

EMPHNET
The Eastern Mediterranean Public Health Network

امفنت
الشبكة الشرق أوسطية للصحة المجتمعية

آفاق الصحة العامة

مايو 2026



القضاء على التهاب السحايا

ما تحقق من تقدم..
وما تبقى من تحديات في إقليم شرق المتوسط

1. مقدمة: العبء العالمي لالتهاب السحايا

رغم التقدم الطبي الذي أتاح لقاحات فعالة وعلاجات مضادة للميكروبات ووسائل لتشخيص التهاب السحايا، لا يزال المرض يتسبب في وفيات وإعاقات قد ترافق المصابين طوال حياتهم. وتفرض هذه التبعات على بلدان إقليم شرق المتوسط مواصلة العمل على تحسين سبل الوقاية وضمان إتاحتها للجميع على قدم المساواة، إلى جانب تمكين المصابين من الحصول على العلاج دون تأخير، وتعزيز أنظمة رصد المرض، وتوفير الرعاية المستمرة للناجين منه.

وفي ضوء هذه الأولويات، تستعرض هذه النشرة الأدلة العلمية التي توضح أهمية العمل في هذه المجالات، وتطرح إجراءات عملية يمكن للجهات الصحية ومقدمي الخدمات والمجتمعات المحلية اتخاذها للحد من عبء المرض وتداعياته.

1.1 التهاب السحايا: طبيعته وأسباب خطورته

يصيب التهاب السحايا الأغشية التي تحيط بالدماغ والحبل الشوكي، وينشأ نتيجة عدوى قد تسببها البكتيريا أو الفيروسات أو الفطريات أو الطفيليات. وتتفاوت شدة المرض وطريقة تطوره بحسب المسبب، ويُعد النوع البكتيري الحاد من أشد أنواعه خطورة، إذ يمكن أن تتدهور حالة المصاب بسرعة كبيرة، وقد يفقد حياته خلال ساعات، فيما يواجه بعض الناجين إعاقات تستمر معهم على المدى الطويل.

وترتبط الإصابة بالتهاب السحايا البكتيري بأربعة مسببات رئيسية، هي النيسرية السحائية (Neisseria meningitidis)، والمكورات الرئوية (Streptococcus pneumoniae)، والمستدمية النزلية من النمط ب (Haemophilus influenzae type b)، والعقدية القاطعة للدر (Streptococcus agalactiae)، المعروفة أيضا بالمكورات العقدية من المجموعة ب. [1، 2]

ولفهم حجم التحديات التي يفرضها هذا المرض، تبدأ النشرة باستعراض عبئه على المستوى العالمي وما يعنيه ذلك لبلدان إقليم شرق المتوسط، قبل الانتقال إلى الجهود المبذولة للوقاية منه ومكافحته، والعوامل التي تحول دون تحقيق النتائج المرجوة منها. فرغم ما أحرزته بلدان الإقليم من تقدم، لا تزال فرص الحصول على اللقاحات والتشخيص والرعاية طويلة الأمد متفاوتة، وهو ما يستدعي معالجة الفجوات القائمة لضمان استفادة الجميع من هذه الخدمات.

ويحظى التهاب السحايا البكتيري بالاهتمام الأكبر في هذه النشرة نظرا لشدة مضاعفاته وتوفر وسائل فعالة للوقاية منه، مع تناول احتياجات الرعاية لدى الناجين من الأنواع الأخرى للمرض. [1، 2]

1.2 الإصابات والوفيات والإعاقات طويلة الأمد على مستوى العالم

وفقا لتحليل نُشر عام 2026 استنادا إلى بيانات دراسة العبء العالمي للأمراض لعام 2023، بلغ العدد التقديري لحالات الإصابة الجديدة بالتهاب السحايا حول العالم نحو 2.54 مليون حالة خلال عام 2023، ضمن نطاق عدم يقين إحصائي بنسبة 95% يتراوح بين 2.20 و2.93 مليون حالة. أما الوفيات الناجمة عن المرض، فقد قُدرت بنحو 259 ألف وفاة، ضمن نطاق يتراوح بين 202 ألف و335 ألف وفاة. وكان الأطفال دون سن الخامسة من بين الفئات الأكثر تضررا، إذ سُجلت لهم تقديرات بنحو 86,600 وفاة، أي ما يزيد على ثلث إجمالي الوفيات المقدرة. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الأرقام تستند إلى نماذج إحصائية لتقدير عبء المرض في عام 2023، ولا تعبر عن حالات أُبلغ عنها خلال عام 2026. كما تعكس نطاقات عدم اليقين محدودية البيانات المتاحة والتحديات المرتبطة بأساليب التقدير المستخدمة. [3]

ولا تقتصر تبعات التهاب السحايا على الوفيات، إذ تشير التقديرات إلى وفاة نحو شخص واحد من كل ستة مصابين بالتهاب السحايا البكتيري، فيما يعاني واحد من كل خمسة ناجين من مضاعفات طويلة الأمد. وقد تشمل هذه المضاعفات فقدان السمع، ونوبات التشنج، وضعف البصر، وضعف الأطراف، وصعوبات في الذاكرة أو اللغة أو التواصل. وفي بعض حالات التسمم الدموي بالمكورات السحائية، قد يعاني المصابون أيضا من ندوب دائمة أو فقدان أحد الأطراف. وتمتد آثار هذه المضاعفات إلى جوانب مختلفة من حياة الناجين، فتؤثر في تحصيلهم الدراسي وفرص عملهم وحياتهم الأسرية، حتى بعد مرور وقت طويل على التعافي من العدوى الحادة. [4]

وتؤكد الأبحاث الحديثة أهمية استمرار متابعة المصابين بعد تعافيهم، خاصة فيما يتعلق بالكشف عن المضاعفات التي قد تؤثر في جودة حياتهم. ففي عام 2026، نُشرت مراجعة منهجية وتحليل تلوي شمل 41 دراسة و8,105 مرضى مصابين بالتهاب السحايا المعدي، وركز على نتائج التقييمات السمعية التي أُجريت باستخدام اختبارات معتمدة. وأظهرت النتائج تفاوتا ملحوظا في توقيت إجراء هذه التقييمات، ما يعزز الحاجة إلى تنسيق فحوص السمع عند خروج المرضى من المستشفى وخلال زيارات المتابعة اللاحقة. ومع ذلك، فإن الاختلافات بين الدراسات من حيث اختيار المرضى وأعمارهم وطرق الفحص وتوقيته تحول دون اعتماد نتائجها بوصفها نسبة موحدة تنطبق على جميع حالات فقدان السمع الدائم الناجمة عن التهاب السحايا. [5]

1.3 لماذا لا يزال التهاب السحايا من أولويات الصحة العامة؟

تتطلب مواجهة التهاب السحايا اهتماما مستمرا من الجهات المعنية بالصحة العامة، فالحالات الشديدة قد تتطور خلال وقت قصير، واحتواء الفاشيات يستدعي استجابة منسقة، فيما لا تزال فرص الاستفادة من وسائل الوقاية الفعالة متفاوتة بين السكان. ولمعالجة هذه التحديات، أطلقت المبادرة العالمية "القضاء على التهاب السحايا بحلول عام 2030"، التي تسعى إلى القضاء على أوبئة التهاب السحايا البكتيري، وخفض حالات الإصابة بالأنواع البكتيرية التي يمكن الوقاية منها باللقاحات بنسبة 50%، والوفيات الناجمة عنها بنسبة 70%، إلى جانب الحد من الإعاقات وتحسين جودة حياة الناجين من التهاب السحايا بمختلف مسبباته. [2، 6]

وتستند الجهود الرامية إلى تحقيق هذه الأهداف إلى خمسة مجالات مترابطة، تشمل الوقاية من المرض والسيطرة على الأوبئة، والتشخيص والعلاج، ورصد المرض، والرعاية والدعم، فضلا عن المناصرة والمشاركة المجتمعية. ويأتي هذا النهج استجابة لتعدد مسببات التهاب السحايا وتنوع احتياجات المصابين والناجين منه، إذ إن التطعيم، رغم أهميته، لا يوفر الحماية من جميع أنواع المرض، ولا يغني عن خدمات الرعاية التي يحتاجها الناجون. وقد تطور هذا النهج بالتوازي مع التقدم في مجال اللقاحات وأساليب التشخيص والرعاية المقدمة للناجين. [1، 2، 7]





02

واقع التهاب السحايا في إقليم شرق المتوسط وأولويات العمل

أحرز إقليم شرق المتوسط تقدما في الحد من عبء التهاب السحايا، إلا أن هذا التقدم لم ينعكس بالقدر نفسه على جميع السكان، في ظل التفاوت بين البلدان في الموارد المتاحة، وتغطية الخدمات الصحية، وإمكانية الوصول إليها. وتشير تقديرات إقليمية نُشرت عام 2025 إلى انخفاض معدل الإصابة بالتهاب السحايا بمختلف مسبباته من 74 إلى 34 حالة لكل 100 ألف نسمة بين عامي 2000 و2021، أي بتراجع يقارب 52%. وخلال الفترة نفسها، انخفض معدل الوفيات من ثماني وفيات إلى ثلاث وفيات لكل 100 ألف نسمة، بتراجع يُقدر بنحو 61%. وتعكس هذه المؤشرات تحسنا ملموسا في الوضع الصحي بالإقليم، مع استمرار الحاجة إلى جهود إضافية للحد من عبء المرض. [2]

ولفهم ما يلزم للبناء على هذا التقدم، تجمع المحاور التالية أبرز الأدلة المتاحة من الإقليم ونتائج التقييمات التي أُجريت على مستوى البلدان، إلى جانب الأفكار التي طُرحت خلال الندوة الإلكترونية المخصصة لتفعيل الخطط الوطنية لمكافحة التهاب السحايا. وتستند هذه المحاور إلى مساهمات الدكتورة ميسيريت شبيشي، مسؤولة التحصين في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ والسيدة كاتيا فرنانديز، المسؤولة الفنية المعنية بالأمراض الوبائية البكتيرية في برنامج الطوارئ الصحية بمنظمة الصحة العالمية؛ والأستاذ الدكتور إينير تشاري ديناليجي، أستاذ طب الأطفال في جامعة إسكي شهير عثمان غازي بتركيا؛ والأستاذ الدكتور أمجد محبوب، أستاذ ورئيس قسم الأمراض المعدية في كلية باشا خان الطبية بباكستان؛ والدكتور ماجد الجنيد، نائب المدير التنفيذي لامفنت. وقد أدار الندوة الأستاذ الدكتور محمد خير طه، رئيس وحدة العدوى البكتيرية الغازية في معهد باستور بفرنسا. وتوضح هذه المساهمات السبل الكفيلة بتحويل الإنجازات القائمة إلى إجراءات عملية تُنفذ بصورة أكثر اتساقًا واستمرارية. [17]

2.1 تعزيز التعاون الإقليمي وترسيخ المسؤولية الوطنية واستدامة الجهود

تزداد أهمية التعاون بين بلدان إقليم شرق المتوسط في مواجهة التهاب السحايا مع استمرار حركة السفر والتنقل السكاني عبر الحدود، وما يصاحبها من احتمالات لانتقال العدوى. وفي ظل تفاوت قدرات البلدان على اكتشاف الحالات والاستجابة لها، يتيح التعاون الإقليمي تبادل الخبرات والاستفادة من الإمكانات المخبرية والتجارب العملية التي قد يصعب على كل بلد توفيرها واستدامتها بمفرده. وتكمن القيمة الحقيقية لهذا التعاون في قدرته على تعزيز الخدمات الصحية الوطنية ورفع كفاءتها في التعامل مع المرض بصورة مستمرة.

وتقدم شبكة تتبع التهاب السحايا وتسمم الدم (MenMap) مثالا على هذا التعاون. فخلال عامها الأول، الممتد من ديسمبر 2023 إلى نوفمبر 2024، ربطت الشبكة 16 مستشفى مختارا للرصد في الأردن ومصر والعراق، وسجلت 2,104 حالات مشتبه بإصابتها بالتهاب السحايا بين الأطفال، تأكدت منها 191 حالة مخبريا. ورغم أن هذه البيانات المستمدة من المستشفيات لا تكفي لتحديد معدلات الإصابة على المستوى الوطني، فإنها توفر معلومات مهمة لفهم مسببات المرض التي يجري الكشف عنها. [2]

وتعزز ترتيبات التعاون المخبري القائمة في الإقليم فرص البناء على هذه الجهود. فقد وثق التقييم وجود أنظمة لرصد الأمراض البكتيرية الغازية التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (IB-VPD) في مواقع رصد مختارة بأفغانستان وباكستان والسودان واليمن، إلى جانب مشاركة المختبرات المرجعية الوطنية في 16 بلدا في برامج دولية للتقييم الخارجي للجودة، فضلا عن برنامج إقليمي لضمان الجودة تتولى سلطنة عُمان توزيعه. [2]

ومن واقع تجربة شبكة MenMap، أشار الدكتور ماجد الجنيد إلى أن أثر التعاون الإقليمي يمكن أن يستمر بعد انتهاء المشاريع التي أسهمت في إطلاقه. وفي حديثه عن مواصلة البلدان المشاركة العمل ضمن الشبكة، أوضح أن "هذه البلدان الثلاثة واصلت العمل بها كمبادرة وطنية". وتبرز هذه التجربة أهمية توجيه الدعم والتعاون الخارجي نحو بناء قدرات وطنية تستطيع المؤسسات المعنية تولي مسؤوليتها، وتخصيص الموارد اللازمة لها، وضمان استمراريتها على المدى الطويل. [17]

وانسجاما مع هذا التوجه، طرحت الدكتورة ميسيريت شبيشي مقترحات لتبادل الخبرات بين المختبرات وإنشاء مجتمعات للممارسة

المهنية، فيما أكدت السيدة كاتيا فرناندیز أهمية التعلم المتبادل بين البلدان، وأبدى أ.د. محمد خير طه استعداد المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية لتقديم الدعم. وتفتح هذه المبادرات المجال أمام البلدان للاستفادة بصورة أكثر انتظاما من خدمات الفحوص المرجعية والإرشاد الفني وضمان الجودة، وتبادل الحلول للتحديات التي تظهر خلال تنفيذ البرامج والأنشطة. [17]

وتكتسب الجاهزية للتعامل مع المخاطر الصحية العابرة للحدود أهمية خاصة خلال موسمي الحج والعمرة، حيث تتطلب حركة المسافرين تنسيقا وثيقا بين البلدان. وقد أكد اكتشاف حالات من مرض المكورات السحائية المرتبطة بالعمرة خارج المملكة العربية السعودية عام 2024، بما فيها حالات أظهرت مقاومة للمضاد الحيوي سيبروفلوكساسين، ضرورة تنسيق إجراءات الوقاية والتقصي بين بلدان المغادرة والبلدان التي حدث فيها التعرض للعدوى وبلدان العودة. ويمكن الاستفادة في هذا المجال من الخبرات المتراكمة في الإقليم في التطعيم وتقييم المخاطر والاستعداد للتجمعات البشرية الكبرى. [2، 10]

ولضمان استدامة هذه الجهود، ينبغي أن تشمل المسؤولية الوطنية مختلف الجهات المعنية بتقديم الخدمات الصحية والاستفادة منها. ويتطلب ذلك ربط المستشفيات الخاصة بأنظمة الرصد الوطنية وتوحيد المعايير المتبعة، مع إتاحة المجال أمام منظمات المجتمع المحلي والناجين من المرض وأسرهم للمشاركة في القرارات المتعلقة بالحصول على الخدمات واستمرارية الرعاية. فمن خلال إشراك هذه الفئات، تصبح الخطط الوطنية أكثر قدرة على الاستجابة للاحتياجات والتحديات الفعلية التي قد لا تظهر في التقارير الإدارية الدورية. [2، 6، 17]

2.2 الانتقال من إعداد الخطط الوطنية إلى تنفيذها بتمويل مستدام ومساءلة واضحة

يعكس إعداد الخطط الوطنية لمكافحة التهاب السحايا التزام البلدان بالتصدي للمرض، لكن نجاح هذه الخطط يتوقف على توافر الكوادر والمستلزمات الطبية وآليات إحالة المرضى التي تحتاجها المرافق الصحية لتنفيذها. وقد حظيت هذه المسألة باهتمام متكرر خلال الندوة الإلكترونية، حيث أظهرت النقاشات أن التقدم في إعداد الخطط لم يصاحبه دائما توفير الموارد اللازمة لتنفيذها، أو وضع آليات واضحة للمساءلة ومتابعة النتائج.

وفي هذا السياق، أشارت الدكتورة شبيشي إلى إحدى أبرز العقبات المتعلقة بالتمويل، قائلة: "لاحظنا أن الخطط الوطنية لم تتضمن تقديرات كافية للتكاليف أو خططا مالية واضحة". كما لفتت إلى غياب الاتساق بين مؤشرات رصد المرض ومحدودية آليات المتابعة، وهي جوانب تؤثر في قدرة الجهات المعنية على تحديد الأنشطة المطلوب تنفيذها، وتوزيع المسؤوليات، وقياس مدى انعكاس الجهود المبذولة على تحسين الخدمات الصحية. [17]

ولمعالجة هذه التحديات، يمكن إدراج أولويات مكافحة التهاب السحايا ضمن الاستراتيجيات الصحية وبرامج التطعيم القائمة، بما يتيح الاستفادة من الموازنات والأنظمة الإدارية المعتمدة، ويخفف الأعباء المرتبطة بإدارة برنامج مستقل. وتزداد أهمية وضوح المسؤوليات في البلدان التي تتوزع فيها صلاحيات إدارة الخدمات الصحية بين المستوى الوطني والمستويات المحلية. وقد تناول أ.د. أمجد محبوب هذه المسألة من خلال تجربة باكستان، موضحا أثر التنسيق بين الأقاليم والمناطق التي تتولى إدارة شؤونها الصحية على إمكانية تنفيذ الخطط وتحقيق أهدافها. [17]

أما فيما يتعلق بتحديد الأولويات، فقد دعت السيدة فرناندیز إلى "التركيز على مجموعة من الأنشطة الرئيسية ذات الأثر المحفز، والتي يمكن من خلالها إحراز تقدم ملموس خلال فترة أقصر". ويوفر هذا التوجه مسارا عمليا للبلدان التي تواجه احتياجات متعددة وموارد محدودة، من خلال اختيار أنشطة قابلة للتنفيذ وفق تسلسل مدروس، وتقدير تكاليفها، ووضع معايير واضحة لتقييم نتائجها. وبهذه الطريقة، تحتفظ الخطط الوطنية بشموليتها وتوجه جهود التحسين على المدى الطويل، مع إعطاء الأولوية للأنشطة التي يمكن تنفيذها وتحقيق نتائج من خلالها دون تشتيت الموارد على جميع المجالات في الوقت نفسه. [17]

وتبرز برامج التطعيم مثالا على أهمية الربط بين الأولويات الفنية والقدرة على تمويلها. فقد أوضح الدكتور الجنيد أن الأدلة المستمدة من الواقع المحلي تساعد في دعم القرارات المتعلقة بإدخال لقاحات جديدة، إلا أن تكلفتها لا تزال تحد من قدرة بعض البلدان متوسطة الدخل على توفيرها. وتطرقت السيدة فرناندیز بدورها إلى محدودية فرص الحصول على الدعم الخارجي، وأهمية دراسة استراتيجيات تطعيم تستهدف فئات محددة. فالأدلة العلمية تساعد في تبرير تخصيص التمويل، لكن تحويل القرارات إلى خدمات متاحة للسكان يتطلب انتظام عمليات شراء اللقاحات وتوفير موازنات تضمن استمرارية تقديمها. [17]

ومن هنا، ينبغي أن تستند مساءلة الجهات المعنية إلى نتائج التنفيذ الفعلية، بما يشمل الالتزام بمواعيد الإبلاغ عن الحالات، وسهولة الوصول إلى خدمات التشخيص، وحصول المرضى على الرعاية والمتابعة المناسبة، عوضا عن الاكتفاء باعتماد الخطط أو عقد ورش العمل. وقد لخص أ.د. محمد خير طه هذه الأولوية في كلمته الختامية بقوله: "تتمثل المرحلة المقبلة في تحويل هذه الخطط إلى إجراءات ممولة ومنسقة وقابلة للقياس". [17]

2.3 ضمان استمرارية الرعاية والدعم للناجين من التهاب السحايا

قد تبدأ مرحلة جديدة من التحديات أمام الناجين من التهاب السحايا وأسرهم بعد مغادرة المستشفى، إذ يمكن أن تستمر بعض مضاعفات المرض في التأثير على حياتهم اليومية، مثل فقدان السمع، والتغيرات في القدرات الإدراكية، وصعوبات الحركة أو التواصل، وما يترتب عليها من تحديات في التعليم والعمل. وقد لا تظهر بعض هذه المضاعفات إلا بعد مرور فترة على التعافي، خصوصا لدى الأطفال عند التحاقهم بالمدرسة أو عودتهم إليها.

وتشير الأدلة المتاحة من إقليم شرق المتوسط إلى محدودية القدرة على اكتشاف هذه الاحتياجات وتوفير خدمات التأهيل المناسبة، فيما كشفت مراجعة علمية حديثة حول السمع عن تفاوت كبير في توقيت إجراء الفحوص اللازمة لتقييمه. [2، 5]

وتناولت الدكتورة شبيشي إحدى أبرز المشكلات التي تواجه الناجين بعد خروجهم من المستشفى، والمتمثلة في "غياب الربط بالخدمات

المتاحة". ففي كثير من الحالات، قد تكون الخدمات موجودة بالفعل، لكن الأسر لا تعرف كيفية الوصول إليها، أو لا تحصل على الإحالات اللازمة للاستفادة منها، فضلا عن الأعباء المالية وصعوبات التنقل التي قد تحول دون تلقي الرعاية.

وفي هذا السياق، أشار الدكتور الجنيد إلى محدودية الاعتماد على المستشفيات التخصصية البعيدة عن أماكن سكن المرضى، مقترحا دراسة إمكانية توفير خدمات التأهيل ضمن مرافق الرعاية الصحية الأولية، مع تدريب الكوادر الصحية وتخصيص موازنات لتلبية الاحتياجات العملية للناجين، ومنها توفير المعينات السمعية. [17]

ولا تقتصر التحديات على الوصول إلى خدمات الرعاية، إذ قد يصعب أيضا تتبع الحالة الصحية للناجين بعد انتهاء علاجهم في المستشفى. وقد أوضح أ.د. دينلييجي أن بعض المرضى يلجؤون لاحقا إلى اختصاصيي الأنف والأذن والحنجرة أو أطباء الأطفال أو أطباء الأسرة لعلاج المضاعفات، دون أن تصل هذه المعلومات إلى الفريق الطبي الذي تولى علاج العدوى في مرحلتها الحادة. وشدد على أهمية "متابعة عبء المرض لفهم تبعاته على المدى الطويل". واستكمالا لهذه النقطة، تناول أ.د. محمد خير طه صعوبات التعلم التي قد يواجهها الناجون، مؤكدا ضرورة ربط سجلات المتابعة بالحالة المرضية الأصلية، بما يتيح تكوين صورة أوضح عن المضاعفات التي تظهر مع مرور الوقت. [17]

من جانبها، أوضحت السيدة فرنانديز أن رعاية الناجين ورصد المضاعفات اللاحقة للمرض من الأولويات التي حظيت باهتمام أكبر خلال السنوات الأخيرة، إلا أن إحراز تقدم في هذين المجالين لا يزال يواجه صعوبات. وتكشف نتائج ورشة العمل التي عُقدت في السودان عن جانب من هذه التحديات، حيث أشارت إلى غياب الخدمات المتخصصة للتعامل مع المضاعفات طويلة الأمد، وعدم وجود مسار واضح لإحالة الناجين إلى خدمات التأهيل. وتؤكد هذه المعطيات ضرورة عدم تفسير غياب المضاعفات من السجلات الصحية على أنه دليل على تعافي المصابين بالكامل أو انتفاء حاجتهم إلى مزيد من الرعاية. [15، 16، 17]

ولضمان حصول الناجين على الدعم الذي يحتاجونه، لا بد من وضع مسار واضح للرعاية يبدأ عند خروج المريض من المستشفى، ويمتد إلى تقييم حالته وإحالته إلى الخدمات المناسبة ومتابعة احتياجاته على المدى الطويل. ويتطلب ذلك تعزيز التنسيق بين الفرق الطبية في المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأولية وخدمات التأهيل والأسر، لضمان اكتشاف المضاعفات والتعامل معها في الوقت المناسب. كما أن إشراك الناجين أنفسهم في تصميم مسارات الرعاية يساعد على فهم جوانب قد لا تعكسها السجلات الطبية، مثل الوصمة الاجتماعية والأعباء المالية والعوائق التي تحد من مشاركتهم في مختلف جوانب الحياة. [2، 6، 17]

2.4 تكييف جهود المكافحة مع ظروف البلدان الهشة ومحدودة الموارد

تزداد خطورة التهاب السحايا في البلدان التي تعاني أنظمتها الصحية من ضعف القدرة على مواجهة الأزمات والحفاظ على استمرارية الخدمات. ووفقا للتقديرات الإحصائية لمعدلات الإصابة بالمرض بمختلف مسبباته لعام 2021، سُجل أعلى معدل بين البلدان المذكورة في الصومال، بواقع 180 حالة لكل 100 ألف نسمة، تلتها جيبوتي بمعدل 79 حالة، وباكستان بمعدل 58 حالة، وأفغانستان بمعدل 49 حالة، ثم السودان بمعدل 23 حالة لكل 100 ألف نسمة. ورغم أن هذه الأرقام تستند إلى نماذج تقديرية ولا تعبر عن معدلات الإبلاغ الحالية، فإنها تكشف عن امتداد مخاطر المرض إلى مناطق تتجاوز نطاق حزام التهاب السحايا الأفريقي، الذي يُعد السودان البلد الوحيد من إقليم شرق المتوسط الواقع ضمن حدوده. [2]

وتفرض النزاعات والنزوح تحديات متزامنة على جهود الوقاية والاستجابة، إذ تزيد ظروف الاكتظاظ من احتمالات التعرض للعدوى، فيما قد تتعطل برامج التطعيم وتتأخر فرص الحصول على الرعاية الصحية بسبب انعدام الأمن، إلى جانب تراجع قدرة المرافق الصحية على رصد الحالات والإبلاغ عنها. وفي السودان، أظهرت البيانات التي عُرضت خلال ورشة العمل أن 64% من المرافق الصحية كانت خارج نطاق الإبلاغ الأسبوعي ضمن نظام الرصد، وأن موقعين من أصل ثلاثة مواقع مختارة للرصد تابعة لبرنامج التطعيم قد دُمرا خلال الحرب التي اندلعت عام 2023. وتعكس هذه النتائج حجم الاضطراب الذي أصاب الخدمات الصحية في السودان تحديداً، دون أن تعني بالضرورة أن بلدان الإقليم الأخرى تواجه الظروف نفسها. [2، 9، 16]

وفي معرض حديثه عن التجربة في جنوب شرق تركيا، أشار أ.د. دينلييجي إلى أن "عدم الاستقرار الجيوسياسي يؤثر في أنظمة رصد الأمراض وبرامج التطعيم"، مؤكدا الحاجة إلى تعزيز الرصد الصحي في المناطق الحدودية. كما تناول آثار انقطاع الرعاية الصحية على الأطفال والنساء الحوامل والمصابين بأمراض مزمنة. ومن جانبه، استعرض أ.د. أمجد محبوب التحديات التي تواجه باكستان نتيجة التنقل السكاني والكوارث وحركات اللجوء. وتوضح هذه التجارب مدى ارتباط الاستعداد لمواجهة التهاب السحايا بقدرة الأنظمة الصحية على مواصلة تقديم خدماتها الأساسية في أوقات الأزمات. [17]

وفي ظل هذه الظروف، ينبغي أن تنطلق جهود المكافحة من الإمكانات المتاحة والأنشطة التي يمكن تنفيذها بصورة موثوقة ومستدامة. وقد طرح الدكتور الجنيد سؤالا محوريا في هذا السياق: "كيف يمكن تحقيق الاستفادة المثلى من الموارد المتاحة؟"، مشددا على أهمية الالتزام السياسي ودمج جهود مكافحة المرض ضمن الخدمات والبرامج القائمة، بما يعزز الاستفادة من الكوادر والمرافق الصحية والشراكات المتاحة. ويتوافق هذا التوجه مع مقترح أ.د. أمجد محبوب بشأن تعزيز قدرات مراكز صحية مختارة في البداية، ثم التوسع تدريجيا وفقا للموارد والإمكانات المتوفرة. [17]

ويبقى ضمان حصول المصابين على الرعاية الطبية في الوقت المناسب من أهم متطلبات نجاح هذه الجهود. فقد كشفت التقييمات التي أجريت في عدد من البلدان عن تأخر اكتشاف الحالات وإحالتها والتعامل معها طبيا، إلى جانب نقص المواد اللازمة للتشخيص والتفاوت في توافر الأدوية. كما أظهرت المراجعة الإقليمية غياب المضادات الحيوية الموصى بها بوصفها الخيار العلاجي الأول عن قوائم الأدوية الأساسية التي شملتها المراجعة في الصومال واليمن، مع الإشارة إلى أن ذلك لا يعني بالضرورة عدم توافرها في جميع المرافق الصحية. وتبرز هذه النتائج الحاجة إلى وضع إجراءات واضحة للتعامل مع الحالات وإحالتها، وتأهيل الكوادر الصحية في الخطوط الأمامية، وضمان انتظام الإمدادات الطبية. وفي حالات الاشتباه بالتهاب السحايا البكتيري، يجب إعطاء الأولوية للعلاج العاجل دون السماح للإجراءات التشخيصية بالتسبب في تأخيره. [1، 2، 8]

ولا تقل مراعاة الظروف المحلية أهمية في جهود التوعية والمشاركة المجتمعية، خصوصا في المناطق التي تشهد تنقلا سكانيا مستمرا أو تنوعا لغويا أو اضطرابا في الخدمات الصحية. فقد تحول هذه العوامل دون وصول المعلومات والخدمات إلى الفئات الأكثر احتياجا، ما يستدعي التعاون مع الجهات والشخصيات التي تحظى بثقة المجتمعات المحلية لتشجيع التطعيم وطلب الرعاية الطبية عند ظهور الأعراض المبكرة. ويساعد هذا التواصل أيضا على فهم أسباب انخفاض الإقبال على التطعيم، والتمييز بين المخاوف المتعلقة باللقاحات والعوائق العملية التي تمنع السكان من الحصول عليها. [2، 6]

2.5 تكامل أنظمة الرصد والمختبرات وتوجيه قرارات التطعيم وفقا للأدلة العلمية



أسهم التوسع في برامج التطعيم في تعزيز الوقاية من التهاب السحايا في إقليم شرق المتوسط. فبحلول عام 2023، كانت جميع بلدان الإقليم وأقاليمه البالغ عددها 22 قد أدخلت لقاح المستدمية النزلية من النمط ب (Hib) ضمن برامج التطعيم، فيما اعتمد 18 بلدا لقاحات المكورات الرئوية المقترنة. أما برامج التطعيم ضد المكورات السحائية، فقد شهدت تفاوتا بين البلدان. ورغم أهمية إدخال هذه اللقاحات، فإن توفيرها ضمن البرامج الوطنية لا يضمن بالضرورة وصول الحماية إلى جميع الفئات المستهدفة. فقد أظهر التقييم الإقليمي أن التغطية بالتطعيم ضد المكورات السحائية بلغت 51% في السودان، مقابل 90% على الأقل في كل من البحرين وليبيا والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة. كما تفاوتت معدلات التغطية بلقاحات المكورات الرئوية، مع احتمال أن تخفي المعدلات الوطنية العامة وجود مجتمعات محلية لم تصل إليها خدمات التطعيم بالقدر الكافي. [2]

وقد كشفت التقييمات التي أُجريت في البلدان خلال شهر يونيو 2026 عن فجوات في تغطية عدد من الفئات، منها كبار السن، والأشخاص الأكثر عرضة للإصابة، والأطفال في سن الدراسة، والأطفال اللاجئون، والمسافرون، والعمال المهاجرون. وشملت التحديات أيضا محدودية إمدادات اللقاحات، والتردد في تلقيها، ونقص البيانات المتعلقة بعبء المرض الناجم عن المكورات العقدية من المجموعة ب، إلى جانب أوجه القصور في فحوص الكشف عنها أو متابعتها. وتستدعي معالجة هذه الفجوات توفير معلومات تربط بين أنماط انتشار المرض ومعدلات التغطية بالتطعيم، وتساعد على تحديد الفئات التي لا تزال خارج نطاق الحماية الكافية. [8]

غير أن الوصول إلى هذه الصورة المتكاملة لا يزال يواجه عقبات، أبرزها تشتت المعلومات بين أنظمة متعددة للإبلاغ عن الأمراض، والرصد في حالات الطوارئ، والنتائج المخبرية، ومقاومة مضادات الميكروبات، ومتابعة برامج التطعيم. وقد تناولت الدكتورة شبيشي هذا التحدي، فيما أوضح أ.د. أمجد محبوب أثره على الاستفادة من البيانات، قائلا: "في نهاية المطاف، لا نحصل سوى على أعداد الحالات". فمعرفة العدد الإجمالي للحالات المشتبه بإصابتها لا تكفي لتوجيه التدخلات الصحية ما لم تتوافر معلومات عن مسببات العدوى، والفئات المتضررة، والمآلات الصحية للمرضى. [17]

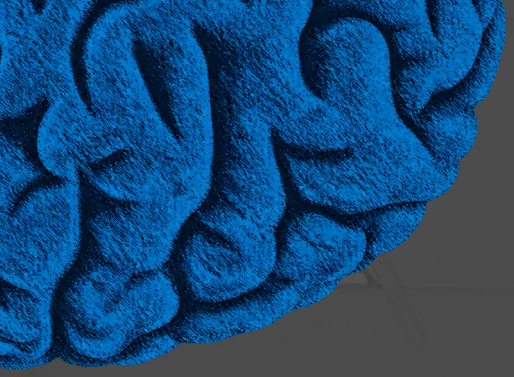
وتبرز محدودية الوصول إلى خدمات التشخيص المخبري بوصفها إحدى العقبات الرئيسية أمام استكمال هذه المعلومات. وفي هذا السياق، أشار أ.د. أمجد محبوب إلى أنه "قد تتوافر إمكانات تشخيصية جيدة في المدن الكبرى، لكن الوضع يصبح أكثر صعوبة في المناطق الطرفية". وحتى في المرافق المجهزة بمعدات الفحص، قد تؤثر مشكلات جمع العينات ونقلها، ونقص الكواشف المخبرية والكوادر المؤهلة، وضعف التواصل بين الجهات المعنية، في القدرة على تأكيد الإصابات. ولمعالجة هذه التحديات، اقترحت الدكتورة شبيشي تعزيز الروابط بين خدمات التشخيص والمختبرات المرجعية الوطنية والشبكات الإقليمية، بما يتيح توزيع المهام والاستفادة من الإمكانات المتاحة مع الحفاظ على جودة الفحوص. [8، 17]

ولا تتوقف دقة التشخيص على توافر المعدات والخدمات المخبرية، إذ تؤثر الإجراءات المتبعة قبل الفحص في النتائج أيضا. فقد أكد أ.د. دينلييجي أهمية جمع العينات المناسبة لإجراء التحاليل المتقدمة، موضحا أن تناول المضادات الحيوية قبل أخذ العينات قد يصعّب عزل الميكروبات المسببة للعدوى. وأشار أ.د. أمجد محبوب إلى أن بعض المرضى يصلون إلى المرافق الصحية بعد تناول أدوية دون وصفة طبية، ما يزيد من تعقيد التشخيص. أما أ.د. محمد خير طه، فقد شدد على ضرورة توحيد أساليب اختبار الحساسية للمضادات الحيوية، لضمان إمكانية مقارنة نتائج مقاومة الميكروبات بين المختبرات. وتؤكد هذه الملاحظات أهمية التنسيق بين الفرق السريرية والمخبرية، مع الحرص على ألا تؤدي إجراءات التشخيص إلى تأخير العلاج العاجل. [1، 17]

وتزداد أهمية تحديد المسبب الفعلي للمرض عند الاستجابة للفاشيات، إذ قد تتشابه الحالات سريريا رغم اختلاف مسببات العدوى. ففي عام 2023، أظهر تقصي فاشية لالتهاب السحايا بين الأطفال في حلبجة بالعراق أن الفيروسات المعوية كانت المسبب الغالب للإصابات، فيما ارتبطت نسبة محدودة منها بالمكورات الرئوية. وتوضح هذه النتائج خطورة افتراض أن كل تجمع لحالات التهاب السحايا ناجم عن المكورات السحائية، وأهمية الاستناد إلى الأدلة المخبرية والوبائية عند تحديد إجراءات الاستجابة. وفي المقابل، فإن غياب بيانات الإبلاغ لا يعني بالضرورة عدم وجود إصابات، كما ينبغي التمييز بين تقديرات عبء المرض المستمدة من النماذج الإحصائية وأعداد الحالات المبلغ عنها، نظرا لاختلاف طبيعة كل منها ودلالاتها. [2، 8]

وتؤدي بيانات الرصد دورا هاما في اختيار اللقاحات الأنسب للوقاية من المرض. فقد استعرض أ.د. دينلييجي تجربة تركيا، موضحا كيف يمكن لبيانات رصد المجموعات المصلية للمكورات السحائية أن تدفع إلى إعادة النظر في الافتراضات التي تستند إليها قرارات إدخال لقاح يستهدف المجموعة المصلية C. ومن جانبه، أشار أ.د. محمد خير طه إلى الفجوات المتعلقة بتوزيع الأنماط المصلية للمكورات الرئوية، ونقص البيانات المصنفة بحسب الفئات العمرية، ومدى تمثيل العينات للفئات السكانية المستهدفة. وتساعد هذه المعلومات البلدان على اختيار اللقاحات التي توفر الحماية الأكثر ملاءمة للمسببات المرضية المنتشرة لديها. [17]

وفي البلدان التي تفتقر إلى بيانات وطنية كافية، يمكن الاستفادة من نتائج الرصد في البلدان المجاورة لفهم الوضع الوبائي بصورة أفضل، شريطة مراعاة حدود هذه البيانات وعدم افتراض انطباقها على جميع السياقات. وقد أكد أ.د. دينلييجي هذا المبدأ بقوله: "كل بلد بحاجة إلى نظام رصد خاص به واستراتيجيات تنفيذ تتناسب مع ظروفه". وفي السياق نفسه، تناولت الدكتورة شبيشي دور تقييم المخاطر في توجيه المقترح المطروح في السودان لتوسيع نطاق التغطية بلقاحات المكورات السحائية، بوصفه توجها قيد التخطيط لم يُنفذ بعد. وتبرز هذه التجارب العلاقة المتبادلة بين الرصد والتطعيم؛ فكلما تحسنت جودة البيانات، أصبحت قرارات التطعيم أكثر دقة، فيما تساعد برامج التطعيم بدورها على تطوير أولويات الرصد وتوجيهها وفقا للتغيرات في أنماط المرض. [17]



03

التوصيات

تفعيل الخطط الوطنية وتحويلها إلى إجراءات قابلة للتنفيذ، من خلال تحديد الأولويات وتقدير تكاليفها، وتوزيع المسؤوليات بوضوح، وتأمين التمويل اللازم، واعتماد مؤشرات قابلة للقياس، مع إدراج هذه الجهود ضمن الاستراتيجيات الصحية وبرامج التطعيم القائمة.

تعزيز التكامل بين أنظمة رصد الحالات والنتائج المخبرية وبيانات التطعيم، وتوحيد آليات الإبلاغ لدى مقدمي الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص، مع إعطاء الأولوية لتحسين إحالة العينات المخبرية، وضمان جودة الفحوص، ورصد مقاومة مضادات الميكروبات.

معالجة الفجوات في التغطية بالتطعيم، بالاستناد إلى بيانات انتشار المرض ومعدلات التغطية على المستوى دون الوطني، وتعزيز رصد المجموعات والأنماط المصلية بحسب الفئات العمرية، مع ضمان استدامة إمدادات اللقاحات وتوسيع نطاق الوصول إلى الفئات والمجتمعات التي لا تحصل على الخدمات الكافية.

توحيد مسارات الرعاية الصحية منذ ظهور الأعراض وحتى المتابعة بعد التعافي، بما يضمن تقديم العلاج دون تأخير، ووضوح إجراءات الإحالة، وإجراء فحوص السمع، وتيسير الوصول إلى خدمات الرعاية العصبية وتقييم النمو والتطور والتأهيل.

تكييف جهود المكافحة وفقا للإمكانات والظروف المحلية، من خلال إعطاء الأولوية للتدخلات القابلة للتنفيذ في البيئات محدودة الموارد، والاستفادة من الشبكات المخبرية الإقليمية، وتنسيق دعم الشركاء، وتعزيز الإبلاغ عن الحالات عبر الحدود لمعالجة الفجوات المحددة.



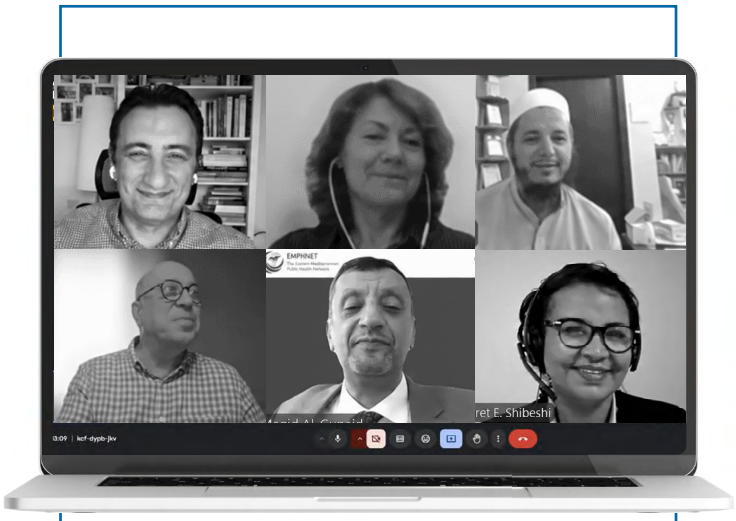
04

الخاتمة

رغم التقدم الذي أحرزته بلدان إقليم شرق المتوسط في مكافحة التهاب السحايا، لا تزال نتائج هذه الجهود متفاوتة، خصوصا في المناطق الهشة والمجتمعات التي تعاني من محدودية الخدمات الصحية. فالفجوات القائمة في التغطية بالتطعيم، والتشخيص المخبري، والحصول على العلاج في الوقت المناسب، واستمرارية الرعاية بعد التعافي، تعني أن كثيرا من الإصابات والوفيات والإعاقات التي يمكن الوقاية منها لا تزال تحدث دون التصدي لها بالقدر الكافي.

وتؤكد الأدلة المتاحة من الإقليم والنقاشات التي شهدتها الندوة الإلكترونية أن المرحلة المقبلة تتطلب التركيز على تحويل الالتزامات الوطنية إلى إجراءات عملية تستند إلى تمويل مستدام ومسؤوليات واضحة وتنسيق فعال بين مختلف الخدمات الصحية. فمن خلال الربط بين بيانات الرصد والنتائج المخبرية ومعلومات التطعيم، يمكن اتخاذ قرارات أكثر دقة في مجال الوقاية، فيما يسهم تحسين آليات الإحالة والمتابعة في ضمان حصول الناجين على الرعاية التي يحتاجونها بعد تجاوز المرحلة الحادة من المرض.

ويتيح التعاون الإقليمي للبلدان تبادل الخبرات ومواجهة التحديات الفنية المشتركة، لكن استدامة النتائج تبقى مرهونة بقدرة المؤسسات الوطنية على قيادة الجهود وتنفيذها بما يتناسب مع إمكاناتها واحتياجات سكانها. وفي نهاية المطاف، ينبغي أن يُقاس النجاح بما يتحقق على أرض الواقع من انخفاض في الإصابات والوفيات التي يمكن الوقاية منها، وتحسن في عدالة الوصول إلى الرعاية الصحية، وارتقاء بجودة حياة الناجين من التهاب السحايا.



شاهد الندوة عبر الإنترنت ←

تفعيل الخطط الوطنية لمكافحة التهاب السحايا:

مواجهة تحديات التنفيذ للقضاء على التهاب السحايا بحلول عام 2030 في إقليم شرق المتوسط



05

قائمة المراجع

1. World Health Organization. WHO guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care: executive summary. Geneva: WHO; 2025. doi:10.2471/B09452.
2. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Framework for implementing the Defeating Meningitis by 2030 global road map in the Eastern Mediterranean Region. Regional Committee version. October 2025
3. Sirota SB, Bender RG, Dominguez RMV, et al. Global, regional, and national burden of meningitis, its risk factors, and aetiologies, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet Neurol. 2026;25(5):451–468. doi:10.1016/S1474-4422(26)00101-8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41911930/
4. World Health Organization. Meningitis. Fact sheet. 29 September 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis
5. Alviz LF, Kim CY, Benevides-Tadinac AC, et al. Detection of hearing loss by formal audiological testing after acute infectious meningitis: a global systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2026;24:135. doi:10.1186/s12916-026-04698-y. https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-026-04698-y
6. World Health Organization. Developing national meningitis plans: an operational manual. Geneva: WHO; 2024. ISBN 978-92-4-009428-4.
7. World Health Organization. Defeating meningitis by 2030: baseline situation analysis. 20 February 2019. Supplied PDF.
8. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. EMR meningitis country profiles. Compilation dated 29 June 2026.
9. World Health Organization. Vaccination in humanitarian emergencies: implementation guide. Geneva: WHO; 2017. WHO/IVB/17.13.
10. Badur S, Khalaf M, Öztürk S, et al. Meningococcal disease and immunization activities in Hajj and Umrah pilgrimage: a review. Infect Dis Ther. 2022;11:1343–1369. doi:10.1007/s40121-022-00620-0.
11. Haidara FC, Umesi A, et al. Meningococcal ACWYX conjugate vaccine in 2-to-29-year-olds in Mali and Gambia. N Engl J Med. 2023. doi:10.1056/NEJMoa2214924. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2214924
12. World Health Organization. Standard case definitions of acute bacterial meningitis and invasive meningococcal disease for routine and outbreak surveillance. Geneva: WHO; 2025. doi:10.2471/B09491.
13. World Health Organization. Preparedness and response to bacterial meningitis outbreaks: toolkit for frontline healthcare workers. Geneva: WHO; 2026. doi:10.2471/B09660.
14. Pan American Health Organization. Frequently asked questions on meningococcal disease. Washington, DC: PAHO; 2021. PAHO/FPL/IM/21-0030
15. World Health Organization. Global status report on neurology. Geneva: WHO; 2025. ISBN 978-92-4-011613-9..
16. Operationalizing National Meningitis Plans Addressing Key Implementation Challenges to Defeat Meningitis. Webinar transcript supplied with this report.