Приложение 1 к приказу Минздрава Кыргызской Республики от 28.04.2015 года № 212 Руководство по организации эпиднадзора и проведению противоэпидемических мероприятий за бактериальными менингитами Потребность в переходе на более прогрессивную форму противоэпидемической работы на основе системы эпидемиологического надзора поставила перед практической эпидемиологией новые задачи. Наряду с разработкой общих положений эпидемиологического надзора требуется их конкретизация применительно к отдельным группам и нозологическим формам инфекционных болезней. Применительно к бактериальным менингитам система надзора должна иметь определенную специфику, поскольку инфекционный процесс в основном протекает бессимптомно, в виде носительства. Манифестация, как известно, наблюдается чрезвычайно редко, соотношение генерализованных форм и носительства колеблются от 1:250 до 1:4500 – 1:50 000 (Покровский В. И. и др.). Эпидемический надзор за бактериальным менингитом – комплексное динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, включая многолетний и внутригодовой анализ заболеваемости, летальности в различных возрастных группах и контингентах населения, клинических проявлений инфекции и факторов, способствующих ее распространению (носительство менингококков, иммунологическая структура, биологические особенности возбудителя, специальные и природные факторы и др.). Цель эпидемического надзора: оценка эпидемической ситуации на конкретный момент времени, составление кратковременного прогноза и рекомендации для наиболее рациональных мер борьбы с инфекцией с целью снижения заболеваемости, летальности. Эпидемиологический надзор должен осуществляться комплексно при участии эпидемиологов, клиницистов, микробиологов, организаторов здравоохранения. Система эпидемического надзора включает: 1. Слежение за уровнем заболеваемости и летальности за бактериальными менингитами. 2. Этиологическая расшифровка бактериальных менингитов. Слежение за циркуляцией серогрупповой принадлежности менингококков среди населения, выделенных от больных, обследованных по эпид. показаниям и их свойствами (чувствительности штаммов к антибиотикам и сульфаниламидам). 3. Эпидемиологический анализ ситуации и оценка эффективности проводимых мероприятий. I. Слежение за заболеваемостью и летальностью бактериальных менингитов Составной частью эпидемического надзора является анализ собранной информации и на его основе определение тенденции дальнейшего развития эпидемического процесса. Характеристика эпидемического процесса на конкретной территории складывается из анализа уровня заболеваемости и летальности в целом, а также по отдельным возрастным группам населения. Анализ проводится раздельно для генерализованных и локализованных форм бактериальных менингитов, а также в зависимости от этиологии заболевания гнойными менингитами. Основным источником сведений о заболеваниях является экстренное извещение (форма 058-у). II. Слежение за циркуляцией серогрупповой принадлежности менингококков среди населения, выделенных от больных генерализованными формами инфекции и обследованных по эпид. показаниям Характеристика циркулирующих штаммов менингококков на территории слагается из анализа следующих показателей: 2.1. Серологической принадлежности менингококков, выделенных от больных генерализованными формами инфекции и менингококковыми назофарингитами. 2.2. Серологической характеристикой менингококков, выделенных в группах населения риска заболевания, по эпид. показаниям, которыми являются: - подростки и взрослые, объединенные проживанием в общежитиях (школы-интернаты, ПТУ, ВУЗы), общежития рабочих; - дети в детских дошкольных учреждениях и обслуживающий персонал в них. 2.3. Определение чувствительности к сульфаниламидам и антибиотикам штаммов менингококков, выделенных из ликвора и крови больных и из носоглоточной слизи больных назофарингитами. III. Эпидемиологический анализ и оценка эффективности проводимых мероприятий Эпидемиологической оценке подлежат следующие показатели: Территориальное распределение заболевших• Помесячное распределение заболевших в разрезе районов, города,• области, республики по возрастам Распределение больных по контингентам• Очаговость генерализованными формами инфекции в коллективах• Распределение заболевших по клиническим формам болезни• Сроки госпитализации больных• Летальность инфекции в разных возрастных группах• Своевременность диагностики менингококковой инфекции• Распределение носителей менингококков по возрастам• Серологический пейзаж менингококков выделенных от больных и от• носителей в очагах На основании эпидемического анализа в отношении бактериальных менингитов, для его краткосрочного прогнозирования (на 2-3 года) могут быть использованы следующие признаки: Для начала эпидемического подъема характерно: - появление очагов с бактериальным менингитом генерализованными формами инфекции в организованных коллективах - увеличение в структуре заболевших лиц старшего возраста, подростков и взрослых - общий рост заболеваемости по сравнению с предыдущими годами - преимущественное выделение из крови и ликвора больных одной (ведущей) серогруппы менингококков (А и С) - увеличение уровня носительства менингококков, ответственных за эпидемический подъем (А и С) среди групп наибольшего риска, обследованных по эпид. показаниям Признаки завершения эпидемического подъема заболеваемости: - постепенное снижение заболеваемости, в первую очередь у взрослых, затем детей старших возрастных групп - увеличение для удельного веса маленьких детей, особенно в возрасте до 3 лет - уменьшение этиологической роли менингококков, вызвавших эпидемический подъем (А и С) и увеличение возбудителей других групп, в том числе редко встречающихся (Х, У,Z, 29E, 135W и др.) - отсутствие очагов с 2-мя и более заболевшими генерализованной формы бактериальных менингитов - снижение циркуляции менингококков, вызвавших подъем заболеваемости в очагах инфекции. Бактериальные менингиты могут проявляться развитием инфекционных состояний от бессимптомного носительства и нозофарингита до поражений оболочек головного и спинного мозга. Возбудителем менингококковых инфекций является менингококк Neissera meningitiglis, который представляет собой диплококк размером 0,6- 0,8 мкм, требователен к условиям культивирования. При любых отклонениях от 37оС погибает. Менингококки делятся на серогруппы A, B, C, D, E (29 Е), I, K, X, W (W 135) и Z. Наиболее часто встречается серогруппа А. Источником инфекции возбудителя является больной человек или бактерионоситель. В зависимости от эпидемиологической значимости источники возбудителя инфекции делятся на: 1. больных генерализованной формой; 2. больных острым менингококковым нозофарингитом; 3. «здоровые» носители- лица, выделяющие менингококки и не имеющие воспалительных изменений в носоглотке. Длительность носительства в среднем 2-3 недели, у 2-3 % лиц оно может продолжаться 6 и более недель. При наличии воспалительных процессов носоглотки возможно и более длительное носительство. Больные менингококковым назофарингитом также имеют большое значение в распространении менингококка. Они составляют в среднем 10-20 % из числа инфицированных менингококковой инфекцией. Длительность выделения возбудителя в среднем около 2 недель. Наличие катаральных явлений, легкое течение инфекции облегчает капельный путь распространения менингококка. Наиболее опасным источником являются больные генерализованной формой менингита, в продромальном периоде возбудителя выделяют в среднем с длительностью 4-6 дней. Однако, больные генерализованной формой менингококковых инфекций менее опасны, чем носители и больные назофарингитом, так как в большинстве случаев они изолируются с первых часов и дней заболевания и их контакты ограничены небольшим кругом людей. В эпидемиологии бактериальных менингитов характерны сезонность, периодичность и определенное возрастное распределение заболеваемости. Периодические подъемы наступают один раз в 10-15 лет и даже в 25 лет. Сезонность приходится на зимне-весенние месяцы (февраль-май). Группой риска являются дети до 14 лет (60-80 %) и лица молодого возраста из организованных коллективов. Для бактериальных менингитов характерны вспышки, возникающие в условиях переуплотнения, высокой влажности воздуха помещений, повышенного содержания в воздухе углекислоты и резких колебаний температуры воздуха. Очаги бактериальных менингитов условно делятся на 2 категории: 1. с небольшим числом контактных и четко очерченными границами (семьи, группа ДДО, классы, школы); 2. очаги со значительным числом лиц, находившихся в тесном общении (учащиеся СУЗов, ВУЗов, работники больших предприятий, учреждений), где определение границ очага затруднено. Переуплотнение, повышенная влажность воздуха в помещении, нарушение санитарно-гигиенического режима способствуют распространению инфекции и возникновению групповых заболеваний менингококковой инфекцией. Вспышки происходят чаще в организованных коллективах детей и подростков, как правило, в течение первых недель после их формирования или в период сезонного подъема заболеваемости. Противоэпидемические мероприятия в очаге бактериальных менингитов Выявленные больные бактериальными менингитами подлежат обязательной госпитализации. На все подозрительные случаи бактериальных менингитов подается экстренное извещение в территориальные ЦПЗиГСЭН (Постановление №583). При выявлении групповых заболеваний с числом 5 и более человек подается внеочередное донесение в ДПЗиГСЭН (согласно Постановлению КР №583 от 23.09.11 г. «Об утверждении Руководства по учету инфекционных заболеваний в КР») Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге менингококковой инфекции - коллективе, где возникло заболевание генерализованной формой менингококковой инфекции, является локализация и ликвидация очага. При получении экстренного извещения специалисты центра госсанэпиднадзора в течение 24 часов проводят эпидемиологическое расследование очага инфекции с заполнением карты эпидемиологического расследования очага инфекционных заболеваний, определяют границы очага, лиц, общавшихся с больным. Проводится однократное бактериологическое обследование всех контактных. За ними устанавливается медицинское наблюдение с осмотром носоглотки, кожных покровов и ежедневной термометрией в течение 10 дней. В ДДО, домах ребенка, школах-интернатах, школах и санаториях и других коллективах устанавливается карантин, сроком на 10 дней с момента изоляции больного. В течение этого срока запрещается прием новых и временно отсутствующих детей, а также переводы детей и персонала из одной группы в другую. Все лица, общавшиеся с больным в коллективе, семье подлежат медицинскому осмотру с участием отоларинголога для выявления и санации патологии ЛОР-органов. Лица с подозрительными высыпаниями на коже госпитализируются для исключения менингококцемии. Детям в возрасте до 1 года, общавшимся с больными генерализованной формой менингококковой инфекции, с профилактической целью вводят иммуноглобулин в дозе 1,5 мл, а в возрасте от 2-х до 7 лет включительно - 3,0 мл. Препарат вводят внутримышечно, однократно, не позднее седьмого дня после регистрации первого случая заболевания Больные с бактериологически подтвержденным менингококковым назофарингитом госпитализируются в зависимости от клинических и эпидемиологических показаний. При наличии условий изоляции на дому и обеспечения медицинского наблюдения они могут получать лечение дома. Критерием выписки больных из стационара является полное клиническое выздоровление без бактериологического обследования на носительство. Реконвалесценты менингококковой инфекции допускаются в детские дошкольные учреждения, школы, школы-интернаты, санатории и учебные заведения после одного отрицательного результата бактериологического обследования, проведенного не ранее, чем через 5 дней после выписки из стационара или выздоровления больного назофарингитом на дому. Необходимость и сроки диспансерного наблюдения определяются тяжестью перенесенного заболевания. Различные профилактические прививки реконвалесцентам, перенесшим генерализованную форму менингококковой инфекции, проводят через 6 месяцев после выздоровления, переболевшим менингококковым назофарингитом - через 2 месяца, носителям - через 1 месяц после элиминации возбудителя. Носители менингококков, выявленные при бактериологическом обследовании в детских дошкольных коллективах, школах-интернатах и др. детских учреждениях выводятся из коллектива на срок проведения санации. Из коллектива взрослых, в том числе учебных заведений, носители не изолируются. Носители менингококков - дети и взрослые, выявленные в семейных очагах, в детские дошкольные учреждения, школы, школы-интернаты, санатории, оздоровительные лагеря и др. детские учреждения не допускаются. Бактериологическое обследование коллективов, которые посещали эти носители, не проводится. При выявлении носителя менингококков среди больных соматических стационаров, его следует изолировать в бокс или полубокс. Вопрос о санации решается в зависимости от основного заболевания. При отсутствии возможности изоляции носителя курс санации проводится обязательно. Персонал отделения подвергается однократному бактериологическому обследованию, выявленные носители отстраняются от работы на время проведения санации. Выявленные носители менингококков санируются на дому или в специально развернутых для этих целей отделениях: взрослые ампициллином или левомицетином по 0,5 х 4 раза в день в течение 4 дней. Детям эти препараты назначают по той же схеме в возрастных дозировках. Через 3 дня после окончания курса санации носители, независимо от примененного препарата, подвергаются однократному бактериологическому обследованию и при наличии одного отрицательного бактериологического анализа они допускаются в коллективы.При длительном носительстве (свыше 1 месяца) и отсутствии воспалительных изменений в носоглотке носитель допускается в коллектив, где он был выявлен. Заключительная дезинфекция в очаге не проводится. В помещении рекомендуется влажная ежедневная уборка, максимальное разуплотнение в спальных комнатах и частое проветривание. Специфическая профилактика Наиболее действенной мерой борьбы с менингококковой инфекцией являются мероприятия, направленные на создание невосприимчивости инфекции. К ним относятся пассивная защита путем введения гаммаглобулина, а также вакцинопрофилактика. .С момента получения менингококковых полисахаридных вакцин не прекращается изучение их безвредности, реактогенности, иммунологической и эпидемиологической эффективности. Менингококковые полисахаридные вакцины применяют в очагах менингококковой инфекции, как в период эпидемического подъема, так и в межэпидемический период (экстренная профилактика) с целью предотвращения вторичных заболеваний. ВОЗ считает, что имеющиеся в настоящее время вакцины менингита (ACYW) эффективны и безопасны, они рекомендуют для вакцинации в группах риска, а так же массовой вакцинации во время эпидемии, вызванный менингококками этих серо групп. Менингококковая вакцина применяется с профилактической целью и с целью экстренной профилактики в очагах менингококковой инфекции. С профилактической целью менингококковой инфекции, вызванной менингококком серогруппы A, вакцинация проводится на территориях в период эпидемического неблагополучия при показателе заболеваемости более 2,0 на 100000 населения. Прививкам подлежат: - дети от 1 года до 7 лет включительно; -учащиеся первых курсов ВУЗов, СУЗов, организованные коллективы и объединенные совместным проживанием в общежитиях; -дети приминаемые в детские дома, учащимся первых классов школ- интернатов.; При резком подъеме заболеваемости менингококками типа А и С (при показателе свыше 20,0 на 100000 населения) проводится массовая вакцинация всего населения с охватом 85%. С целью экстренной профилактики (для предотвращения вторичных заболеваний) вакцина вводится в очаге инфекции впервые 5 дней после выявления первого случая заболевания генерализованной формой менингококковой инфекции. Вакцинации подлежат: - лица, находившиеся в контакте с больным в детском учреждении, школьном классе, семье, квартире, спальном помещении общежития и - учащиеся всего первого курса средних и высших учебных заведений при возникновении заболеваний ГФМИ на первом курсе или на старших курсах; - учащиеся старших курсов, общавшиеся с больным в группе или комнате общежития. Иммунизация осуществляется в соответствии с инструкцией по применению полисахаридной менингококковой вакцины с предварительным обязательным медицинским осмотром и не ранее чем через 2 месяца после введения других вакцин, а в очагах инфекции - независимо от срока их введения. В очаге менингококковой инфекции, вызванной менингококками других серогрупп, против которых нет вакцин, детям в возрасте от 7 месяцев до 7 лет, не позднее 7 дней после контакта, вводят иммуноглобулин человека в соответствии с инструкцией по его применению. Иммунизация против менингококков серо групп А и С приводят к быстрому (с 5 по 14 день) нарастанию специфических антител, обеспечивающих развитие невосприимчивости, сохраняющихся у детей в течении не менее 2-х лет, у взрослых антитела после вакцинации сохраняется до 10 лет. Повторная вакцинация проводится не ранее чем через 3 года. К противопоказаниям относится лишь хронические заболевания в стадии декомпенсации, злокачественные образования, болезни крови. Лица, перенесшие острые инфекционные и неинфекционные заболевания или обострение хронических болезней, прививают по выздоровлению (наступлению ремиссии). Риск осложнений для беременных не установлен. Учет профилактических прививок и отчетность Сведения о выполненной прививке (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение) регистрируют в учетных формах 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; 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. 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. Учет местных, общих, сильных, необычных реакций и поствакцинальных осложнений на проведение прививок против менингококковой инфекции в лечебно-профилактических организациях и центрах госсанэпиднадзора проводят в установленном порядке. Отчет о проведенных профилактических прививках проводят в соответствии с формами государственного статистического наблюдения.