



مكافحة داء شاغاس والتخلص منه

تقرير من الأمانة

١- منذ قرن مضى اكتشف الدكتور كارلوس شاغاس لأول مرة في عام ١٩٠٩ داء شاغاس الذي يسمى أيضاً داء المتقيبات الأمريكي والذي ينجم عن إصابة الإنسان بطفيليات *المتقيبية الكروزية*. وتفيد أحدث التقديرات بأن ثمانية ملايين شخص تقريباً مصابون بعدوى هذا الطفيلي في العالم، وأن نحو ١١ ٠٠٠ شخص قد ماتوا بهذا الداء في عام ٢٠٠٨. ويتوطن داء شاغاس أمريكا اللاتينية وتنتقله حشرة في بلدان أو مناطق من بلدان مثل الأرجنتين وبليز ودولة بوليفيا المتعددة القوميات والبرازيل وشيلي وكولومبيا وكوستاريكا وإكوادور والسلفادور وولاية غيانا الفرنسية وغواتيمالا وغيانا وندوراس والمكسيك ونيكاراغوا وبنما وباراغواي وبيرو وسورينام وأوروغواي وجمهورية فنزويلا البوليفارية. وقد ازداد في العقود الماضية عدد الحالات المشخصة بهذا الداء في بلدين آخرين من إقليم الأمريكتين لم يتوطنها هذا الداء من قبل (كندا والولايات المتحدة الأمريكية)، وذلك بسبب ازدياد تنقلات السكان؛ وكذلك في بلدان أوروبية (هي أساساً بلجيكا وفرنسا وإيطاليا وأسبانيا وسويسرا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، وكذلك في النمسا وكرواتيا والدانمرك وألمانيا ولكسمبرغ وهولندا والنرويج والبرتغال ورومانيا والسويد)، وفي إقليم غرب المحيط الهادئ (أستراليا واليابان). وهذا الازدياد يثير مخاطر إضافية بانتقال الطفيلي عبر عمليات نقل الدم والعدوى الخلقية وزرع أعضاء الجسم.

٢- والحشرة الناقلة اسمها "بق الترياتومين"، وهي تعيش في المنازل الفقيرة من جنوب الأرجنتين إلى جنوب الولايات المتحدة الأمريكية؛ وتجد موئلاً مناسباً في شقوق جدران وأسقف المنازل في المناطق الريفية والضواحي الحضرية الفقيرة. وتحمل هذه الحشرة العدوى ما أن تعض حيواناً أو إنساناً مصاباً من قبل الطفيلي. ويصبح الناس مصابين *بالمثقبية الكروزية* عندما تلوث فضلات بق الترياتومين (التي يفرزها بعد عضات الحشرة أو مص الدم) تشققات جلودهم، أو أنسجتهم المخاطية الصحية (ملتحمة العين أو الشفاه أو الفم)، أو الطعام الذي يأكلونه بعد ذلك غير مطبوخ، وبذلك يمكن أن تنتقل الأم الطفيلي إلى الجنين في أثناء الحمل أو الرضيع عند وضعه؛ ويسري هذا الطفيلي عبر نقل الدم الملوث أو زرع أعضاء من جسم المتبرع المصاب.

٣- ويرتبط احتمال الإصابة *بالمثقبية الكروزية* ارتباطاً مباشراً بالفقر. فقد أدت الهجرة من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية في أمريكا اللاتينية في السبعينات والثمانينات على تغيير النمط الوبائي لداء شاغاس وجعلته عدوى حضرية تنتقل أساساً عن طريق نقل الدم. وتتراوح معدلات التلوث في بنوك الدم في بعض مدن القارة الأمريكية بين ٣٪ و ٥٣٪، مما يدل على أن معدلات انتشار *المتقيبية الكروزية* في الدم الملوث بها تجاوزت معدلات انتشار فيروس الأيدز وفيروس التهاب الكبد "B" وفيروس التهاب الكبد "C" في مخزونات الدم.

٤- وهناك طوران لداء شاغاس البشري وهما: الطور الحاد الذي يدوم شهرين تقريباً ولا تظهر فيه الأعراض عادة أو قد يساء التشخيص، لكن الأعراض قد تظهر بعد فترة وجيزة من الإصابة بالعدوى؛ والطور المزمن الذي يدوم مدى الحياة لو لم يعالج، وتظهر فيه الأعراض بعد فترة صامتة قد تصل إلى عدة سنوات. وفي أثناء هذا الطور المزمن تؤثر الآفات في أعضاء الجسم الباطنية في عدد يصل إلى ٤٠٪ من المصابين، وهذه الأعضاء هي القلب والمرئ والقولون والجهاز العصبي المستقل. وبعد سنين من الإصابة الخالية من الأعراض، يتعرض ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من المصابين بهذه العدوى لأضرار قلبية (قد تؤدي إلى وفاة مفاجئة)، ويتعرض ٥٪ إلى ١٠٪ من المصابين لأضرار في الجهاز الهضمي (في الأحشاء الغليظة أساساً)، ويتعرض المرضى الناقصو المناعة إلى أضرار في الجهاز العصبي المركزي.

٥- ويستند علاج هذا المرض في طوره الحاد وأوائل طوره المزمن إلى دواعين هما: نيفورتيموكس وبنزنيدازول. وبالإضافة إلى المتابعة الطبية عن كثب والالتزام بالوقاية، يمكن تحسين العلاج باستخدام أدوية أو تركيبات دوائية أكثر مأمونية وفعالية (مثل التركيبات الخاصة بالأطفال). وقد أثبتت دلائل متزايدة أن علاج المرضى في الطور الحاد وأوائل الطور المزمن قد يحول دون المراضة ويخفف من حدة الأعراض.

المنجزات

٦- تشمل المبادرات الحكومية الدولية الرامية إلى تحسين توقي ومكافحة وعلاج داء شاغاس في أمريكا اللاتينية من خلال مراقبة وتشخيص الحشرة الناقلة في عمليات نقل الدم والتدبير العلاجي لحالات الإصابة، على ما يلي: مبادرة المخروط الجنوبي التي بدأت في عام ١٩٩١ (في الأرجنتين ودولة بوليفيا المتعددة القوميات والبرازيل وشيلي وباراغواي وأوروغواي)؛ ومبادرة بلدان الأنديز التي بدأت في عام ١٩٩٧ (في كولومبيا وإكوادور وبيرو وجمهورية فنزويلا البوليفارية)؛ ومبادرة بلدان أمريكا الوسطى التي بدأت في عام ١٩٩٧ (في بليز وكوستاريكا والسلفادور وغواتيمالا وهندوراس ونيكاراغوا وبنما)؛ ومبادرة بلدان الأمازون لترصد ومكافحة داء شاغاس التي بدأت في عام ٢٠٠٤ (في دولة بوليفيا المتعددة القوميات والبرازيل وكولومبيا وإكوادور وولاية غيانا الفرنسية وغيانا وبيرو وسورينام وجمهورية فنزويلا البوليفارية). واستهلت المكسيك مبادرة وطنية في عام ٢٠٠٣.

٧- وسجلت في العقود القليلة الماضية منجزات مهمة ولكن الأوضاع مازالت تتفاوت من منطقة إلى أخرى. فقد انقطعت سراية داء المتقيية الكروزية المنقول بأنواع بق الترياتومين الرئيسية في بلدان مثل البرازيل وشيلي وغواتيمالا وأوروغواي، وكذلك باستثناء بعض المناطق في الأرجنتين والسلفادور وهندوراس وباراغواي وبيرو والمكسيك. فقد شوهدت في جميع المناطق الموطنة انخفاضات ملحوظة في عدد الحالات الحادة وفي انتشار بق الترياتومين. وانخفضت عموماً في أنحاء العالم الوفيات السنوية التقديرية من ٤٥ ٠٠٠ وفاة في عام ١٩٩٠ إلى نحو ١١ ٠٠٠ وفاة في عام ٢٠٠٨. وانخفض العدد التقديري للإصابات من ٣٠ مليون إصابة في عام ١٩٩٠ إلى ٨ ملايين إصابة في عام ٢٠٠٦. وانخفض عدد الإصابات السنوية بهذه العدوى على مدى نفس هذه الأعوام الستة عشر من ٧٠٠ ٠٠٠ إصابة إلى ٥٦ ٠٠٠ إصابة. وانخفض عبء داء شاغاس من ٢,٨ مليون سنة حياة مفقودة ومصححة باحتساب مدد العجز إلى أقل من ٥٠٠ ٠٠٠ سنة.

٨- وقد أدرجت منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٥ داء شاغاس في قائمة الأمراض المدارية المنسية بغية النهوض بأنشطة الدعوة والمكافحة بالتكافل مع الأمراض المنسية الأخرى المشابهة.

٩- وفي عام ٢٠٠٩ أصدر مجلس إدارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية في دورته التاسعة والأربعين القرار CD49.R19 الذي حث فيه الدول الأعضاء من إقليم الأمريكتين على الالتزام بالقضاء على الأمراض المنسية والعداوى الأخرى المرتبطة بالفقر - بما فيها داء شاغاس - أو بالحد منها إلى المستويات التي

لا تشكل مشكلات صحية عمومية، وذلك في موعد أقصاه عام ٢٠١٥. ونظراً للمستوى الوبائي الراهن لداء شاغاس ومستوى الخبرة التي اكتسبتها البلدان في مجال التوقي والمكافحة بمساعدة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، فإن هذا المرمى يعتبر سهل البلوغ.

١٠- وبالنظر إلى الحالة الوبائية الواقعية وانتشار هذا الداء نظمت منظمة الصحة العالمية مع منظمة الصحة للبلدان الأمريكية اجتماعاً مشتركاً (جنيف، ٤-٧ تموز/ يوليو ٢٠٠٧) لوضع داء شاغاس في منظور الصحة الشامل، وذلك للمضي قدماً صوب بلوغ مرمى تقديم المزيد من الدعم وتوطيد القدرات الوطنية والإقليمية اللازمة لبلوغ هدف سرية المتقوية الكروزية وتزويد المرضى بعواها بالرعاية الصحية. وفي ذلك الاجتماع اقترح المشاركون من ٢٨ بلداً إنشاء مبادرة خاصة بالبلدان التي لم يتوطنها هذا الداء، والعمل على زيادة الربط الشبكي اللازم لتوقي ومكافحة وعلاج داء شاغاس، وذلك في إطار التزام منظمة الصحة العالمية المتجدد بمعالجة أمراض المناطق المدارية المنسية وبالاعتماد على النجاح الجاري تحقيقه في أمريكا اللاتينية.

١١- وتلقت المنظمة في عام ٢٠٠٧ تبرعاً قدره ٢,٥ مليون حبة من النيفورتيموكس على مدى خمس سنوات للتخفيف من حدة الافتقار لهذا الدواء ومن قلة إتاحتته.

التحديات الجديدة

١٢- **الاستشراء.** شهد العقد الماضي استشراء داء شاغاس في مناطق كانت تُعتبر في الماضي خارج توطنه - ككندا والولايات المتحدة الأمريكية وعدة بلدان أوروبية وبعض بلدان غرب المحيط الهادئ- وذلك بسبب ازدياد تحركات السكان بين أمريكا اللاتينية وبقية العالم، بما أدى إلى ظهور هذا الداء في بلدان لديها معارف أو خبرات محدودة بخصوصه وتدبير غير كافية لتوقيه ومكافحته وتشخيصه وعلاجه، لاسيما في بنوك الدم وعمليات زرع أعضاء الجسم وخدمات التوليد وخدمات الفترة المحيطة بالولادة وخدمات طب الأطفال.

١٣- **الاستدامة.** يجب على جميع الأطراف المعنية أن تحول دون خفاء الاهتمام السياسي والموارد بما يضمن المحافظة على منجزات مكافحة داء شاغاس وتعزيزها، ولاسيما في البلدان التي يقل فيها توطن هذا المرض. ويلزم أيضاً توسيع نطاق أنشطة التصدد والمكافحة من أجل التصدي للتحديات الوبائية الجديدة.

١٤- **الظهور.** ظهر داء شاغاس في مناطق كانت تعتبر في الماضي خالية نسبياً منه، مثل حوض نهر الأمازون، حيث ينتقل الطفيلي بنواقل حرجية أكثر مما هي منزلية، وحيث لوحظت أوبئة محلية صغرى ناجمة عن أمراض منقولة بالفم.

١٥- **معاودة الظهور.** عاود داء شاغاس ظهوره في مناطق حققت في الماضي نجاحاً في مكافحته كمنطقة تشاكو في الأرجنتين ودولة بوليفيا المتعددة القوميات، الأمر الذي يعزى إلى تناقص أنشطة المكافحة في تلك المناطق وازدياد تعقيد جهود احتواء هذا الداء نتيجة لوجود أعداد ضخمة من النواقل الرئيسية غير المنزلية ونشوء بعض المقاومة لمبيدات الحشرات.

١٦- **التشخيص والعلاج.** مازال هناك ملايين البشر المصابين بهذه العدوى بالرغم من التراجع الواسع في سرايتها، مما يدل على ضرورة زيادة إتاحة التشخيص والرعاية الصحية الوافية. وسيبقى هذا الشرط قائماً في المناطق الموطونة وغير الموطونة بالنظر إلى مستويات سرايته الفعلية والعرضية المتوقعة في المستقبل، وخاصة بالنظر إلى شدة عبء المضاعفات الطبية الناجمة عنه.

آفاق التخلص من داء شاغاس

١٧- لم تعد مسألة الالتزام بالتخلص من داء شاغاس مسألة تخص البلدان التي يتوطنها هذا الداء دون سواها، بل أصبحت تخص أيضاً البلدان التي لا يتوطنها ولكنها تضع الأولويات للمناطق الموطونة. ويتمثل أحد التحديات الرئيسية في توفير المزيد من الدعم وتعزيز القدرات الوطنية والإقليمية للتخلص من هذا الداء بوصفه إحدى مشكلات الصحة العمومية.

١٨- وفي هذا الصدد ينبغي للبلدان التي يتوطنها الداء أن تبادر فوراً إلى الحصول من منظمة الصحة للبلدان الأمريكية على دعم منسق لمبادراتها دون الإقليمية من أجل التوقي والمكافحة، كما أن المناطق غير الموطونة تحتاج هي الأخرى إلى دعم برامجها الوطنية والإقليمية مع التركيز على ما يلي:

- التصدد الوبائي ونظم معلومات الصحة التي تشمل الجوانب الوبائية وعدد الحالات ومعدل الانتشار والعوامل الأخرى ذات الصلة بسراية هذا الداء في المجتمعات المحلية؛
- تعزيز تنفيذ أنشطة مكافحة النواقل من أجل التوصل إلى قطع السراية، وتعزيز البحوث التطبيقية الرامية إلى تحسين استراتيجيات الوقاية أو وضع الجديد منها؛
- منع سراية المثقبة الكروزية الناجمة عن استهلاك المأكولات الملوثة بهذا الطفيلي في مناطق التوطن؛
- النهوض بإعداد واستخدام اختبارات تشخيصية تصلح لفرز وتشخيص عدوى المثقبة الكروزية، واستحداث أدوية جديدة لتحسين العلاج؛
- توقي ومكافحة السراية الخلقية، والتدبير العلاجي للعدوى الخلقية وغير الخلقية، بما في ذلك وضع استراتيجيات قابلة للتطبيق في بلدان توطن الداء والبلدان الأخرى غير الموطونة من أجل اكتشاف الحالات وتشخيصها وعلاجها في شتى مستويات مرافق الرعاية الصحية (من خلال الرعاية الصحية الأولية مثلاً والأنشطة المجتمعية وغيرها من الآليات المناسبة)؛
- إجراء البحوث في مجال توقي ومكافحة وعلاج داء شاغاس.

١٩- وقد نظر المجلس التنفيذي، في دورته الرابعة والعشرين بعد المائة،^١ في صيغة أولى من هذا التقرير، وأصدر قراره مت ٢٤/١٧ بشأنه. وقررت جمعية الصحة العالمية الثانية والستون في أيار/ مايو ٢٠٠٩ إرجاء المزيد من النظر في هذا الموضوع إلى حين انعقاد جمعية الصحة العالمية الحالية.^٢

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢٠- جمعية الصحة مدعوة إلى أن تعتمد مشروع القرار الذي أوصى به المجلس التنفيذي في قراره مت ٢٤/١٧.

= = =

١ انظر الوثيقة مت ١٢٤/٢٠٠٩/سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة العاشرة (النص الإنكليزي).

٢ انظر الوثيقة جص ع ٦٢/٢٠٠٩/سجلات/٣، المحضر الموجز للجلسة الأولى للجنة العامة، الفرع ١ (النص الإنكليزي) والوثيقة جص ع ٦٢/٢٠٠٩/سجلات/٢، المحضر الحرفي للجلسة الثانية (النص الإنكليزي).