Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование
Российской Федерации

3.1.2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ.
ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Профилактика менингококковой инфекции

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.2.2156—06

Издание официальное

Москва • 2007

gost.e-ecolog.ru

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

3.1.2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ.
ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Профилактика менингококковой инфекции

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.2.2156—06

ББК 51.9я8
П78

П78 **Профилактика** менингококковой инфекции. Санитарно-эпидемиологические правила.—М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2007.—24 с.

ISBN 5—7508—0674—X

1. Разработаны: Г. Ф. Лазикова, А. А Мельникова, Н. А Кошкина, З С. Середа (Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека); И. С. Королева, Л. Д. Спирихина (ФГУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора); Т Ф. Чернышова (ФГУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского); И. Н. Лыткина (Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по г. Москве).

2. Рекомендованы к утверждению Комиссией по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

3. Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации Г. Г. Онищенко от 29.12.2006 г. № 34

4. Зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации 20.02.2007 г., регистрационный номер 8974.

5. Введены взамен санитарно-эпидемиологических правил «Профилактика менингококковой инфекции. СП 3.1.2.1321—03», отмененных постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.12.2006 № 35 (регистрационный номер в Минюсте РФ 8973 от 20.02.2007 г.), с 01 апреля 2007 г.

ББК 51.9я8

Редакторы Кожока Н. В., Максакова Е И.
Технический редактор Климова Г. И.

Подписано в печать 08 06 07

Формат 60x88/16 Печ л 1,5

Тираж 500 экз Заказ 20

Федеральная служба по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
127994, Москва, Вадковский пер , д 18/20

Оригинал-макет подготовлен к печати издательским отделом
и тиражирован отделом информационно-технического обеспечения
Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора
117105, Москва, Варшавское ш., 19а Отделение реализации, тел 952-50-89

© Роспотребнадзор, 2007
© Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2007

Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г.

«Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) – нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в т. ч. критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний» (статья 1).

«Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц» (статья 39).

«За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации» (статья 55).

Содержание

1. Область применения 7
2. Общие сведения о менингококковой инфекции 7
3. Стандартное определение случая генерализованной формы менингококковой инфекции 8
4. Мероприятия в отношении больных генерализованной формой менингококковой инфекции 9
5. Мероприятия в отношении лиц, имевших контакт с больным генерализованной формойменингококковой инфекции, лиц с подозрением на это заболевание и носителей менингококков 11
6. Мероприятия в очаге менингококковой инфекции 13
7. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией 14
8. Специфическая профилактика менингококковой инфекции 16
9. Экстренная профилактика менингококковой инфекции 17
10. Организация иммунопрофилактики против менингококковой инфекции 17
11. Проведение иммунизации населения 18
12. Учет профилактических прививок и отчетность 19
Химиопрофилактика менингококковой инфекции 21
Клинические проявления и дифференциальная диагностика менингококковой инфекции 22
Библиографические данные 24

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е

29.12.06 МОСКВА № 34

Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2. 2156—06

На основании Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650 с изменениями от 30 декабря 2001 г., 10 января, 30 июня 2003 г., 22 августа 2004 г., 9 мая, 31 декабря 2005 г.) и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295, 2005, № 39, ст. 3953)

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика менингококковой инфекции. СП 3.1.2.2156—06» (приложение).

2. Ввести в действие санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика менингококковой инфекции. СП 3.1.2.2156—06» с 01 апреля 2007 г.

Г. Г. Онищенко

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е

29.12.06 МОСКВА № 35

Об отмене
санитарно-эпидемиологических
правил СП 3.1.2.1321—03

В связи с утверждением Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 29 декабря 2006 г. и введением в действие с 01 апреля 2007 г. санитарно-эпидемиологических правил «Профилактика менингококковой инфекции. СП 3.1.2.2156—06»

ПОСТАНОВЛЯЮ:

С момента введения в действие указанных санитарно-эпидемиологических правил считать утратившими силу санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика менингококковой инфекции. СП 3.1.2.1321—03», утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 28 апреля 2003 г. и зарегистрированные в Министерстве юстиции Российской Федерации 29 мая 2003 г., регистрационный номер 4609.

Г. Г. Онищенко

приложение
УТВЕРЖДЕНО
постановлением Главного
государственного санитарного врача
Российской Федерации
от 29 декабря 2006 г. № 34
Дата введения: 01 апреля 2007 г.

3.1.2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ.
ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Профилактика менингококковой инфекции

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.2.2156—06

1. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее – *санитарные правила*) устанавливают основные требования к комплексу организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых направлено на предупреждение распространения заболеваний менингококковой инфекцией.

1.2. Контроль за соблюдением санитарных правил проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации.

1.3. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан (физических лиц), юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

2. Общие сведения о менингококковой инфекции

Менингококковая инфекция является антропонозным заболеванием, вызываемым менингококком и протекающим в различных клинических формах.

Возбудитель – Neisseria meningitidis (менингококки – грамотрицательные кокки). В зависимости от строения полисахарида различают 12 серогрупп: A, B, C, X, Y, Z, W-135, 29E, K, H, L, I.

Менингококки серогрупп A, B, C наиболее опасны и чаще могут быть причиной заболеваний, вспышек и эпидемий.

Внутригрупповое генетическое субгруппирование менингококков и определение энзимотипов позволяет выявить гипервирулентные

штаммы менингококков (менингококки серогруппы А – генетическая субгруппа III-1, менингококки серогруппы В – энзимотипы ЕТ-5, ЕТ-37), что имеет важное значение в прогнозировании эпидемиологического неблагополучия.

Различают три категории источников инфекции: больные генерализованной формой менингококковой инфекции, больные менингококковым назофарингитом, носители менингококков.

Передача возбудителя осуществляется от человека к человеку воздушно-капельным путем. Чаще заражаются от бессимптомных носителей и реже при прямом контакте с больным генерализованной формой менингококковой инфекции.

Риск развития заболевания у детей выше, чем у взрослых. К заболеванию восприимчивы все лица, но риск заражения выше у людей с дефицитом терминальных компонентов комплемента и у людей со спленэктомией.

Инкубационный период составляет от 1 до 10 дней, обычно менее 4 дней.

3. Стандартное определение случая генерализованной формы менингококковой инфекции

Достоверный учет заболеваний генерализованными формами менингококковой инфекцией базируется на объективных показателях стандартного определения случая со следующей классификацией:

Предполагаемый стандартный случай острого менингита выявляют на догоспитальном уровне. Основные критерии: неожиданный подъем температуры до 38—39 °С, нестерпимая головная боль, напряженность (ригидность) шейных мышц, изменение сознания и другие проявления. У детей до 1 года подъем температуры сопровождается выбуханием родничка.

Вероятный стандартный случай острого бактериального менингита выявляют, как правило, непосредственно после госпитализации, при этом учитывают один или несколько из вышеперечисленных критериев и: мутный ликвор, лейкоцитоз более 100 клеток в мм^3 с преобладанием нейтрофилов (60—100 %), лейкоцитоз в диапазоне 10—100 клеток в мм^3 с преобладанием нейтрофилов (60—100 %) со значительным повышением белка (0,66—16,0 г/л) и снижением показателей глюкозы.

Возможный стандартный случай генерализованной формы менингококковой инфекции (менингококкового менингита и/или менингококцемии) включает один или несколько из вышеперечисленных крите-

риев и: выявление грамотрицательных диплококков в ликворе и/или крови, наличие специфических геморрагических высыпаний на коже, эпидемиологическое указание на повторный случай из очага или неблагополучная обстановка по менингококковой инфекции в регионе.

Подтвержденный стандартный случай генерализованной формы менингококковой инфекции (менингококкового менингита и/или менингококцемии) включает один или несколько из вышеперечисленных критериев и: выявление группоспецифического антигена к менингококку в ликворе и/или крови, обнаружение роста культуры менингококков при посеве ликвора и/или крови с определением серогруппы.

Рост культуры менингококков из носоглотки и других нестерильных локусов организма не является подтверждением диагноза генерализованной формы менингококковой инфекции.

4. Мероприятия в отношении больных генерализованной формой менингококковой инфекции

4.1. Генерализованная форма менингококковой инфекции является тяжелым инфекционным заболеванием, при котором требуется немедленная госпитализация больного в стационар для проведения диагностики и лечебных мероприятий.

4.2. Выявление больных генерализованной формой менингококковой инфекции и лиц с подозрением на нее осуществляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организаций, независимо от ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы, медицинские работники, занимающиеся частной медицинской практикой, при всех видах оказания медицинской помощи, в т. ч.:

- при обращении населения за медицинской помощью;
- при оказании медицинской помощи на дому;
- при приеме у врачей, занимающихся частной медицинской практикой;
- при медицинском наблюдении за лицами, общавшимися с больными менингококковой инфекцией в очаге.

4.3. При поступлении в стационар диагноз следует подтвердить клиническим обследованием и лабораторным анализом (клиническим и микробиологическим) проб крови и спинно-мозговой жидкости. Материал для микробиологического исследования забирают до проведения интенсивной антибактериальной терапии. Микробиологическое иссле-

дование материала от больных генерализованной формой менингококковой инфекции и лиц с подозрением на это заболевание проводят в соответствии с действующими нормативными документами.

4.4. О каждом случае заболевания генерализованной формой менингококковой инфекции, а также подозрении на заболевание, врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых и оздоровительных организаций, независимо от ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы, а также медицинские работники, занимающиеся частной медицинской деятельностью, в течение 2 ч сообщают по телефону и затем в течение 12 ч посылают экстренное извещение по установленной форме в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного).

4.5. Лечебно-профилактическая организация, изменившая или уточнившая диагноз генерализованной формы менингококковой инфекции, в течение 12 ч подает новое экстренное извещение в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту выявления заболевания, указав первоначальный диагноз, измененный (уточненный) диагноз и дату установления уточненного диагноза.

4.6. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор при получении экстренных извещений об измененном (уточненном) диагнозе генерализованной формы менингококковой инфекции ставят в известность об этом лечебно-профилактические организации по месту выявления больного, приславшие первоначальное экстренное извещение.

4.7. О результатах микробиологического исследования материала от больного по этиологической расшифровке заболевания и серогруппированию менингококков лечебно-профилактическое учреждение сообщает в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту регистрации больного (независимо от места его проживания) не позднее 4-го дня после его госпитализации.

4.8. Выписку больного генерализованной формой менингококковой инфекции из стационара проводят после клинического выздоровления. Реконвалесценты генерализованной формы менингококковой инфекции допускаются в дошкольные образовательные учреждения, школы, школы-интернаты, оздоровительные организации, санатории, ста-

ционары, средние и высшие учебные заведения после завершения курса лечения.

4.9. Полноту, достоверность и своевременность учета заболеваний менингококковой инфекцией, а также оперативное и полное сообщение о них в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор обеспечивают руководители лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организаций, независимо от ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы.

4.10. Каждый случай заболевания менингококковой инфекцией подлежит регистрации и учету в лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организаций, независимо от ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы.

4.11. Отчеты о заболеваниях менингококковой инфекцией составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

5. Мероприятия в отношении лиц, имевших контакт с больным генерализованной формойменингококковой инфекции, лиц с подозрением на это заболевание и носителей менингококков

5.1. За лицами, общавшимися с больным генерализованной формой менингококковой инфекции в семье (квартире), дошкольном образовательном учреждении, школе, школе-интернате, оздоровительном учреждении, санатории, среднем и высшем учебном заведении устанавливается ежедневное медицинское наблюдение в течение 10 дней с обязательным осмотром носоглотки, кожных покровов и термометрией. Первый медицинский осмотр лиц, общавшихся с больным, проводят с обязательным участием врача-отоларинголога.

5.2. В дошкольных образовательных учреждениях, школах, школах-интернатах, детских домах, домах ребенка и оздоровительных организациях, в средних и высших учебных заведениях медицинское наблюдение за общавшимися лицами обеспечивает медицинский персонал указанных организаций. При отсутствии медицинских работников в этих организациях данную работу обеспечивают руководители лечебно-профилактических организаций, обслуживающих указанные организации.

5.3. Во время медицинского наблюдения врач объясняет лицам, имевшим контакт с больным, о важнейших симптомах заболевания и

указывает на необходимость немедленного вызова врача при появлении симптомов или признаков заболевания. При выявлении лиц с объективными симптомами заболевания проводится их немедленная госпитализация для дальнейшего наблюдения.

5.4. После выявления случая заболевания и госпитализации больного всем контактным лицам в очаге проводят курс химиопрофилактики для предотвращения вторичных случаев (прилож. 1). В целях достижения наибольшей эффективности химиопрофилактика проводится в ближайшие 24 ч после регистрации случая заболевания. Данная мера применяется в очагах в период спорадической неэпидемической заболеваемости и носит ограниченный характер. Если возникло заболевание, то химиопрофилактика в очаге проводится среди: совместно проживающих членов семьи; лиц учреждений, где имеется совместное проживание (ученики школ-интернатов, соседи по комнате в общежитии); воспитанники и персонал детских дошкольных учреждений (все лица, которые контактировали в классных и спальных комнатах); лиц, которые имели установленный контакт с назофарингеальными секретами больного.

5.5. С целью раннего выявления эпидемиологически значимых носителей менингококков (возможных источников инфекции) бактериологическое обследование лиц, общавшихся с больным, проводят в очагах с 2-мя и более случаями заболевания генерализованными формами менингококковой инфекции и в тех очагах, где последовательное возникновение заболеваний разделено временным отрезком, превышающим инкубационный период (более чем 10 дней). Забор материала (носоглоточная слизь) проводят среди всех близко общавшихся с больным в первые 12 ч после регистрации случая заболевания до начала химиопрофилактических мероприятий. Взятие и транспортирование материала для бактериологического исследования носоглотки на наличие менингококков проводят в установленном порядке.

5.6. Бактериологическое обследование лиц, общавшихся с больным генерализованной формой менингококковой инфекции в очагах с 2-мя и более случаями заболевания, а также повторные обследования выявленных носителей менингококков проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.7. Больных острым назофарингитом, выявленных в очаге менингококковой инфекции, обследуют бактериологически и, в зависимости от тяжести клинического течения, госпитализируют в инфекционный стационар для лечения. Допускается их лечение на дому при условии

проведения регулярного медицинского наблюдения, а также при отсутствии в семье или квартире детей дошкольного возраста и лиц, работающих в дошкольных образовательных учреждениях, домах ребенка, детских домах и детских стационарах.

5.8. Носители менингококков, выявленные в очагах с 2-мя и более случаями заболевания генерализованной формой менингококковой инфекции подлежат клиническому наблюдению и химиопрофилактическим мероприятиям на дому.

5.9. Реконвалесценты острого назофарингита допускаются в учреждения и организации после окончания полного курса лечения и при исчезновении клинических проявлений заболевания.

5.10. Носителям менингококков проводят однократное бактериологическое обследование через 3 дня после проведенного курса химиопрофилактики и при наличии отрицательного результата они допускаются в дошкольные образовательные учреждения, школы, школы-интернаты, оздоровительные организации, санатории и стационары. При положительном результате бактериологического обследования курс химиопрофилактики повторяют до получения отрицательного результата.

6. Мероприятия в очаге менингококковой инфекции

6.1. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге менингококковой инфекции (коллективе, где возникло заболевание генерализованной формой менингококковой инфекции), является локализация и ликвидация очага.

6.2. При получении экстренного извещения специалисты органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение ближайших 24 ч после госпитализации больного проводят эпидемиологическое расследование очага инфекции с заполнением карты эпидемиологического расследования, определяют границы очага, лиц, общавшихся с больным, организуют бактериологические обследования контактных лиц и больных назофарингитом, проводят противоэпидемические мероприятия.

6.3. В очаге менингококковой инфекции, после госпитализации больного или подозрительного на это заболевание, заключительную дезинфекцию не проводят, а в помещениях, где ранее пребывал больной или подозрительный на заболевание, осуществляют влажную уборку, проветривание и ультрафиолетовое облучение помещения.

6.4. В дошкольных образовательных учреждениях, домах ребенка, детских домах, школах, школах-интернатах, оздоровительных организациях, детских санаториях и стационарах устанавливается карантин сроком на 10 дней с момента изоляции последнего заболевшего генерализованной формой менингококковой инфекции. В течение этого срока не допускается прием в эти организации новых и временно отсутствующих детей, а также переводы детей и персонала из группы (класса, отделения) в другие группы.

6.5. В коллективах с широким кругом общающихся между собой лиц (высшие учебные заведения, среднеспециальные учебные заведения, колледжи и др.) при возникновении одновременно нескольких заболеваний генерализованной формой менингококковой инфекции или последовательно 1—2 заболеваний в неделю, проведение учебного процесса прерывают на срок не менее чем на 10 дней.

7. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией

7.1. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией представляет собой деятельность органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, направленную на выявление признаков эпидемиологического неблагополучия и проведение упреждающих противоэпидемических мероприятий для предотвращения подъема и распространения инфекционной заболеваемости. Выявление ранних признаков эпидемиологического неблагополучия по менингококковой инфекции проводят путем постоянной динамической оценки состояния и тенденций развития эпидемического процесса с использованием методов оперативного и ретроспективного эпидемиологического анализа.

7.2. Целью оперативного эпидемиологического анализа является оценка текущей обстановки по менингококковой инфекции путем регистрации возникающих случаев заболеваний с фиксацией блока персонифицированных сведений (возраст, пол, адрес, дата заболевания, дата обращения, способ и результаты лабораторной диагностики с определением серогруппы менингококков, причастность к организованным коллективам, исход заболевания), позволяющих выявить начало эпидемиологического неблагополучия для организации своевременных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

7.3. Предвестниками эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекции в рамках оперативного анализа являются следующие признаки:

• двукратное и более повышение числа случаев заболеваний генерализованными формами менингококковой инфекции за один из месяцев текущего года по сравнению с тем же месяцем предыдущего года;

• удвоение и более числа случаев генерализованных форм менингококковой инфекции от одной до следующей недели за период трех недель;

• выявление роста числа случаев генерализованных форм менингококковой инфекции среди детей до года и последующее значительное возрастание числа случаев среди подростков (14—17 лет) и лиц молодого возраста (18—19 лет), что можно выявить путем подсчета темпов прироста заболеваемости в этих возрастных категориях;

• появление очагов с множественными (более одного) случаями заболеваний генерализованными формами менингококковой инфекции;

• выделение из ликвора и/или крови больных генерализованными формами менингококковой инфекции монопрофильных по серогрупповой характеристике менингококков на фоне значительного повышения показателей заболеваемости.

7.4. Для наблюдения за циркуляцией менингококков среди населения должны проводиться исследования по изучению носительства в «индикаторных» группах молодежи, объединенных совместным обучением или работой. Обследования проводят дважды в год (начало осени – 100—150 человек и начало зимы – 100—150 человек) для выявления роста общего уровня носительства и определения доли эпидемических штаммов. Исследования проводят ежегодно и сравнивают полученные данные. Необычно высокий рост уровня носительства в начале зимы по сравнению с началом осени с одновременным увеличением доли менингококков эпидемически значимых серогрупп может быть признаком подъема заболеваемости. Изоляция и химиопрофилактические мероприятия в отношении носителей, выявленных в индикаторных группах, не проводятся.

7.5. Для оценки иммунологических сдвигов среди населения должно проводиться определение среднегеометрических титров антител в РНГА к менингококкам эпидемических серогрупп (А и С) в сыворотках крови у взрослых. Одновременно исследуют не менее 100 проб крови, полученных дважды в год (начало осени – 50 проб и начало зимы – 50 проб). Исследования проводят ежегодно и сравнивают полученные дан-

ные. Необычно высокое возрастание титров антител в начале зимы по сравнению с началом осени указывает на активизацию циркуляции менингококков среди населения и возможность возникновения эпидемического подъема заболеваемости в ближайшем будущем.

7.6. По результатам оперативного анализа принимаются управленческие решения по организации и проведению противоэпидемических мероприятий в отношении менингококковой инфекции на текущий момент.

7.7. Целью ретроспективного эпидемиологического анализа, проводимого в конце календарного года, является ретроспективная и прогностическая оценка эпидемиологической обстановки по менингококковой инфекции. На основании годовых и многолетних данных проводят динамическую оценку состояния и тенденций развития эпидемического процесса менингококковой инфекции.

Основой анализа является сравнение заболеваемости за прошедший год с ее «контрольным» (базовым) уровнем, при расчете которого используют данные за 4—6 лет и более. Повышение заболеваемости менингококковой инфекцией выше «контрольного» уровня свидетельствует о возможном эпидемиологическом неблагополучии. Индикаторным показателем серьезного эпидемиологического неблагополучия является увеличение заболеваемости городских жителей в 2 раза по сравнению с предыдущим годом.

7.8. Результатом ретроспективного анализа является принятие управленческих решений (в т. ч. о необходимости проведения вакцинации) и составление плана мероприятий на очередной календарный год.

8. Специфическая профилактика менингококковой инфекции

Воздушно-капельный механизм передачи при менингококковой инфекции и широко распространенное в населении назофарингеальное носительство менингококков (4—8 %) сдерживают эффективность проведения противоэпидемических мероприятий в отношении источника инфекции и возбудителя заболевания. Радикальной мерой, препятствующей распространению заболевания, является специфическая вакцинопрофилактика.

8.1. Менингококковые полисахаридные группоспецифические вакцины применяются в очагах менингококковой инфекции, как в период эпидемического подъема, так и в межэпидемический период (экстренная профилактика) с целью предотвращения вторичных заболеваний.

8.2. Порядок проведения профилактических прививок против менингококковой инфекции, определение групп населения и сроков проведения профилактических прививок определяют органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

9. Экстренная профилактика менингококковой инфекции

9.1. В очаге менингококковой инфекции с целью экстренной профилактики прививки проводят медицинскими иммунобиологическими препаратами, разрешенными к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке, в соответствии с инструкциями по их применению.

9.2. Прививки проводят в очаге менингококковой инфекции не ранее, чем через 3 дня после окончания химиопрофилактических мероприятий в целях дополнительной меры защиты от заболевания менингококковой инфекцией. Применяют тот вакцинный препарат, специфическая серогрупповая характеристика которого совпадает с серогруппой выделенных от больного менингококков. Прививки не адекватными препаратами в очаге, для предотвращения вторичных случаев заболевания, не целесообразны. При отрицательном результате микробиологического исследования материала от больного выбор группоспецифического вакцинного препарата проводят по приоритетной значимости циркулирующих на территории серогрупп менингококков.

9.3. Детям до 1,5 лет с целью экстренной профилактики менингококковой инфекции проводят химиопрофилактические мероприятия с использованием одного из антибактериальных препаратов, перечисленных в прилож. 1.

10. Организация иммунопрофилактики против менингококковой инфекции

10.1. Профилактические прививки против менингококковой инфекции включены в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Профилактическую вакцинацию начинают при угрозе развития эпидемического подъема: выявлении очевидных признаков эпидемиологического неблагополучия согласно п. 7.3, увеличении заболеваемости городских жителей в два раза по сравнению с предыдущим годом или при резком подъеме заболеваемости свыше 20,0 на 100 000 населения.

10.2. Планирование, организация, проведение, полнота охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также своевремен-

ное представление отчетов в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечиваются руководителями лечебно-профилактических учреждений.

10.3. План профилактических прививок и потребность лечебно-профилактических организаций в медицинских иммунобиологических препаратах для их проведения согласовывается с органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

11. Проведение иммунизации населения

11.1. При угрозе эпидемического подъема менингококковой инфекции вакцинопрофилактике, в первую очередь, подлежат:

- дети от 1,5 лет до 8 лет включительно;
- учащиеся первых курсов средних и высших учебных заведений, а также лица, прибывшие из разных территорий Российской Федерации, стран ближнего и дальнего зарубежья и объединенные совместным проживанием в общежитиях.

11.2. При резком подъеме заболеваемости (свыше 20 на 100 000 населения) проводится массовая вакцинация всего населения с охватом не менее 85 %.

11.3. Профилактические прививки детям проводят с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних после получения от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях.

11.4. Медицинские работники информируют взрослых и родителей детей о требующихся профилактических прививках, времени их проведения, а также о необходимости иммунизации и возможных реакциях организма на введение препаратов. Прививку проводят только после получения их согласия.

11.5. При отказе от прививки гражданину или его законному представителю в доступной для него форме разъясняют возможные последствия.

11.6. Отказ от проведения профилактической прививки оформляется записью в медицинских документах и подписывается взрослым, родителем ребенка или его законным представителем.

11.7. Иммунизацию проводит медицинский персонал, прошедший подготовку по иммунопрофилактике.

11.8. Для проведения профилактических прививок в лечебно-профилактических организациях выделяют прививочные кабинеты и оснащают необходимым оборудованием.

11.9. При отсутствии прививочного кабинета в лечебно-профилактической организации, обслуживающей взрослое население, профилактические прививки допускается проводить в медицинских кабинетах, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям.

11.10. Детям, посещающим дошкольные образовательные учреждения, школы и школы-интернаты, а также детям в учреждениях закрытого типа (детские дома, дома ребенка) профилактические прививки проводят в прививочных кабинетах указанных организаций, оснащенных необходимым оборудованием и материалами.

11.11. Проводить прививки на дому разрешается при организации массовой иммунизации прививочными бригадами, обеспеченными соответствующими средствами.

11.12. Медицинский персонал с острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющий травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых, независимо от их локализации, от проведения профилактических прививок отстраняют.

11.13. Хранение и транспортирование медицинских иммунобиологических препаратов осуществляют в соответствии с требованиями нормативных документов.

11.14. Профилактические прививки против менингококковой инфекции проводят медицинскими иммунобиологическими препаратами, зарегистрированными на территории Российской Федерации в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению.

11.15. Вакцину менингококковую полисахаридную можно вводить одновременно с другими видами вакцин и анатоксинов, кроме БЦЖ-вакцины и вакцины против желтой лихорадки, но в разных шприцах.

11.16. Иммунизацию проводят одноразовыми шприцами.

12. Учет профилактических прививок и отчетность

12.1. Сведения о выполненной прививке (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение) регистрируют в медицинских документах установленного образца:

• у детей и подростков – в карту профилактических прививок, историю развития ребенка, медицинскую карту ребенка для школьников,

вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного;

• у взрослых – в амбулаторную карту больного, журнал учета профилактических прививок;

• у детей, подростков и взрослых – в сертификат профилактических прививок.

12.2. В лечебно-профилактической организации учетные формы установленного образца заводят на всех детей в возрасте до 15 лет (14 лет 11 месяцев 29 дней), проживающих в районе обслуживания, а также на всех детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения и школы, располагающиеся в районе обслуживания.

12.3. Сведения о проведенных профилактических прививках детям до 15 лет (14 лет 11 месяцев 29 дней) и подросткам, независимо от места их проведения, вносят в учетные формы установленного образца.

12.4. Учет местных, общих, сильных, необычных реакций и поствакцинальных осложнений на проведение прививок против менингококковой инфекции в лечебно-профилактических организациях и органах и учреждениях государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводят в установленном порядке.

12.5. Отчет о проведенных профилактических прививках проводят в соответствии с государственными формами статистического наблюдения.

Приложение 1

Химиопрофилактика менингококковой инфекции

Химиопрофилактику менингококковой инфекции проводят одним из следующих препаратов:

1) **рифампицин** – форма введения через рот (взрослым – 600 мг через каждые 12 ч в течение 2 дней; детям – 10 мг/кг веса через каждые 12 ч в течение 2 дней);

2) **азитромицин** – форма введения через рот (взрослым – 500 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней; детям – 5 мг/кг веса 1 раз в сутки в течение 3 дней);

амоксициллин – форма введения через рот (взрослые – 250 мг через каждые 8 часов в течение 3 дней; детям – детские суспензии в соответствии с инструкцией по применению);

3) **спирамицин** – форма введения через рот (взрослым – 3 млн. МЕ в два приема по 1,5 млн. МЕ в течение 12 ч);

ципрофлоксацин – форма введения через рот (взрослым – 500 мг один раз);

цефтриаксон – форма введения внутримышечно (взрослым – 250 мг один раз).

Приложение 2
(справочное)

Клинические проявления и дифференциальная диагностика менингококковой инфекции

Клинические проявления менингококковой инфекции многообразны. Различают: локализованную форму – назофарингит и генерализованные формы – менингит, менингококцемия, сочетанная форма (менингит + менингококцемия). Возможны: менингококковая пневмония, эндокардит, артрит, иридоциклит.

Острый гнойный менингит – наиболее распространенная форма генерализованной менингококковой инфекции. Диагностика заболевания основывается на оценке спинномозговой жидкости, поэтому люмбальная пункция проводится во всех случаях при подозрении на гнойный менингит. Менингококцемия, иногда молниеносная ее форма, может проявляться самостоятельно или сочетанно с гнойным менингитом. Первыми клиническими проявлениями гнойного менингита являются: внезапная нестерпимая головная боль, подъем температуры выше 38 °С, тошнота, рвота, светобоязнь и напряжение (ригидность) мышц шеи. Неврологическая симптоматика может проявляться в виде ступора, бреда, комы и судорог. У младенцев первые проявления выражены не так резко, ригидность мышц, как правило, не выражена, при этом дети возбуждены, безутешно пронзительно плачут, отказываются от еды, имеют склонность к рвотному рефлексу и судорогам, кожные покровы бледные, наблюдается выбухание родничка.

Менингококцемию, в отличие от менингита, трудно диагностировать, особенно в период спорадической неэпидемической заболеваемости, так как внезапность и резкость клинических проявлений, высокая температура, шоковое состояние не всегда четко выражены. Менингеальная симптоматика, как правило, отсутствует. Наиболее характерный признак менингококцемии – геморрагическая сыпь.

Люмбальная пункция подтверждает клинический диагноз гнойного менингита и дает возможность идентифицировать менингококки, исключая другие возможные этиологические агенты гнойного менингита, такие, как пневмококки, гемофильные палочки типа «b» и прочие возбудители. Пункцию проводят при подозрении на менингит в стационаре до начала проведения антибактериальной терапии. Спинномозговая жидкость при гнойном менингите, как правило, мутная или гнойная, но

может быть прозрачная или кровянистая. Первичная лабораторная диагностика ликвора при гнойном менингите указывает на: лейкоцитоз более 100 клеток в мм^3 (норма – менее 3 клеток в мм^3) с преобладанием нейтрофилов (более 60 %); увеличение уровня белка от 0,8 г/л и более (норма – менее 0,3 г/л); обнаружение внеклеточных и внутриклеточных диплококков. Дополнительными важными лабораторными критериями являются: снижение глюкозы; выделение, идентификация и серогруппирование культуры менингококков; детекция специфических менингококковых антигенов или их генетических фрагментов.

Гемограмма характеризуется резко выраженным лейкоцитозом. При менингококцемии посев крови нередко сопровождается выделением культуры менингококков, серологические реакции выявляют специфические антигены, а прямая бактериоскопия крови позволяет выявить внеклеточные и внутриклеточные диплококки. Не исключается возможность высева менингококков непосредственно из элементов геморрагической сыпи.

Симптоматика менингококкового назофарингита сходна с клиническими проявлениями острого респираторного заболевания. Наблюдается – общая слабость, головная боль, боль в горле при глотании, сухой кашель, заложенность носа, скудное слизисто-гнойное отделяемое. Задняя стенка глотки отечна, гиперемирована, покрыта слизистым отделяемым, со 2—3 дня наблюдается гиперплазия лимфоидных фолликулов. Температура чаще субфебрильная, реже нормальная или достигает 38—39 °С. Для включения заболевания в регистрационные сводки требуется лабораторное выделение менингококков из носоглотки. Проведение лабораторных приемов по идентификации выделенных менингококков и определение их серогрупповой принадлежности является обязательной составляющей лабораторного подтверждения больных менингококковым назофарингитом.

Библиографические данные

1. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ.

2. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ.

3. Основы законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г.

4. Положение об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 15 сентября 2005 г. № 569.

5. Положение о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 322.

6. СП 3.1/3.2.1379—03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».

7. Действующие по состоянию на 01.01.2006 г. приказы, методические указания, рекомендации, инструкции и наставления по применению вакцин и анатоксинов, утвержденные Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 229 от 27.06.2001 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

9. МУК 4.2.1887—04 «Лабораторная диагностика менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов» – М., 2005.

10. Савилов Е. Д., Мамонтова Л. М., Астафьев В. А, Жданова С. Н. Применение статистических методов в эпидемиологическом анализе. – М., 2004.

11. Л. П. Зуева, Р. Х. Яфаев. Эпидемиология. – С.-Пб., 2006.

gost.e-ecolog.ru