebola outbreak. Public Health. 2017;143:60–70.

107- تقييم سريع لتقديم الخدمات المتعلقة بالأمراض غير السارية أثناء جائحة كوفيد19-. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020. (https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-ofservice-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic، تـم الاطـلاع في 16 حزيران/يونيـو 2020).

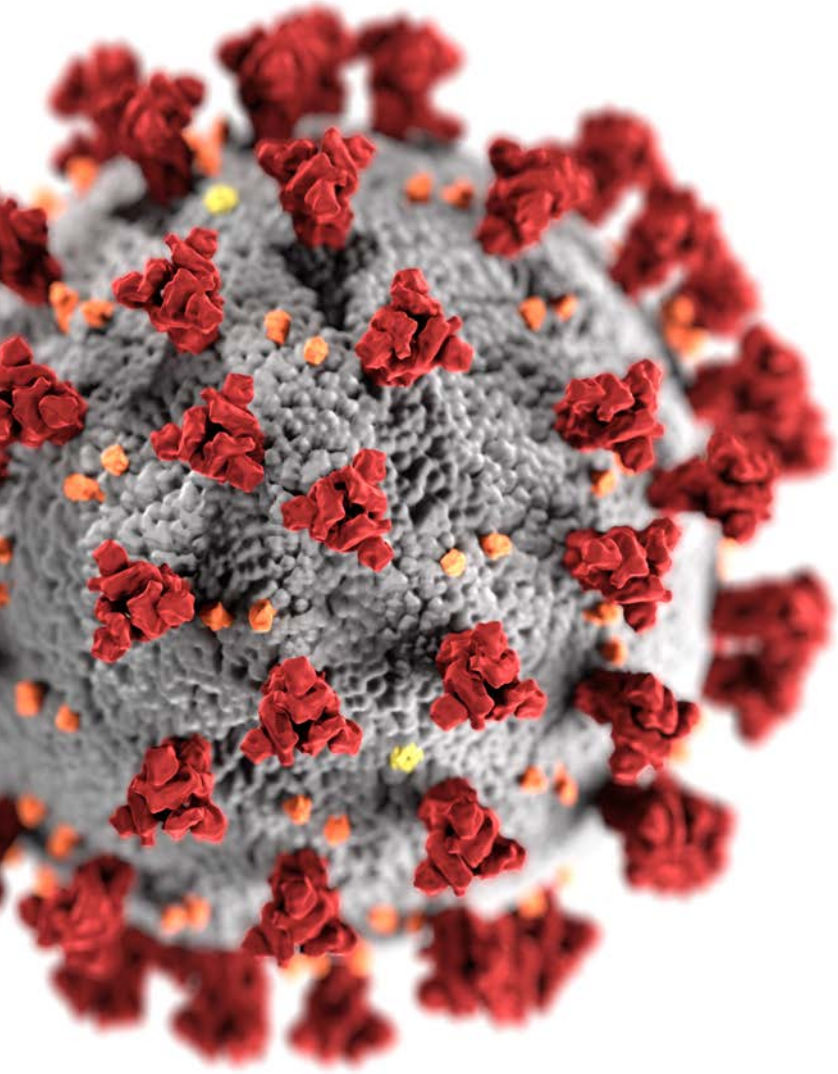
108- Safe route to care – primary health center redesign during the COVID-19 pandemic.Washington DC: Resolve To Save Lives; 2020 (https://linkscommunity.org/assets/PDFs/cov069_primaryhealthcenterredesign_v3_final.pdf, تـم الاطـلاع في 21 أيار/مايـو 2020).

109- تقييم سريع لاستمرارية الخدمات الصحية الأساسية أثناء جائحة كوفيد19-. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020. قيد الطباعة.



الاستجابة للأمراض غير السارية أثناء جائحة كوفيد19-وما بعدها

حالة البيِّنات فيما يتعلق بجائحة كوفيد19-والأمراض غير السارية: استعراض سريع



منظمة الصحة العالمية

UNDP

UN INTERAGENCY TASK FORCE ON NCDs

#beatNCDs

@un_ncd