

Профилактика менингококковой инфекции

Менингококковая инфекция - острое инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся различными формами инфекционного процесса: от локальной формы (назофарингит) до генерализованных форм в виде общей интоксикации и поражения мягких мозговых оболочек головного мозга с развитием менингита, а также бессимптомной формой (бактерионосительство).

Менингококковая инфекция распространена повсеместно.

Возбудитель менингококковой инфекции — менингококк *Neisseria meningitidis* из семейства *Neisseriaceae* рода *Neisseria*. В окружающей среде неустойчив.

Источник менингококковой инфекции - инфицированный человек.

Бактерионосители (без клинических проявлений) выявляются только при бактериологическом обследовании. Носителей менингококка в популяции 4-10%.

Основной путь передачи инфекции - воздушно-капельный. Кроме того, заражение возможно через предметы обихода (посуда).

В группе риска:

- призывники;
- направляющиеся в эндемичные по менингококковой инфекции районы (паломники, военнослужащие, туристы, спортсмены, геологи, биологи);
- медицинские работники, работающие с инфекционными больными;
- медицинские работники и сотрудники лабораторий, работающие с живой культурой менингококка;
- воспитанники и персонал детских домов, домов ребенка, интернатов;
- проживающие в общежитиях;
- лица, принимающие участие в массовых международных спортивных и культурных мероприятиях;
- дети до 5 лет включительно;
- лица с первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями, в том числе ВИЧ-инфицированные;
- лица с ликвореей.

Инкубационный период: 1 - 10 дней, в среднем до 4 дней.

Больной генерализованной формой менингококковой инфекции наиболее заразен в период 4-6-го дня. Заболевший менингококковым назофарингитом заразен около 2 недель. Носители менингококка опасны в течение 2—3 недель (у 2—3 % лиц носительство продолжается 6 и более недель).

У большинства инфицированных, при попадании в организм менингококка, заболевание не проявляется и выявляется только при бактериологическом обследовании. У 10 -20% заболевших развивается картина острого назофарингита. Менингококковый назофарингит протекает как обычная ОРВИ, об инфицировании также узнают только после положительного результата посева со слизистой оболочки носоглотки.

У одного из тысячи заболевших детей развивается менингококковый сепсис (тяжелейшая интоксикация, геморрагическая звездчатая сыпь, появляющаяся сначала на стопах, голених, коже ягодиц, далее на всех конечностях и туловище).

Менингококковый менингит также начинается с интоксикации, головной боли, рвоты. У перенесших тяжёлые формы менингококковой инфекции часто диагностируют потерю слуха, органическое поражение нервной системы.

Диагноз менингококкового менингита устанавливается на основании симптомов, данных эпидемиологического анамнеза и осмотра, а также лабораторных данных.

Профилактика.

При росте заболеваемости менингококковой инфекцией проводится плановая вакцинация. Вакцинация против менингококковой инфекции входит в календарь профилактических прививок и проводится детям и взрослым в очагах менингококковой инфекции, вызванной менингококками серогрупп А или С.

Лица, подлежащие призыву на военную службу, также проходят вакцинопрофилактику менингококковой инфекции.

Неспецифическая профилактика менингококковой инфекции заключается в недопущении контактов с заболевшими и в наблюдении за контактными в течение 10 дней.

Берегите себя и своих близких, будьте здоровы!