**Содержание**

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

.1 Эпидемиология и клиника менингококковой инфекции

.2 Диагностика менингококковой инфекции

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

.1 Выявление проблем пациента с менингококковой инфекцией

.2 Решение проблем пациента с менингококковой инфекцией

ГЛАВА 3. МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГЕ И ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

.1 Мероприятия в очаге при менингококковой инфекции

.2 Профилактика менингококковой инфекции

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

**ВВЕДЕНИЕ**

Менингококковая инфекция продолжает оставаться актуальной проблемой для здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы, что обусловлено широким диапазоном ее клинических проявлений - от бессимптомного бактерионосительства и острого назофарингита до молниеносно протекающих менингококцемии и гнойного менингоэнцефалита, заканчивающихся летально в течение первых трех суток. Заболевание чаще всего протекает в виде вспышек в закрытых или близкоконтактирующих группах населения (дети в организованных коллективах, военные, туристы, паломники). Основная опасность в распространении менингококковой инфекции заключается в том, что больные на ранних стадиях заболевания чувствуют себя хорошо, но активно выделяют возбудителя. Существует и категория бактерионосителей - это люди, которые могут выделять менингококковую бактерию, сами при этом не болея. Каждые 3-5 лет в России происходят вспышки менингококковой инфекции, уносящие несколько жизней. Особенно менингококковая инфекция <http://www.diavax.ru/vaccinations/meningit.php> опасна для детей, но и взрослые не своевременно начавшие лечение могут погибнуть от воспаления оболочек головного мозга [7].

С января по декабрь 2014 г. в Российской Федерации зарегистрировано снижение заболеваемости менингококковой инфекцией - на 22,9% (из неё генерализованные формы - на 23,5%) [3]. Существенное снижение заболеваемости в Ростовской области произошло по менингококковой инфекции в 1,3 раза. В 2013 году в июне месяце была зафиксирована вспышка менингита в г. Ростов-на-Дону в детском садике «Теремок». По данным исследования у 11 детей было выявлено менингококковая инфекция, 1 ребенок в возрасте 3х лет скончался. По итогам 2014 года было зарегистрировано 6 лабораторно подтвержденных случаев менингококковой инфекции, в 2013 году - 8. В 2013 году в Волгодонске регистрировалась менингококковая инфекция: серозный менингит у 1 ребенка [meduniver.com].

Для эффективного управления инфекцией важно диагностировать это заболевание и начать адекватную терапию уже с первых часов болезни, что определяет необходимость выявления своевременности клинических особенностей течения и адекватной диагностики уже на ранних этапах развития инфекции. В случае диагностирования и надлежащего лечения на ранних стадиях болезни низкий риск летального исхода. У 10-20% выживших людей бактериальный менингит может приводить к повреждению мозга, потере слуха или трудностям в обучении [12].

При отсутствии лечения менингококковая инфекция в 50% случаев заканчивается смертельным исходом. Но даже в случаях раннего диагностирования и надлежащего лечения 5-10% пациентов умирают, как правило, через 24-48 часов после появления симптомов.

Объект исследования: в данной работе является менингококковая инфекция.

Предмет исследования: сестринская деятельность при менингококковой инфекции.

Цель работы: изучение сестринской деятельности при менингококковой инфекции.

Задачи:

Изучить теоретические источники по менингококковой инфекции.

Изучить нормативную базу по менингококковой инфекции.

Выявить проблемы пациента при менингококковой инфекции.

Разработать план сестринской деятельности при менингококковой инфекции.

Методы исследования:

) Изучение анализа литературы по менингококковой инфекции;

) Описание проблем пациента при менингококковой инфекции;

) Планирование сестринской деятельности при менингококковой инфекции.

**ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ**

**.1 Эпидемиология и клиника менингококковой инфекции**

Менингококковая инфекция - острая инфекционная болезнь, вызываемая менингококком Neisseria meningitidis, с капельным (аэрозольным) механизмом передачи возбудителя; клинически характеризуется поражением слизистой оболочки носоглотки (назофарингит), генерализацией в форме специфической септицемии (менингококкемия) и воспалением мягких мозговых оболочек (менингит).

Возбудитель - менингококк Neisseria meningitidis, принадлежит к семейству Neisseriaceae рода Neisseria. Род нейссерий включает два вида патогенных микроорганизмов: N. meningitidis и N. gonorrhoeae, остальные представители этого рода являются резидентной флорой слизистых оболочек [11].

Морфологически менингококк - округлый, неподвижный, грамотрицательный бобовидный диплококк диаметром 0,6-0,8 мкм. Трехслойная оболочка клетки представлена цитоплазматической мембраной, пептидогликановым слоем и наружной мембраной, содержащей ЛПС и белки. Многие менингококки имеют полисахаридную капсулу и выросты, известные как pili. Менингококки по серологической активности, которая определяется капсульным полисахаридом, внутри вида делятся на серогруппы. Известно 12 серогрупп менингококков: А, В, С, D, Y, Z, X, W-135, 29E, Н, I, К, но только три из них - А, В, С - ответственны за более чем 90% всех генерализованных форм менингококковой инфекции. Внутри отдельных серогрупп также обнаруживается антигенная неоднородность по белкам наружной мембраны, которые определяют серо- и субтип возбудителя.

К настоящему времени известно более 20 серотипов менингококка, из них типы 2, 4, 15, 16 оценены как маркеры вирулентности, так как менингококки с такими серотипами выявлялись преимущественно в период подъема заболеваемости или при вспышках [11].

Входными воротами инфекции служат слизистые оболочки носоглотки. Однако лишь в 10-15% случаев попадание менингококка на слизистую оболочку носа и глотки приводит к развитию воспаления (назофарингит, катаральный тонзиллит). Еще реже менингококк оказывается способным преодолеть местные защитные барьеры. Основной путь распространения возбудителя в организме - гематогенный. Бактериемия может быть транзиторной или длительной (менингококцемия).

В патогенезе менингококцемии ведущим является инфекционно-токсический шок. Он обусловлен массивной бактериемией с интенсивным распадом микробов и токсинемией. Эндотоксиновый удар, обусловленный токсинами, освобождающимися из клеточных стенок менингококков, приводит к расстройствам гемодинамики, прежде всего - микроциркуляции, диссеминированному внутрисосудистому свертыванию крови, глубоким метаболическим расстройствам (гипоксия, ацидоз, гипокалиемия и др.). Развиваются резкие нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови: вначале преобладает процесс гиперкоагуляции (увеличение содержания фибриногена и других факторов свертывания), затем происходит выпадение фибрина в мелких сосудах с образованием тромбов. В результате тромбоза крупных сосудов может развиться гангрена пальцев конечностей. Последующее снижение содержания фибриногена в крови (коагулопатия потребления) нередко становится причиной массивных кровотечений и кровоизлияний в различные ткани и органы. При проникновении менингококка в мозговые оболочки развивается клиническая и патоморфологическая картина менингита [10].

Воспалительный процесс развивается вначале в мягкой и паутинной оболочках (обусловливая синдром менингита), а затем может периваскулярно распространяться в вещество мозга, чаще ограничиваясь наружным слоем коры, достигая белого вещества (синдром энцефалита) (см. рис. 1).



Рис. 1 - Воспалительный процесс

Характер воспаления в первые часы серозный, затем - гнойный. Образование гноя в плотные фибринозные массы происходит к 5-8-му дню. Локализация экссудата: на поверхности лобных и теменных долей, на основании головного мозга, на поверхности спинного мозга, во влагалищах начальных отрезков черепных нервов и спинномозговых корешков (невриты). При поражении эпендимы желудочков возникает эпендиматит. При нарушениях циркуляции ликвора экссудат может скапливаться в желудочках, что приводит (у маленьких детей) к гидроцефалии или пиоцефалии. Увеличение внутричерепного давления может приводить к смещению мозга вдоль церебральной оси и вклинению миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие со сдавливанием продолговатого мозга (смерть от паралича дыхания) [5].

Носительство менингококков распространено довольно широко и подвержено колебаниям. В периоды спорадической заболеваемости 1-3% населения являются носителями менингококка, в эпидемических очагах - до 20-30%. Длительность носительства составляет 2-3 недели, в среднем 11 дней. Более длительное носительство связано, как правило, с хроническими воспалительными поражениями носоглотки [3].

Источник инфекции - человек с генерализованной формой, острым назофарингитом, а также здоровые носители.

Механизм передачи - аэрозольный. Возбудитель передается с капельками слизи при кашле, чиханье, разговоре. Вследствие нестойкости менингококка во внешней среде и его локализации на слизистой оболочке задней стенки носоглотки он передается при достаточно тесном и длительном общении. Заражению способствуют скученность, длительное общение, особенно в спальных помещениях, нарушения режима температуры и влажности.

Проявления эпидемического процесса. Болезнь распространена повсеместно.

Ей присущи все черты эпидемиологии инфекций с воздушно-капельным механизмом передачи: периодичность, сезонность, определенное возрастное распределение и очаговость. Широко распространенное носительство возбудителя и низкая частота заболеваний с клинически выраженными формами определяют основные эпидемические проявления инфекции. Периодические подъемы заболеваемости происходят через 10-12 лет и определяются сменой этиологической роли менингококков разных серогрупп. Поражается преимущественно городское население. Дети до 5 лет составляют более 70% всех больных. Самые высокие показатели заболеваемости сохраняются у детей до 1 года. В период подъема заболеваемости в эпидемический процесс вовлекаются, кроме детей младшего возраста, старшие дети, подростки и взрослые [13].

Менингококковая инфекция имеет низкую очаговость: до 95% составляют очаги с одним заболеванием. Вспышки могут возникать в организованных коллективах детей и взрослых. Естественная восприимчивость людей высокая, но исход заражения определяется как свойствами возбудителя (вирулентностью), так и резистентностью макроорганизма. Иммунологическая структура населения формируется заболеваемостью и носительством [12].

Наиболее распространенной манифестной формой менингококковой инфекции является назофарингит, его этиологическая расшифровка клинически затруднительна. Инкубационный период не превышает 2-3 дней.

Больные отмечают повышение температуры тела, чаще в виде субфебрилитета, головную боль, катаральные проявления: кашель, першение и боли в горле, заложенность носа и насморк со слизисто-гнойным отделяемым. В некоторых случаях больные жалуются на боли в суставах. Лицо бледное. Наблюдается гиперемия миндалин, мягкого нёба, дужек. Обращают на себя внимание яркая гиперемия и зернистость задней стенки глотки, покрытой слизисто-гнойным налетом. Подчелюстные железы могут быть увеличенными и болезненными при пальпации. Заболевание длится 3-5дней и заканчивается выздоровлением. При генерализации процесса может развиться менингококкцемия (менингококковый сепсис). В большинстве случаев менингококкцемии предшествует назофарингит, но иногда заболевание развивается неожиданно на фоне полного здоровья [9].

Заболевание начинается остро, с повышения температуры за несколько часов до 40-41°С, что сопровождается головной болью, неукроти­мой рвотой, болями в мышцах спины и конечностей. Лицо больного бледное, с цианотичным оттенком, отмечаются одышка, тахикардия, наклонность к падению артериального давления вплоть до развития коллапса. Очень рано развивается олигурия или анурия. Наиболее демонстративным симптомом, позволяющим поставить диагноз клинически, является экзантема (см. рис. 2).

Типичны звездчатые геморрагические элементы, плотные на ощупь. Сыпь имеет тенденцию к слиянию, располагается на ягодицах, нижних конечностях, в подмышечных впадинах, на верхнем веке. При массивной бактериемии и интоксикации сыпь может располагаться на любой поверхности тела и становится некротической. При обратном развитии сыпи могут образовываться язвенно-некротические поверхности на ушных раковинах, кончике носа, дистальных отделах конечностей [4].

В редких случаях менингококкцемия может приобретать хроническое течение, сопровождающееся длительной интермиттирующей лихорадкой, полиморфными высыпаниями на коже, артритами и полиартритами, развитием гепатолиенального синдрома.



Рис. 2 - Экзантема

При сверхострых (молниеносных) формах менингококкцемии в короткий срок развивается инфекционно-токсический шок, определяющий неотложное состояние и часто приводящий к смерти [6].

Так же, как и при менингококкцемии, развитию менингококкового менингита часто предшествует назофарингит. Заболевание начинается остро с подъема температуры до высоких цифр, резкой, мучительной головной боли, часто неукротимой рвоты без тошноты, не связанной с приемом пищи. Больные возбуждены, эйфоричны, у части из них уже в первые часы заболевания наступает расстройство сознания. Лицо гиперемировано, нередки герпетические высыпания на губах, возникает тактильная, слуховая и зрительная гиперестезия. Возможен судорожный синдром. Выражена тахикардия, артериальное давление имеет склонность к падению. Мочеотделение задержано. Менингеальная симптоматика проявляется уже в

первые сутки заболевания в виде ригидности затылочных мышц, симптомов Кернига, Брудзинского и др (см. рис.3). У детей грудного возраста менингеальная симптоматика может выражаться лишь в выбухании и напряжении большого родничка. Сухожильные рефлексы повышены, их зоны расширены. Нередки поражения черепных нервов [15].



Рис. 3 - Симптомы Кернига, Брудзинского

Понятие «менингококковый менингит» весьма условно, поскольку между оболочками и веществом мозга существует тесная анатомическая связь. При переходе воспалительного процесса на вещество мозга и развитии менингоэнцефалита обычно быстро нарастают психические нарушения, сонливость, стойкие параличи и парезы. Отмечается прогрессирующее похудание вплоть до кахексии. Менингеальный синдром при этом может быть выражен слабо. В разных сочетаниях определяются патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Гордона, указывающие на поражение вещества мозга.

К генерализованным формам относится и смешанная (менингококкцемия +менингит) менингококковая инфекция, клинически она выражается в сочетании симптоматики этих двух состояний [9].

Диагностика менингококковой инфекции

Диагностика менингококкового назофарингита с поражениями носоглотки другой этиологии невозможна без бактериологического обследования. Менингококковый сепсис следует дифференцировать с гриппом, сепсисом другой этиологии, пищевыми токсикоинфекциями.

Менингококковый менингит следует отличать от других заболеваний и состояний с менингеальным синдромом: менингизма, туберкулезного менингита, менингитов вирусного и бактериального происхождения, субарахноидального кровоизлияния [10].

Для окончательной диагностики необходима спинномозговая пункция с исследованием полученной жидкости (см. рис. 4).



Рис. 4 - Спинномозговая пункция

Диагностика субарахноидального кровоизлияния возможна на догоспитальном этапе, если оно развивается на фоне полного здоровья или у лиц, страдающих гипертонической болезнью и дефектами в системе гемостаза. В этих случаях в отличие от менингита болезнь начинается с внезапной резкой головной боли (удар в голову), которая сопровождается тошнотой и рвотой. При осмотре выявляются менингеальный синдром, иногда легкая очаговая симптоматика, повышение АД, брадикардия. Лихорадка, интоксикация отсутствуют. Развитию кровоизлияния могут предшествовать физическая нагрузка, стрессовая ситуация. Также легко дифференцируются в ряде случаев посттравматические кровоизлияния (травма в анамнезе, отсутствие общих симптомов), однако травмы могут быть получены в состоянии алкогольного опьянения или могут скрываться потерпевшими и его родственниками, например травмы, нанесенные детям. Диагностика осложняется при позднем обращении, поскольку у ряда больных на 2-4-й день после кровоизлияния в результате развития асептического воспаления вокруг кровяного сгустка, нарастания внутричерепной гипертензии состояние ухудшается, повышается температура тела, нарастает головная боль, рвота, усиливаются менингеальные симптомы. В этих случаях чрезвычайно важно выявить анамнестические данные, т.е. начало болезни с внезапной головной боли [14].

При развитии субарахноидального кровоизлияния на фоне острых лихорадочных состояний правильный диагноз возможен лишь на основании результатов исследований цереброспинальной жидкости, которые зависят от сроков исследования. В 1-е сутки цереброспинальная жидкость равномерно окрашена кровью, мутная (для отличия от повреждения сосудистого сплетения при пункции необходимо сравнить 2-3 порции), после центрифугирования - слабоксантохромная, при микроскопии эритроциты сплошь покрывают поле зрения, количество лейкоцитов повышено незначительно - не более нескольких десятков в 1 мкл, повышено содержание белка пропорционально примеси крови, а также возможно повышение уровня глюкозы. Через сутки вследствие гемолиза цереброспинальная жидкость становится прозрачной, красной, "лаковой", в более поздние сроки - ксантохромной, с содержанием лейкоцитов до 200-300 в 1 мкл, с преобладанием нейтрофилов, повышенным содержанием белка, в то же время количество эритроцитов уменьшается.

При эпи- и субдуральных гематомах на первом плане симптомы компрессии мозга, в анамнезе - травма головы, в цереброспинальной жидкости возможны повышение содержания белка, небольшая примесь лейкоцитов. При инсультах определяется, прежде всего, очаговая и общемозговая симптоматика, обусловленная отеком мозга, менингеальный синдром выражен слабо; при гипертонических кризах - критически высокие цифры АД, общемозговая и менингеальная симптоматика, которые быстро регрессируют после проведения экстренной гипотензивной терапии. Важно помнить, что при инсультах и гипертонических кризах возможно повышение температуры тела [16].

Острые лихорадочные заболевания, протекающие с синдромом менингизма, можно надежно дифференцировать от менингококкового и других менингитов только на основании результатов исследования цереброспинальной жидкости. Поэтому больных необходимо экстренно госпитализировать в инфекционные или многопрофильные стационары, где имеется отделение нейроинфекций или неврологическое.

Отравления суррогатами алкоголя, транквилизаторами могут сопровождаться менингизмом или мышечным гипертонусом, имитирующим менингизм. Отсутствие лихорадки, расстройства сознания, очаговая, в частности бульбарная, симптоматика, анамнестические данные (употребление спиртных напитков, медикаментов) обычно легко позволяют исключить диагноз менингита [3].

Менингококковый назофарингит подтверждается высевом и идентификацией менингококка из носа и ротоглотки. При генерализованных формах делают посевы крови и спинномозговой жидкости на питательные среды, содержащие человеческий белок. Возможны прямая микроскопия спинномозговой жидкости и обнаружение в ней внутриклеточно расположенных диплококков. Методы серологической диагностики (выявление антигенов менингококка в реакции ИФА и антител к ним с помощью РНГА) имеют вспомогательное значение.

В случаях менингококкового (гнойного) менингита спинномозговая жидкость мутная, цитоз достигает нескольких тысяч в 1 мкл со значительным преобладанием клеток нейтрофильного ряда, определяются высокое содержание белка, положительные осадочные пробы, сниженное количество глюкозы. В ряде случаев в пробирке с жидкостью образуется грубая пленка на поверхности или на дне [8].

**ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ**

**.1 Выявление проблем пациента с менингококковой инфекцией**

Для определения деятельности медицинской сестры, необходимо выявить проблемы пациента с менингококковой инфекцией.

Проблемы бывают:

. Имеющиеся, актуальные, действительные - это проблемы, которые у пациента преобладают на данный период времени.

. Возможные или потенциальные - это проблемы, которые у пациента появляются, если своевременно не решить проблемы, вовремя не спланировать время ухода.

У пациентов с менингококковой инфекцией, так же можно выявить нарушенные потребности такие как:

Быть здоровым, общение, сон.

Проблемы пациента с менингококковой инфекцией:

Физиологические приоритетные:

Головная боль, чувство жара из-за высокой температуры.

Физиологические потенциальные:

Появление пролежней, запор, пациент не может самостоятельно сходить в туалет из-за постельного режима.

**2.2 Решение проблем пациента с менингококковой инфекцией**

менингококковый инфекция очаг иммунизация

На основании выявленных проблем пациента, можно составить план сестринских вмешательств.

Одними из приоритетных проблем является:

Головная боль, для уменьшения головной боли необходимо сообщить врачу, дать обезболивающие препараты по назначению врача, обеспечить пациенту физический покой (исключить шум).

Чувство жара из-за высокой температуры, для решения данной проблемы необходимо помочь пациенту при чувстве жара, сообщить врачу, Давать обильное питье, ввести литическую смесь по назначению врача, проводить по назначению врача симптоматическую терапию.

Далее следуют проблемы потенциальные:

Появление пролежней, необходимо не допустить образования пролежней, сообщить врачу, обтирания тела теплой водой с добавлением спирта, следить за тем, чтобы простыня под спиной больного не собиралась в складки.

Запор, для активизации перистальтики кишечника, освобождения ампулы прямой кишки, рекомендовать пищу богатую клетчаткой, выполнить очистительную клизму, дать слабительные средства по назначению врача.

Пациент не может самостоятельно сходить в туалет из-за постельного режима, помочь пациенту создать условия для того, чтобы сходить в туалет с помощью медсестры на время постельного режима подавать судно пациенту, осуществлять туалет половых органов, подготовить необходимое оснащение для проведения данной процедуры.

На основании выявленных нарушенных потребностей, план сестринских вмешательств заключается в их удовлетворении:

Быть здоровым, нарушение этой потребности наступает при потере человеком самостоятельности в уходе, для решения медсестра окажет пациенту непосредственную помощь в активности повседневной жизни: умывает, кормит, подаёт судно, одевает, раздевает. Главное для человека - независимость и свобода, медсестра при малейшей возможности создаст условия для самостоятельного удовлетворения пациентом его нарушенной потребности.

Общение, в удовлетворении данной потребности: медсестра организует пациенту доступное для него общение.

Нарушение сна, пациента беспокоит: бессонница, прерывистый сон.

Для удовлетворения данной потребности следует, обеспечить комфортные условия для сна, выяснить причины нарушения сна, обучить пациента навыкам, способствующим регулированию сна.

**ГЛАВА 3. МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГЕ И ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ**

**.1 Мероприятия в очаге при менингококковой инфекции**

Обязательная регистрация и экстренное извещение в ЦГСЭН о случаях генерализованной формы менингококковой инфекции.

Немедленная госпитализация в специализированные отделения или боксы.

В очаге устанавливается карантин сроком на 10 дней с момента изоляции больного и проводится ежедневное клиническое наблюдение за контактными с осмотром носоглотки (в коллективах обязательно с участием отоларинголога), кожных покровов и ежедневной термометрией в течение 10 дней.

Бактериологическое обследование контактных в детских дошкольных учреждениях проводится не менее двух раз с интервалом в 3-7 дней, а в остальных коллективах - однократно [14].

Больные с бактериологически подтвержденным менингококковым назофарингитом, выявленные в очагах инфекции, госпитализируются в стационар по клиническим и эпидемиологическим показаниям, но могут быть изолированы на дому, если в семье или квартире нет больше детей дошкольного возраста и лиц, работающих в детских дошкольных учреждениях, а также при условии проведения регулярного медицинского наблюдения и лечения. Реконвалесценты допускаются в детские дошкольные учреждения, школы, санатории после одного отрицательного бактериологического обследования, проведенного не ранее, чем через 5 дней после выписки из стационара или выздоровления на дому [6].

Носители менингококков, выявленные при бактериологическом обследовании в детских учреждениях, выводятся из коллектива на срок проведения санации. Из коллектива взрослых, в том числе учебных заведений, носители не изолируются. Бактериологическое обследование коллективов, которые посещали эти носители, не проводится, за исключением соматических стационаров, где при выявлении носителя однократно обследуется персонал отделения. Через 3 дня после окончания курса санации носители подвергаются однократному бактериологическому обследованию и при наличии отрицательного результата допускаются в коллективы.

Выписка из стационара больных менингококковой инфекцией производится после клинического выздоровления и однократного бактериологического обследования на носительство менингококков, проведенного через 3 дня после отмены антибиотиков. Реконвалесценты менингококковой инфекции допускаются в детские дошкольные учреждения, школы, санатории и учебные заведения после одного отрицательного бактериологического обследования, проведенного не ранее, чем через 5 дней после выписки из стационара.

Заключительная дезинфекция в очагах не проводится. В помещении осуществляется ежедневная влажная уборка, частое проветривание, облучение УФО - или бактерицидными лампами [14].

**3.2 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.

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

Организация иммунопрофилактики против менингококковой инфекции [7].

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 пункту 7.3, увеличении заболеваемости городских жителей в два раза по сравнению с предыдущим годом или при резком подъеме заболеваемости свыше 20,0 на 100000 населения.

Планирование, организация, проведение, полнота охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также своевременное представление отчетов в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечиваются руководителями лечебно-профилактических учреждений [8].

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

Проведение иммунизации населения.

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 [2].

**Заключение**

Таким образом, завершая работу, кратко отметим следующее.

Менингит был известен в глубокой древности, первые вспышки менингита в России были отмечены в 1863-1864 гг. Менингококк был открыт и выделен в чистой культуре Вексельбаумом в 1887 г.

Менингококковая инфекция - острая инфекционная болезнь, вызываемая менингококком Neisseria meningitidis, с капельным (аэрозольным) механизмом передачи возбудителя.

Механизм передачи - аэрозольный. Возбудитель передается с капельками

слизи при кашле, чиханье, разговоре. Вследствие нестойкости менингококка во внешней среде и его локализации на слизистой оболочке задней стенки носоглотки он передается при достаточно тесном и длительном общении. Заражению способствуют скученность, длительное общение, особенно в спальных помещениях, нарушения режима температуры и влажности.

Менингеальная симптоматика проявляется уже в первые сутки заболевания в виде ригидности затылочных мышц, симптомов Кернига, Брудзинского и др. У детей грудного возраста менингеальная симптоматика может выражаться лишь в выбухании и напряжении большого родничка.

Для окончательной диагностики необходима спинномозговая пункция с исследованием полученной жидкости.

Наиболее эффективным антибактериальным средством остается пенициллин.

Специфическую профилактику проводят менингококковой вакциной (моно- и дивакциной), содержащей антигены (полисахариды) менингококков А и С.

Эпидемиологический надзор включает в себя анализ заболеваемости и летальности, клинических проявлений и факторов, способствующих распространению инфекции (носительство менингококков, иммунологическая структура населения, биологические свойства возбудителя, социальные и природные факторы), а также оценку эффективности проводимых мероприятий.

Мероприятия, направленные на источники менингококковой инфекции, включают в себя раннее и исчерпывающее выявление больных, санацию носителей менингококков, изоляцию и лечение больных. В очаге инфекции устанавливается медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 10 дней.

Меры, направленные на разрыв механизма передачи инфекции, заключаются в проведении санитарно‑гигиенических мероприятий и дезинфекции. Необходимо по возможности ликвидировать скученность, особенно в закрытых учреждениях (детские сады, казармы и т.п.). В помещениях проводятся влажная уборка с использованием хлорсодержащих дезинфектантов, частое проветривание, ультрафиолетовое облучение воздуха и т.д.

Мероприятия, направленные на восприимчивые контингента, включают в себя повышение неспецифической устойчивости людей (закаливание, своевременное лечение заболеваний верхних дыхательных путей, миндалин) и формирование специфической защиты от менингококковой инфекции. Наиболее перспективна активная иммунизация с помощью менингококковых вакцин. К настоящему времени создано несколько вакцин, в частности полисахаридные вакцины А и С. Получена также вакцина из менингококков группы В.

**Список литературы**

1. Агабабова В.В. Грипп у детей [текст]/- М.: Практика,2011.-400с.

. Булкина И.Г. Инфекционные болезни с уходом за больными и основами эпидемиологии - М.: Медицина,2009.-319c.

. Богданов И.Л. Вирусные менингиты - М.:Здоровье,2010-63с.

. Васильев. А.И. Грипп и другие ОРВИ [текст]/А.И. Васильев.-СПб.: Невский проспект, 2011.-200с.

. Дадимова М.А. Острые серозные менингиты и энцефалиты у детей [текст]/Дадиомова М.А, Пратусевич Р.М. М.: Медицина, 2009.-350с.

. Жукова Н.Г. Современные представления этиологии, патогенеза, диагностики и лечения менингитов у детей:/Томск: 2010.-123с.

. Зимченко А.П. Острые нейроинфекции у детей [текст]/А.П. Зимченко.-М.:Медицина,2010.-450с.

. Иванов А.И. Уход за инфекционными больными [текст]/А.И. Иванов. - М.: Медицина,2009.-198с.

. Казанцев. А.П. Справочник врача инфекциониста - М.: Медицина,2009.-400 с.

. Лобзина Ю.В. Руководство по инфекционным болезням Ростов - на - Дону: Феникс,2009-736с.

. Лобзин В.С. Менингиты и арахноидиты [текст]/В.С. Лобзин.-М.:Медицина,2009.-400с.

. Михеев В.В. Нервные болезни/А.А. Михайлов. - М.: Медицина,2010.-480с.

. Резникова Л.С. Серологические методы исследования при диагностике инфекционных болезней М.: Медицина, 2009.-371с.

. Угрюмов Б.Л.; Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней СПб.: Невский проспект,2009,-700с.