**Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование Российской Федерации**
**Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы**

3.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

# Профилактика менингококковой инфекции

**Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3542—18**

Издание официальное

**Москва • 2019**

gost.e-ecolog.ru

**Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека**

3.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

# Профилактика менингококковой инфекции

**Санитарно-эпидемиологические правила**
**СП 3.1.3542—18**

ББК 51.9я8
П84

П84 **Профилактика** менингококковой инфекции: Санитарно-эпидемиологические правила.—М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019.— 20 с.

ISBN 978–5–7508–1686–6

1. Разработаны Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителе и благополучия человека (Е. Б. Ежлова, А. А. Мельникова, Ю. Е. Абрамов), ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора (В. Г. Акимкин, И. С. Королева, М. А. Королева, Г. В. Белошицкий); ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Н. И. Брико), ФБУН «Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора (С. Ю. Комбарова, Т. А. Скирда).

2. Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации А. Ю. Поповой от 20 декабря 2018 г. № 52.

3. Утратили силу санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.2512—09 «Профилактика менингококковой инфекции», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2009 № 33 (зарегистрированы Минюстом России 29.06.2009, регистрационный номер 14148).

4. Срок действия санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3542—18 «Профилактика менингококковой инфекции» до 15.12.2028.

5. Зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации 9 января 2019 г., регистрационный номер 53254.

**ББК 51.9я8**

Компьютерная верстка Е. В. Ломановой

Подписано в печать 05.06.19

Формат 60x90/16 Печ. л. 1,25

Тираж 100 экз. Заказ

Федеральная служба по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
127994, Москва, Вадковский пер., д. 18, стр. 5, 7

Оригинал-макет подготовлен к печати
ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора
117105, Москва, Варшавское ш., 19а

*Реализация печатных изданий, тел./факс: 8 (495) 633-86-59*

**© Роспотребнадзор, 2019**

**ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

# ПОСТАНОВЛЕНИЕ

20.12.2018 Москва № 52

Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3542—18 «Профилактика менингококковой инфекции»

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. I), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, № 1 (ч. I), ст. 21; № 1 (ч. I), ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 29 (ч. I), ст. 3418; № 30 (ч. II), ст. 3616; 2009, № 1, ст. 17; 2010, № 40, ст. 4969; 2011, № 1, ст. 6; № 30 (ч. I), ст. 4563, ст. 4590, ст. 4591, ст. 4596; № 50, ст. 7359; 2012, № 24, ст. 3069; № 26, ст. 3446; 2013, № 27, ст. 3477; № 30 (ч. I), ст. 4079; № 48, ст. 6165; 2014, № 26 (ч. I), ст. 3366, ст. 3377; 2015, № 1 (ч. I), ст. 11; № 27, ст. 3951, № 29 (ч. I), ст. 4339; № 29 (ч. I), ст. 4359; № 48 (ч. I), ст. 6724; 2016, № 27 (ч. I), ст. 4160; № 27 (ч. II), ст. 4238; 2017, № 27, ст. 3932; № 27, ст. 3938; № 31 (ч. I), ст. 4765; № 31 (ч. I), ст. 4770; 2018, № 17, ст. 2430; № 18, ст. 2571; № 30, ст. 4543; № 32 (ч. II), ст. 5135) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953)

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3542—18 «Профилактика менингококковой инфекции» (приложение).

2. Признать утратившими силу санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.2512—09 «Профилактика менингококковой инфекции», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2009 № 33 (зарегистрировано Минюстом России 29.06.2009, регистрационный номер 14148).

3. Установить срок действия санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3542—18 «Профилактика менингококковой инфекции» до 15.12.2028.

А. Ю. Попова

## Содержание

I. Область применения ..... 6
II. Общие положения ..... 6
III. Выявление, учет и регистрация больных ГФМИ, лиц с подозрением на это заболевание, больных острым назофарингитом ..... 9
IV. Лабораторная диагностика ГФМИ ..... 11
V. Мероприятия в очаге ГФМИ ..... 13
VI. Организация иммунопрофилактики менингококковой инфекции в межэпидемический период и при угрозе эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией ..... 16
VII. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией ..... 18
VIII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики менингококковой инфекции ..... 18
*Приложение.* Препараты, рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения для химиопрофилактики в очагах менингококковой инфекции ..... 20

Приложение

УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 20.12.2018 № 52

3.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

# Профилактика

## Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3542—18

## I. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее – Санитарные правила) устанавливают обязательные требования к санитарно-противоэпидемическим (профилактическим) мероприятиям, проводимым с целью предупреждения возникновения и распространения заболеваний менингококковой инфекцией.

1.2. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

1.3. Контроль за выполнением Санитарных правил органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации[1].

## II. Общие положения

2.1. Менингококковая инфекция[2] представляет собой острое инфекционное заболевание, антропоноз с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся различными формами инфекционного процесса: от локальной формы (назофарингит) до генерализованных форм (далее – ГФМИ) в виде общей интоксикации (менингококкцемия) и поражения мягких мозговых оболочек головного мозга с развитием менингита, а также бессимптомной формой (бактерионосительство).

[1] Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

[2] Код А39 – менингококковая инфекция по Международной классификации болезней МКБ-10.

2.2. Возбудитель менингококковой инфекции – менингококк (*Neisseria meningitidis*) неустойчив к различным факторам внешней среды: при температуре + 50 °С погибает через 5 минут, при + 100 °С – через 30 секунд; при температуре ниже + 22 °С, а также при высушивании, менингококк погибает в течение нескольких часов. Средняя выживаемость на предметах внешней среды 7,5—8,5 часов при плотности микробной нагрузки $10^6$ на 1 $см^2$. Дезинфекционные средства[3] оказывают на менингококк бактерицидное действие (погибает мгновенно).

Менингококк по структуре полисахаридной капсулы подразделяется на 12 серогрупп: A, B, C, X, Y, Z, W, E, K, H, L, I.

2.3. Менингококковой инфекции свойственна периодичность. Периодические подъемы заболеваемости в среднем возникают через длительные межэпидемические периоды от 10 до 30 лет. Эпидемии, охватывающие одновременно несколько десятков стран мира, были обусловлены менингококком серогруппы A, а локальные эпидемические подъемы в границах одной страны – менингококком серогрупп B и C.

Спорадическая заболеваемость межэпидемического периода формируется разными серогруппами, из которых основными являются A, B, C, W, Y, X.

Показатель заболеваемости менингококковой инфекцией в развитых странах в современных условиях составляет 0,1—5,0 на 100 тысяч населения. В Российской Федерации показатель заболеваемости за по-

---

[3] Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к продукции (товарам), подлежащей санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), утвержденные Решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 № 299 «О применении санитарных мер в Евразийском экономическом союзе» (официальный сайт Комиссии Таможенного союза gost.e-ecolog.ru 28.06.2010) с изменениями, внесенными решениями Комиссии Таможенного союза от 17.08.2010 № 341 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза gost.e-ecolog.ru 23.08.2010), от 18.11.2010 № 456 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза gost.e-ecolog.ru 22.11.2010), от 02.03.2011 № 571 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза gost.e-ecolog.ru 09.03.2011), от 07.04.2011 № 622 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза gost.e-ecolog.ru 26.04.2011), от 18.10.2011 № 829 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза gost.e-ecolog.ru 21.10.2011), от 09.12.2011 № 889 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза gost.e-ecolog.ru 15.12.2011), решениями Коллегии Евразийской экономической комиссии от 19.04.2012 № 34 (официальный сайт Комиссии Таможенного союза gost.e-ecolog.ru 29.04.2012), от 16.08.2012 № 25 (официальный сайт Евразийской экономической комиссии gost.e-ecolog.ru 16.08.2012), от 06.11.2012 № 208 (официальный сайт Евразийской экономической комиссии gost.e-ecolog.ru 07.11.2012), от 15.01.2013 № 6 (официальный сайт Евразийской экономической комиссии gost.e-ecolog.ru 18.01.2013), от 10.11.2015 № 149 (официальный сайт Евразийского экономического союза gost.e-ecolog.ru , 16.11.2015), от 23.01.2018 № 12 (официальный сайт Евразийского экономического союза gost.e-ecolog.ru , 26.01.2018), от 10.05.2018 № 76 (официальный сайт Евразийского экономического союза gost.e-ecolog.ru , 14.05.2018).

следнее десятилетие (2006—2017 годы) не превышает 2 на 100 тысяч населения, а средний уровень летальности определяется на уровне 15 %.

В Российской Федерации серогрупповая характеристика штаммов менингококка, выделенных от лиц с диагнозом ГФМИ, представлена преимущественно серогруппами A, B, C в равных долях, а также отмечается увеличение гетерогенности популяции менингококка, обусловленное ростом штаммов редких серогрупп (W, Y).

2.4. Во время эпидемического подъема в 86—98 % очагов возникает по одному случаю ГФМИ, в 2—14 % очагов – от 2 случаев ГФМИ и более. Самый низкий процент вторичных (последовательных) заболеваний ГФМИ (2—3 %) возникает в семьях, самый высокий (12—14 %) – в дошкольных образовательных организациях и в общежитиях.

При спорадическом уровне заболеваемости в очагах регистрируется по 1 случаю ГФМИ (в исключительных случаях – по 2 случая ГФМИ и более).

2.5. Источником менингококковой инфекции является инфицированный человек.

Возбудитель менингококковой инфекции передается от человека к человеку воздушно-капельным путем (в радиусе до 1 м от инфицированного лица). Инфицирование возбудителем менингококковой инфекции также возможно через предметы обихода (например, общие чашки и ложки) во время приема пищи.

2.6. Различают 3 группы источников менингококковой инфекции:

– больные ГФМИ (менингококцемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная форма);

– больные острым менингококковым назофарингитом;

– бактерионосители менингококка – лица без клинических проявлений, которые выявляются только при бактериологическом обследовании.

Уровень носительства менингококка в популяции людей при активном выявлении в среднем составляет 4—10 %. Длительность носительства менингококка составляет в среднем 2—3 недели (у 2—3 % лиц оно может продолжаться до 6 и более недель).

2.7. Менингококковой инфекции свойственна зимне-весенняя сезонность. Рост заболеваемости менингококковой инфекцией отмечается в период формирования коллективов образовательных организаций (дошкольных, общеобразовательных, профессиональных, высшего образования), в том числе после летних каникул, коллективов лиц, призванных на военную службу.

2.8. Группами риска инфицирования и заболевания менингококковой инфекцией являются:

– лица, подлежащие призыву на военную службу;

– лица, отъезжающие в эндемичные по менингококковой инфекции районы (например, паломники, военнослужащие, туристы, спортсмены, геологи, биологи);

– медицинские работники структурных подразделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни»;

– медицинские работники и сотрудники лабораторий, работающих с живой культурой менингококка;

– воспитанники и персонал учреждений стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты);

– лица, проживающие в общежитиях;

– лица, принимающие участие в массовых международных спортивных и культурных мероприятиях;

– дети до 5 лет включительно (в связи с высокой заболеваемостью в данной возрастной группе);

– подростки в возрасте 13—17 лет (в связи с повышенным уровнем носительства возбудителя в данной возрастной группе);

– лица старше 60 лет;

– лица с первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями, в том числе ВИЧ-инфицированные;

– лица, перенесшие кохлеарную имплантацию;

– лица с ликвореей.

2.9. Инкубационный период при менингококковой инфекции составляет от 1 до 10 дней, в среднем до 4 дней.

## III. Выявление, учет и регистрация больных ГФМИ, лиц с подозрением на это заболевание, больных острым назофарингитом

3.1. Выявление больных ГФМИ, а также случаев, подозрительных на ГФМИ, проводится врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами всех специальностей, в том числе индивидуальными предпринимателями, при оказании любых видов медицинской помощи, проведении профилактических и иных видов медицинских осмотров и обследований,

диспансеризации, а также при медицинском наблюдении за лицами, общавшимися с больными менингококковой инфекцией[4].

3.2. Выявление больных ГФМИ, а также лиц с подозрением на ГФМИ должно осуществляться при оказании населению медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (в том числе в условиях дневного стационара), включая оказание медицинской помощи в образовательных и оздоровительных организациях, а также вне медицинских организаций.

3.3. О каждом случае заболевания ГФМИ, а также при подозрении на ГФМИ медицинские работники обязаны в течение 2 часов сообщить по телефону, а затем в течение 12 часов направить экстренное извещение в территориальный орган (организацию) федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, по месту выявления больного (независимо от места проживания и временного пребывания больного). Передача сообщений и экстренных извещений может осуществляться с использованием электронных средств связи и специализированных информационных систем.

3.4. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз ГФМИ, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение в территориальный орган (организацию) федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, по месту выявления больного, указав первоначальный диагноз, измененный (уточненный) диагноз и дату установления уточненного диагноза.

3.5. Каждый случай ГФМИ подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний по месту их выявления, а также в территориальных органах (организациях) федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора[5].

3.6. Выявление больных острым назофарингитом осуществляется в очаге с целью проведения лечения. Больные острым назофарингитом в очаге ГФМИ регистрации и учету не подлежат.

3.7. Ответственными за полноту, достоверность и своевременность учета заболеваний ГФМИ, а также оперативное и полное сообщение о

---

[4] Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1/3.2.3146—13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 16.12.2013 № 65 (зарегистрировано Минюстом России 16.04.2014, регистрационный номер 32001) (далее – СП 3.1/3.2.3146—13 от 16.12.2013 № 65).

[5] СП 3.1/3.2.3146—13 от 16.12.2013 № 65.

нем в территориальный орган (организацию) федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, являются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, руководители медицинских, оздоровительных, образовательных и других организаций, выявившие больного[6].

3.8. Сведения о регистрации случаев ГФМИ на основании окончательных диагнозов вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями[7].

3.9. В территориальных органах (организациях) федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, имеющиеся данные о зарегистрированных случаях ГФМИ анализируются специалистами в рамках эпидемиологического надзора за менингококковой инфекцией с целью составления эпидемиологического прогноза и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий.

## IV. Лабораторная диагностика ГФМИ

4.1. Для лабораторной диагностики ГФМИ применяются бактериологический, молекулярно-генетический и серологический методы исследования. Приоритетным является использование в качестве биологического материала спинномозговой жидкости (далее – СМЖ) и крови.

4.2. Взятие, транспортирование и сроки доставки в лабораторию для исследований клинического материала осуществляются с учетом условий, обеспечивающих сохранение в клиническом материале неустойчивого к факторам внешней среды возбудителя.

4.3. Бактериологическое исследование является обязательным этапом лабораторной диагностики ГФМИ и заключается в получении культуры возбудителя менингококковой инфекции, ее идентификации до вида, определения серогруппы путем выявления группоспецифического антигена (капсульного полисахарида) и чувствительности к антибактериальным препаратам.

4.4. Важнейшей составляющей лабораторной диагностики ГФМИ является использование экспресс-метода (реакции латекс-агглютинации) для выявления специфического антигена непосредственно в СМЖ и (или) крови у пациентов с клиническим диагнозом ГФМИ или подозре-

[6] СП 3.1/3.2.3146—13 от 16.12.2013 № 65.
[7] СП 3.1/3.2.3146—13 от 16.12.2013 № 65.

нии на ГФМИ. Положительный результат экспресс-метода позволяет в кратчайшие сроки (15—20 минут) установить наличие в материале возбудителя менингококковой инфекции и его серогруппу.

4.5. Молекулярно-генетическое исследование по выявлению специфических фрагментов ДНК менингококка в клиническом материале (например, ликворе) осуществляют лаборатории, оснащенные для проведения такого рода исследований. Применяются тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации[8].

В комплексной диагностике заболевания молекулярно-генетический метод применяется с целью повышения эффективности лабораторной диагностики. При отрицательном результате бактериологического метода и экспресс-метода положительный результат молекулярно-генетического исследования учитывается только при наличии клинических признаков ГФМИ.

4.6. Серологический метод исследования по выявлению специфических антител в сыворотке крови к полисахаридам менингококка различных серогрупп (реакция прямой гемагглютинации (далее – РПГА) проводят с помощью диагностикумов, зарегистрированных в Российской Федерации[9].

РПГА является ретроспективным вспомогательным методом, позволяющим увеличить процент лабораторного подтверждения ГФМИ.

4.7. Лабораторными критериями, подтверждающими клинический диагноз случая ГФМИ, являются:

– обнаружение в клиническом материале (спинномозговая жидкость, кровь) диплококков с характерными морфологическими признаками;

– характерный рост культуры только на высокопитательных средах;

– типичная морфология культурального мазка по Граму;

– сахаролитическая активность культуры в отношении глюкозы и мальтозы;

– выявление серогруппы у культуры менингококка;

---

[8] Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 1, ст. 14; 2018, № 24, ст. 3523) (далее – постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416); приказ Минздрава России от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий» (зарегистрировано Минюстом России 09.07.2012, регистрационный номер 24852), с изменением, внесенным приказом Минздрава России от 25.09.2014 № 557н (зарегистрировано Минюстом России 17.12.2014, регистрационный номер 35201) (далее – приказ Минздрава России от 06.06.2012 № 4н).

[9] Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416; приказ Минздрава России от 06.06.2012 № 4н.

– выявление специфических антигенов в ликворе и (или) сыворотке крови в реакции латекс-агглютинации;

– выявление нарастания титра специфических антител в 4 и более раз в течение 10—12 дней (метод парных сывороток) в РПГА;

– выявление ДНК менингококка с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в клиническом материале (спинномозговая жидкость, кровь, аутопсийный материал).

## V. Мероприятия в очаге ГФМИ

5.1. После получения экстренного извещения о случае ГФМИ или о подозрении на ГФМИ специалисты территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в течение 24 часов проводят эпидемиологическое расследование с определением границ очага (круга лиц, общавшихся с больным) и организуют проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага.

5.2. В круг лиц, общавшихся с больным, подвергшихся риску заражения, включают всех находившихся в радиусе 1 метра от больного ГФМИ (например, лица, проживающие в одной квартире с заболевшим, соседи по квартире или комнате общежития, учащиеся (воспитанники) и персонал группы, класса, отделения образовательной организации, которую посещал заболевший (перечень таких лиц может быть расширен по результатам эпидемиологического расследования).

В очаге ГФМИ врач (фельдшер) проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления лиц с признаками ГФМИ и острого назофарингита.

5.3. При выявлении лиц с подозрением на ГФМИ медицинский работник, проводящий осмотр, организует их немедленную госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни».

О результатах лабораторного исследования биологического материала от больного ГФМИ по этиологической расшифровке этого заболевания и о результатах серогруппирования менингококка (глава IV Санитарных правил) медицинская организация информирует территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченный на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора по месту выявления больного (независимо от места проживания больного).

Выявленные лица с признаками острого назофарингита подлежат госпитализиции в медицинскую организацию, оказывающую специали-

зированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни», для проведения лечения (по клиническим показаниям). Допускается их лечение на дому при условии организации за ними регулярного медицинского наблюдения, а также при отсутствии в семье или квартире детей дошкольного возраста и лиц, работающих в дошкольных образовательных организациях, учреждениях стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты), оказывающих медицинскую помощь детям в амбулаторных и стационарных условиях.

5.4. После госпитализации больного с ГФМИ или подозрением на ГФМИ на основании предписания территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в очаге накладывается карантин сроком на 10 дней. На период карантина медицинский работник (врач, фельдшер, медицинская сестра) ежедневно проводит медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным ГФМИ, с термометрией, осмотром носоглотки и кожного покрова. В дошкольные образовательные организации, общеобразовательные организации, учреждения стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты), в организации отдыха и оздоровления детей не допускается прием новых и временно отсутствовавших на момент выявления больного детей, перевод персонала и детей из групп (класса, отделения) в другие группы (классы, отделения).

5.5. Лицам, общавшимися с больным ГФМИ, не имеющим воспалительных изменений в носоглотке, медицинский работник (врач, фельдшер, медицинская сестра) проводит экстренную химиопрофилактику одним из антибиотиков с учетом противопоказаний (приложение к Санитарным правилам). Отказ от химиопрофилактики оформляется записью в медицинской документации, подписывается лицом, отказавшимся от химиопрофилактики, родителем или иным законным представителем несовершеннолетних и медицинским работником в соответствии с законодательством Российской Федерации[10].

---

[10] Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрировано Минюстом России 28.06.2013, регистрационный номер 28924), с изменением, внесенным приказом Минздрава России от 10.08.2015 № 549н (зарегистрировано Минюстом России 03.09.2015, регистрационный номер 38783).

5.6. В очаге лицам, общавшимся с больным ГФМИ, проводится экстренная специфическая профилактика актуальной вакциной (в соответствии с серогруппой менингококка, выделенного из ликвора и (или) крови больного ГФМИ). В случае отсутствия возможности проведения определения серогруппы менингококка экстренную иммунопрофилактику проводят без ее установления многокомпонентными вакцинами. Иммунизация контактных лиц проводится в соответствии с инструкцией по применению вакцины. Проведение химиопрофилактики не является противопоказанием для иммунизации.

5.7. В период эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией в очагах ГФМИ экстренная иммунопрофилактика проводится без установления серогруппы возбудителя многокомпонентными вакцинами.

5.8. В дошкольных образовательных организациях, общеобразовательных организациях, в организациях с круглосуточным пребыванием детей, в том числе медицинских организациях неинфекционного профиля, организациях отдыха и оздоровления детей, в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным, химиопрофилактику и проведение иммунопрофилактики лицам, общавшимся с больным, обеспечивают медицинские работники данных организаций. При отсутствии медицинских работников в этих организациях указанные мероприятия обеспечиваются (организуются) руководителями (администрацией) медицинских организаций, на территории которых расположены вышеуказанные организации.

5.9. В очаге ГФМИ после госпитализации больного или подозрительного на ГФМИ заключительная дезинфекция не проводится.

В помещениях, в которых находятся лица из числа контактных с больным, дважды в день проводят влажную уборку с применением моющих средств; исключают из обихода мягкие игрушки, игрушки из других материалов ежедневно в конце дня моют горячей водой с моющим средством, проводится проветривание (по 8—10 минут не менее четырех раз в день)[11].

В целях снижения риска передачи возбудителя менингококковой инфекции в спальных помещениях дошкольных образовательных орга-

[11] Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.5.1378—03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.06.2003 № 131 (зарегистрировано Минюстом России 19.06.2003, регистрационный номер 4757).

низаций число коек должно соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям[12].

5.10. Выписку из стационара реконвалесцентов ГФМИ и острого назофарингита и их допуск в дошкольные образовательные организации, общеобразовательные организации, в организации с круглосуточным пребыванием детей, организации отдыха и оздоровления детей, в профессиональные образовательные организации и образовательные организации высшего образования осуществляют после полного клинического выздоровления.

## VI. Организация иммунопрофилактики менингококковой инфекции в межэпидемический период и при угрозе эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией

6.1. Профилактические прививки против менингококковой инфекции включены в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям[13].

6.2. Вакцинация против менингококковой инфекции проводится разрешенными на территории Российской Федерации вакцинами[14] в со-

---

[12] Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.3049—13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15.05.2013 № 26 (зарегистрировано Минюстом России 29.05.2013, регистрационный номер 28564), с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20.07.2015 № 28 (зарегистрировано Минюстом России 03.08.2015, регистрационный номер 38312); от 27.08.2015 № 41 (зарегистрировано Минюстом России 04.09.2015, регистрационный номер 38824); решением Верховного Суда Российской Федерации от 04.04.2014 № АКПИ14-281 (бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2015, № 1).

[13] Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 21.09.1998, № 38, ст. 4736; 2018, № 11, ст. 1591) (далее – Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ); приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (зарегистрировано Минюстом России 25.04.2014, регистрационный номер 32115), с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 16.06.2016 № 370н (зарегистрировано Минюстом России 04.07.2016, регистрационный номер 42728), от 13.04.2017 № 175н (зарегистрировано Минюстом России 17.05.2017, регистрационный номер 46745) (далее – приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н).

[14] Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ; санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2367—08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.06.2008 № 34 (зарегистрировано Минюстом России 25.06.2008, регистрационный номер 11881) (далее – СП 3.3.2367—08 от 04.06.2008 № 34).

ответствии с инструкциями по их применению. При проведении вакцинации используются вакцины с наибольшим набором серогрупп возбудителя, позволяющим обеспечить максимальную эффективность иммунизации и формирование популяционного иммунитета.

6.3. Вакцинации в межэпидемический период в плановом порядке подлежат лица из групп высокого риска инфицирования в соответствии с пунктом 2.8 Санитарных правил, а также по эпидемическим показаниям – лица, контактировавшие с больным в очагах ГФМИ, в соответствии с пунктами 5.6—5.8 Санитарных правил.

6.4. Предвестниками осложнения эпидемиологической ситуации являются:

– увеличение заболеваемости ГФМИ в 2 раза по сравнению с предыдущим годом;

– увеличение доли детей старшего возраста, подростков и лиц в возрасте 18—25 лет в общей возрастной структуре заболевших в 2 раза;

– выраженный (в 2 и более раз) рост случаев заболеваний в дошкольных образовательных, общеобразовательных организациях, среди студентов первых курсов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования (например, среди приезжих студентов, проживающих в общежитиях);

– появление очагов с двумя и более случаями заболеваний ГФМИ;

– постепенное изменение серогрупповой характеристики штаммов менингококка, выделенных из ликвора и (или) крови больных ГФМИ, и формирование монопрофильного по серогрупповой характеристике пейзажа штаммов менингококка с одновременным увеличением показателей заболеваемости.

При угрозе эпидемического подъема заболеваемости (появление предвестников осложнения эпидемиологической ситуации) вакцинации в плановом порядке дополнительно подлежат:

– дети до 8 лет включительно;

– студенты первых курсов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, прежде всего, в коллективах (группах), укомплектованных учащимися из разных регионов страны и зарубежных стран.

При продолжающемся росте заболеваемости менингококковой инфекцией в целях укрепления популяционного иммунитета вакцинации в плановом порядке дополнительно подлежат:

– учащиеся общеобразовательных организаций с 3 по 11 классы;

– взрослое население (при обращении в медицинские организации).

6.5. Вакцинация при угрозе эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией проводится по решению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации[15].

6.6. Планирование, организация, проведение, полнота охвата профилактическими прививками, достоверность учета и своевременность отчетности о профилактических прививках обеспечиваются руководителями (администрацией) медицинских организаций[16].

## VII. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией

7.1. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией организуется и проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с законодательством Российской Федерации[17].

7.2. Мероприятия по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включают:

– мониторинг эпидемиологической ситуации (заболеваемости, летальности, очаговости);

– анализ структуры заболеваемости (возрастной и контингентов заболевших);

– слежение за циркуляцией возбудителей, выделяемых от больных ГФМИ, их серогрупповой принадлежностью;

– контроль организации и проведения профилактических прививок;

– оценку своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

– своевременное принятие управленческих решений и прогнозирование заболеваемости.

## VIII. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики менингококковой инфекции

8.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики менингококковой инфекции, включает в себя: предоставление населению информации о менингококковой инфекции, ос-

[15] Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ; приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н.

[16] Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ; СП 3.3.2367–08 от 04.06.2008 № 34.

[17] Статья 44 и 50 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

новных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведение индивидуальной беседы.

8.2. Мероприятия по санитарно-просветительской работе среди населения о мерах профилактики менингококковой инфекции, включая вакцинопрофилактику, проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, медицинские организации.

Приложение

## Препараты, рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения* для химиопрофилактики в очагах менингококковой инфекции

| № | Наименование препарата | Дозировка препарата |
|---|---|---|
| 1 | *Rifampicin*** | – взрослым по 600 мг через каждые 12 часов в течение 2 дней;<br>– детям от 12 месяцев по 10 мг/кг веса через каждые 12 часов в течение 2 дней;<br>– детям до года по 5 мг/кг через каждые 12 часов в течение 2 дней |
| 2 | *Ciprofloxacin**** | – лицам старше 18 лет по 500 мг 1 дозу |
| 3 | *Ampicillin* | – взрослым по 0,5 мг/кг 4 раза в день в течение 4 дней;<br>– детям в возрастной дозировке 4 раза в день в течение 4 дней |

Лечение назофарингита проводится препаратами *Rifampicin***, *Ciprofloxacin****, *Ampicillin* в соответствии с инструкциями по их применению.

* Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения: gost.e-ecolog.ru

** Не рекомендуется беременным.

*** Не рекомендуется лицам моложе 18 лет, беременным и кормящим матерям.

gost.e-ecolog.ru