

איומים חדשים ומתחדשים: התפרצות האבולה 2015-2014.

הקדמה

בשנים 2013-2016 התרחש התפרצות נגיף האבולה במערב אפריקה אשר הצליחה במידה מצומצמת לחדור גם למדינות אחרות כמו ספרד, בריטניה וארה"ב. הנגיף לווה בפאניקה מקומית ועולמית שהתאפיינה בניתוק (בעיקר נתיבי תעופה מסחריים) של המדינות הנגועות מהזירה הבינלאומית, יצירת סטראוטיפים הרסניים על ניצולי הנגיף, קריסת תשתיות ומערכות רפואה מקומיות רעועות, והתערבות בינלאומית שנאלצה להתמודד עם אתגרים מקומיים רבים כדוגמת יכול הגעה למוקדי ההתפרצות, בעיות ביטחון ועוד. לבסוף לאחר מאמץ בין לאומי משותף של מדינות, ארגונים ממשלתיים ולא ממשלתיים, רשויות מקומיות ואזרחים, הושגה שליטה על התפרצות הנגיף (WHO World Health Organization, 2015). בהתאם לכך העבודה הנוכחית תבחן את הלקחים שנלמדו במערכות הבריאות העולמיות בעקבות התפרצות הנגיף. העבודה תתמקד בהבנת איום נגיף האבולה, ההשלכות הטמונות בהתפרצות הנגיף, אופן ההיערכות וההתמודדות, אופן ההתמודדות בישראל, השפעת ההתפרצות על התמודדות עם אירועים בלתי קונבנציונאליים אחרים והן הצגת פתרונות יצירתיים לבעיה.

1. האיום

הפרק יבחן את הסכנות הטמונות בנגיף האבולה, אופן התפרצותו, והנפגעים. נגיף האבולה מבוסס על מחלת קדחת דמומית המאופיינת בעליית חום הגוף הנגוע, הפרשות, התייבשות ודימומים. הנגיף זוהה לראשונה בשנת 1976 בעקבות התפרצות דימומים בסודן וקונגו. ההתפרצות החלה עם סימפטומים של מחלת המלריה שקיימת באזורים האמורים, לצד מערכת רפואה כושלת ששילבה ציוד רפואי שאיננו סטרילי, למשל מחטים משומשים או שאינם סטריליים. במסגרת זיהוי הראשוני של הנגיף זוהו 318 מקרי הדבקות שאופיינו ב-88% תמותה. נגיף זה זכה לכינוי אבולה על שם נהר האבולה בצפון מערב קונגו שלא הרחק משם זהו ההתפרצות הראשונה של הנגיף (Mishra, 2014: 364-365).

לאחר הזיהוי הראשוני של האבולה בשנת 1976, התרחשו רק שש התפרצויות עד שנות ה-90 – כולן באפריקה, אולם לקראת סוף שנות ה-90 של המאה ה-20 תדירויות התפרצות הנגיף עלו ונרשמו לא פחות מ-20 התפרצויות מקומיות באפריקה עד לשנת 2014. כל ההתפרצויות התרחשו במדינות מתפתחות כמו סודן, זאיר, קונגו, ומרכז אפריקה (2: Coltart, Lindsey, Ghinai, Johnson, & Heymann, 2017). הנחת היסוד של אופן ההתפרצות היא כי הנגיף מועבר לבני אדם באמצעות קופים ועטלפים נגועים ואלה באים במגע עם בני האדם באמצעות מים, מזון, אכילת בעל החיים ללא בישול וחימום שלו, ואפילו מגע ישיר עם בעל החיים. המעבר של הנגיף בין בני אדם מתבצע באמצעות מגע עם הפרשות הגוף כמו זיעה, רוק, דם, זרע, קיא, דמעות, צואה ושתן. כלומר יכולת ההדבקות הינה פשוטה להפליא יותר מאשר למשל נגיף האיידס המחייב מעבר באמצעות דם. לאחר מגע עם אדם חולה באמצעות נוזלי הגוף, מבוצעת תקופת דגירה של הנגיף בגוף למשל 21-2 יום, כאשר סימפטומים ראשוניים של המחלה הינם חום גבוה ולאחר מכן הפרשות, פריחה עורית, דימומים והתייבשות. לאחר התפרצות המחלה חולפים 11-6 ימים עד לכדי מוות של החולה או התאוששותו. עם זאת, גם לאחר התאוששות המחלה והבראה ממנה, זכר עשוי לשאת את הנגיף באמצעות הזרע למשך שבעה שבועות לאחר החלמתו. ככל הידוע בשלב זה אין חיסון (מאושר) לנגיף האבולה מלבד טיפול תומך הכולל החדרת נוזלים רבה לגוף ושימוש באנטיביוטיקות שונות (Mishra, 2014: 367-368).

התפרצות נגיף האבולה האחרונה התרחשה במערב אפריקה בשנת 2014 (שלמעשה בדיעבד התברר כי עדויות ראשונות למחלה זוהו כבר בשנת 2013) במדינת גינאה לאחר שילד בן שנתיים נפטר בכפר והנגיף התפשט בכפר לאחר שהוריו באו במגע טבעי עם הילד בעת שאלה ניסו לתמוך ולעזור לו. לאחר מכן האבולה התפשט ברחבי גינאה ומשם למדינות שכנות - ליבריה, סייירה לאון, ואף הגיע לניגריה, ארצות הברית, ספרד ובריטניה באמצעות שימוש בכלי תחבורה מודרניים. מתוך כך זוהו 24,701 זיהומים ומתוכם 10,000-12,000 מקרי מוות. הטיפול התומך והמונע הפחית את שיעור התמותה לכדי 41%, עם זאת הערכה היא כי מסך כל הנפגעים זהו כ-8,500 ילדים נגועים בנגיף עם שיעור תמותה של 62%. הנתונים האמורים הינם חשובים שכן ייתכנו ההתפשטות המהירה והמוות ההמוני הפוטנציאלי בעולם הוביל לתגובה עולמית מהירה שמנעה את ההתפשטות (Broom, & Broom, 2017: 203).

2. ניתוח האיום

הפרק יבחן את ההשלכות של האיום הטמונות בהתפרצות הנגיף בעולם. הייחוד בהתפרצות נגיף האבולה הוא מהירות התפרצות בלתי נשלטת של הנגיף לצד תחושת חוסר ביטחון ואי-וודאות שעלולים לסכן את יציבות החברה (Broom, & Broom, 2017: 203). כאשר מתמקדים באיום הראשון – התפרצות בלתי נשלטת ומוות המוני, עולה הטענה כי מדובר איום ממשי שכן האבולה עבר מנגיף בעל תפיסה חברתית של "מחלה טרופית אקזוטית מקומית" לנגיף שיכול לערער את ביטחון הבריאות העולמית. ארגון הבריאות העולמי אף הכריז כי העולם איננו מוכן להתמודדות לטיפול במצבי חירום בריאותיים גלובליים, קל וחומר כאשר מדובר על נגיפים המשלבים יכולת מעבר מהירה ופשוטה, תקופת דגירה קצרה, והשלכות בריאותיות מידיות כדוגמת מוות (Heymann, Chen, Takemi, Fidler, Tappero, Thomas, & Kalache, 2015: 1888).

הטיפול באבולה הפחית במידה מסוימת את יכולת מערכת הבריאות, כאשר עובדים רפואיים שונים העדיפו להימנע מטיפול בחולים באפריקה מתוך הרצון להגן על חייהם ומשפחתם. כאשר מדובר ברופאים שאמונים על התמודדות עם נגיפים, ואלה מחליטים לוותר, לקחת חופשה ממושכת ואף להתפטר מתפקידים רק בכדי להימנע ממתן סיוע שעשוי בהחלט להסתיים במותם ואולי אף פגיעה במשפחתם, הדבר בהחלט עשוי להוביל לקריסת המערכת הציבורית. חשוב לציין כי עדויות כלפי רופאים שסירבו להתמודד עם המחלה, הינו זניח (לא ידוע על מספרים מוחלטים) אך הפוטנציאל לקריסת מערכת הבריאות בעקבות סירוב הרופאים לטפל בחולים, הינו ממשי (Shultz, Althouse, Baingana, Cooper, Espinola, Greene, & Rechkemmer, 2016: 306).

לצד המוות ההמוני והפגיעה במערכת הבריאות, החוקרים ברום וברום (Broom, & Broom, 2017: 203-205) טוענים כי ישנו איום של פגיעה בתחושת הביטחון, קריסת החברה ויצירת חוסר אמון מקומי במערכות ממשלתיות, כלכליות, חברתיות ובריאותיות. כלומר, בקרב אזרחים באפריקה, התפקוד הכושל של המדינה ניתפס כלא פחות חמור מהנגיף עצמו, ואנשים החלו לאבד אמון במדינה ואף לא להקשיב להנחיות הבריאותיות שלה, דבר שהגביר את התפשטות המחלה. שולץ ועמיתיו (Shultz et al., 2016: 306-307) מדגישים כי התפרצות האבולה הינה בעלת פוטנציאל ליצירת כאוס חברתי מקומי ועולמי. למשל מקרי המוות באבולה הסתכמו ב-12,000 מקרי מוות בקירוב. מרבית הקורבנות היו אנשים זקנים וילדים הסובלים ממערכת חיסון חלשה באופן טבעי. עם זאת ילדים רבים איבדו את הוריהם, הם הפכו ליתומים, ננטשו ולא טופלו בקהילתם. מדובר באיום חמור המסמל חוסר יציבות וחוסן של קהילות. ניצולי האבולה וקרוביהם נתפסים כעת כמנוודים ואף נשקפת להם סכנת חיים מהקהילה המבקשת להרחיק אותם ואף לפגוע בהם לבל

הם יפגעו בהם – חרף החלמתם. כלומר, בסופו של יום נוצרות קהילות חלשות, לא מתפקדות, הן עשויות לנצל את החלשים והיתומים, וקהילות אלה רוויות בסטיגמות כלפי החולים שעלולים לסכן את חייהם.

3 תרחיש היחוס או תרחיש האירוע

הפרק יבחן את אופן ההערכות וההתמודדות עם נגיף האבולה על ידי צוותי התגובה. התפרצויות ביולוגיות יכולות להפוך לאתגר עצום עבור מערכות הבריאות ועבור קבוצות התגובה שכן עליהם להגיב במהירות לטובת הגנת הציבור לעיתים קרובות בתנאים מאתגרים – כמו ריחוק ממשאבים וקושי בדרכי ההגעה. על מערכות התגובה להיות מתואמות היטב מתוך כוונה לתאם תפקידים, ציפיות ומשאבים. ללא תגובה מהירה, מתואמת ויעילה, התפרצות ביולוגית עשויה לצאת מכלל שליטה ולפגוע באוכלוסיות רבות. במסגרת התגובה על הצוותים לפעול לפי תהליך יסודי וקבוע הכולל: זיהוי הבעיה, הסיכון וניתוח הסיכון; השפעת הרעילות והמסוכנות של הנגיף; תכנון וארגון תכנית ההתערבות; תכנון סביבתי; תקשורת וניהול מידע; בטיחות וציוד מגן; ושקיפות כלפי ממונים והציבור. הערכה היא כי פעילות זו של צוותי התגובה הראשוניים עשויה להפחית באופן משמעותי את התפרצות הנגיף אך לא בהכרח לחסלו (Pena-Fernandez, Pena, Ollero, Hurtado, & Fenoy, 2017: 5081).

במקרה של התפרצות האבולה, טרם התפתח חיסון (מאושר) לאבולה, והיעדר החיסון לנגיף מחייב אסטרטגיית התמודדות קבועה – הכוללת טיפול תומך המתבסס בעיקר על שמירה על נוזלים בגוף, שימוש באנטיביוטיקה, צריכת וויטמינים, ושימוש בסטרואידים. היעדר החיסון חייב לפתח אסטרטגיה של בידוד ותיחום האוכלוסייה הנגועה לצורך מניעת התפשטות הנגיף. לצד זה ישנו שימוש קבוע וממוקד במוצרי היגיינה – שטיפת ידיים עם סבון או חומר חיטוי, הימנעות מהפרשות של בני אדם נגועים, והימנעות מכל מגע עם חולים נגועים, אלא רק באמצעות ציוד רפואי מתאים, ומעקב קבוע אחת אופן ההתאוששות וההידרדרות של החולים (Coltart, Lindsey, Ghinai, Johnson, & Heymann, 2017: 4).

תהליך התיחום והבידוד במקרים רבים היה מאתגר שכן ראשית במדינות מתפתחות יכולת הבידוד בשטח הינן מוגבלות (אין מבנים סגורים מיוחדים); שנית, היה קושי להגיע לאזורים מבודדים ומנותקים שזוהו כנגועים במחלה. על פניו נדמה כי אזורים מנותקים מהווים פתרון טבעי להתמודדות המחלה, אך חשוב לציין כי הפצת המחלה מבוצעת בין היתר על ידי בעלי חיים (כמו עטלפים שאינם מושפעים ממחוסמים קרקעיים) מקורות מים מזוהמים, והן מעבר של תושבים מקומיים שאינם מתייחסים לקריאות הבידוד. ההתמודדות עם האבולה למשל בליבריה התאפיינה בקשיי תקשורת, היעדר כבישים נוחים, הידר תשתיות בסיסיות (למשל מקורות מים מזוהמים באו במגע עם מזון ומקורות מים אחרים). נמצא כי ההתפרצויות המהירות ביותר התרחשו בכפרים מבודדים המסתמכים על מקורות מים ומזון משותפים הסמוכים למקורות הזיהום. היעדר מידע של התושבים המקומיים אודות הנגיף הוביל לרוב להתפשטות מהירה של הנגיף (Kateh, Nagbe, Kieta, Barskey, Gasasira, Driscoll, & CDC, 2015: 188).

אסטרטגיית ההתמודדות עם נגיף האבולה בליבריה כללה: 1. בידוד מהיר של האוכלוסייה הנגועה על ידי הקמת מתקני בידוד ארעיים המרוחקים ממקור הזיהום והכפרים; 2. איסוף קבוע ובטוח של דגימות ביולוגיות עבור אנשי מעבדה (לצרכי זיהוי המחלה ושלא מדובר במחלה אחרת – והן לצרכי זיהוי התאוששותו של החולה); 3.