



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
«РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА»  
Информационно-библиографический отдел



## **МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ: современные эпидемиологические и клинические аспекты**

### *Библиографический обзор*

Менингококковая инфекция (МИ) – группа острых бактериальных заболеваний, вызываемых *Neisseria meningitidis* и характеризующихся широким спектром клинических проявлений: от бессимптомного носительства до фульминантного сепсиса с высокой летальностью. В ходе совещания Комитета Государственной Думы по охране здоровья отмечено, что в Российской Федерации в текущем году в два раза увеличилась заболеваемость МИ по сравнению с предыдущим годом: если в 2024 году было зарегистрировано немногим более 600 случаев, то за восемь месяцев 2025 года уже выявлено 1266 случаев заражения. Особую тревогу вызывает изменение характера распространения инфекции: если ранее основную группу риска составляли дети, то в этом году 76% заболевших и умерших – взрослые. Подъем заболеваемости обусловлен усилением миграционных потоков и недостаточным уровнем иммунизации против МИ, которая в настоящее время не включена в национальный календарь профилактических прививок.

Министерство здравоохранения Российской Федерации в 2025 году усилило информационную кампанию, направленную на повышение уровня информированности населения о важности вакцинации. Расширен перечень субъектов Российской Федерации, в которых вакцинация против МИ включена в региональные календари профилактических прививок. Министр здравоохранения Российской Федерации М. М. Мурашко отметил, что вакцинация обеспечивает устойчивый эпидемиологический эффект, а приоритетной задачей является обеспечение доступности вакцин для детей, особенно относящихся к группам риска.

ГБУ ДНР «Республиканская научная медицинская библиотека» подготовила библиографический обзор нормативных документов и публикаций, освещающих вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики МИ, опубликованных в 2022–2025 гг. Ознакомьтесь, пожалуйста, с обзором, определите, какая статья вас заинтересовала, обратите внимание на порядковый номер аннотации – он соответствует номеру файла .pdf.

1. **Менингококковая** инфекция у детей : клинические рекомендации // Рубрикатор клинических рекомендаций : [сайт]. – URL : [https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/58\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/58_2).

В клинических рекомендациях представлены: краткая информация о заболевании; диагностика; лечение, включающее медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание; медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения; медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение; профилактика и диспансерное наблюдение; организация оказания медицинской помощи, а также критерии оценки качества медицинской помощи. В приложениях представлены справочные материалы, содержащие способы применения и дозы лекарственных препаратов, алгоритм действий врача, шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.

2. **СанПиН 3.3686-21.** Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней : утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой. – URL : <https://myclub.garant.ru/#/document/400342149/paragraph/5858/doclist/124/1/0/0/менингококк:0>.

Санитарные правила и нормы разработаны для предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди населения. Раздел XXXIX, посвященный профилактике менингококковой инфекции, включает подразделы, касающиеся выявления, регистрации и учета больных с генерализованной формой менингококковой инфекции (ГФМИ), а также лиц, подозреваемых в наличии этого заболевания, и больных острым назофарингитом. В данном разделе рассматриваются лабораторная диагностика ГФМИ, требования к организации и проведению противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности. Целью этих мероприятий является предотвращение возникновения и распространения ГФМИ. Также уделяется внимание вопросам санитарного просвещения населения с целью повышения осведомленности о факторах риска и мерах профилактики ГФМИ.

3. **Социально-экономическое** бремя менингококковой инфекции в Российской Федерации / Ю. В. Лобзин, А. С. Колбин, А. А. Вильниц [и др.] // Реальная клиническая практика: данные и доказательства. – 2024. – Т. 4, № 3. – С. 43-57.

Дана оценка социально-экономического бремени ГФМИ в Российской Федерации. Проведен подсчет затрат с учетом тяжести течения заболевания, необходимости пребывания в отделении реанимации, объема реабилитационных мероприятий и восстановительного лечения. Установлено, что общий годовой размер социально-экономического бремени МИ в целевой популяции из 611 пациентов различных возрастов – 1,395 млрд рублей. Прямые медицинские затраты составили 72,8% от общих затрат. Непрямые затраты достигли 311 443 579 рублей, что соответствует 24% от совокупных расходов. В среднем, годовые затраты на одного ребенка составили 2 352 956 рублей. Из этой суммы, 769 167 рублей (или 32,6% от общего объема) было направлено на стационарное лечение. Средневзвешенные затраты на одного пациента взрослой популяции – 2 427 686 рублей в год, из которых на реабилитационные мероприятия приходилось 1 270 946 рублей. Экономический ущерб в результате преждевременной смерти ребенка (0-14 лет) составил 70,96 млн рублей.

4. **Давыденко, М. А.** Эпидемиологические проявления гнойного бактериального менингита в Российской Федерации / М. А. Давыденко, Н. С. Чурилова, И. С. Королева // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2024. – Т. 23, № 5. – С. 33-41.

Определены эпидемиологические особенности гнойного бактериального менингита (ГБМ) в Российской Федерации в 2023 году. Установлено, что в 85% случаев возбудителями ГБМ в РФ выступают менингококк, пневмококк и гемофильная палочка. Следует подчеркнуть, что от

этих заболеваний можно защититься, прибегнув к вакцинации. Ведущая роль в этиологии ГБМ в России принадлежит менингококковой инфекции, на которую приходится 50% всех лабораторно подтвержденных случаев. Несмотря на незначительное уменьшение заболеваемости МИ в 2023 году, зафиксирован ее подъем на 39% среди детей в возрасте до пяти лет, что является тревожным сигналом, поскольку это наиболее уязвимая возрастная группа. Впервые за период наблюдения в серогрупповом составе менингококка доминирующей стала серогруппа W. В 2023 году зарегистрирован самый высокий показатель летальности от МИ – 21%. Анализ эпидемиологических характеристик ГБМ в Российской Федерации позволяет мониторить этиологическую структуру заболевания, выявлять возрастные группы и регионы повышенного риска.

5. **Каримова, М. Б.** Ошибки в диагностике и лечении менингококковой инфекции у детей / М. Б. Каримова, Э. Р. Рахманов, Г. М. Саидмуродова // Смург. – 2024. – № 21. – С. 88-94.

Анализируются типичные недочеты в диагностике и терапии МИ у пациентов детского возраста. Существенное воздействие на результат лечения МИ и дальнейшую тактику ведения пациентов оказывают погрешности в диагностике, допускаемые врачами первичного звена амбулаторной помощи. Это связано с тем, что начальные клинические признаки заболевания, характеризующиеся острым дебютом с интоксикационным синдромом, повышением температуры тела, рвотой, выраженным беспокойством, гиперемией кожных покровов лица и возникновением герпетических высыпаний на губах, нередко имитируют симптомы острых респираторных вирусных инфекций и кори. Согласно результатам исследования, в 53,1% случаев диагноз МИ был поставлен с опозданием, что привело к несвоевременному оказанию первичной медицинской помощи. У детей, которым на догоспитальном этапе были ошибочно диагностированы ОРВИ, кишечная инфекция, стоматит или энтеровирусная экзантема, наблюдалась недооценка тяжести состояния, вследствие чего им назначались лишь жаропонижающие средства без какой-либо специфической терапии.

6. **Менингококковая** инфекция – смертельно опасное заболевание: причины развития летальных исходов у детей / Г. П. Мартынова, Д. В. Злобин, И. А. Нахмунова [и др.] // Детские инфекции. – 2024. – Т. 23, № 3. – С. 5-10.

Изучены причины развития летальных исходов у пациентов с ГФМИ. В ходе анализа установлено, что правильный диагноз ГФМИ и адекватная оценка тяжести состояния пациента имеют место только в 30-40% случаев, что можно объяснить особенностями развития заболевания: в первые часы МИ протекает по типу респираторной инфекции, гриппа, проявляясь лишь симптомами интоксикации, и до появления типичной геморрагически-некротической сыпи выставить верный диагноз непросто. При этом на догоспитальном этапе нет возможности динамического наблюдения за пациентом, и период времени для клинической диагностики МИ крайне ограничен. В то же время 85% смертей от инвазивной МИ происходит в течение 24 часов с момента постановки диагноза, а значит, отсутствие раннего распознавания заболевания значительно повышает риск смерти или необратимого повреждения.

7. **Извекова, И. Я.** Генерализованная менингококковая инфекция у новорожденного: клинический пример и обзор литературы / И. Я. Извекова // Педиатрическая фармакология. – 2023. – Т. 20, № 2. – С. 141-155.

Описан тяжелый случай ГФМИ, включающей менингококцемию и менингит, у новорожденного в возрасте пяти дней. Проведен анализ литературных данных, демонстрирующий, что, несмотря на низкую частоту встречаемости, генерализованные формы этой инфекции могут возникать у новорожденных в результате заражения до, во время или после рождения. Акцентировано внимание на необходимости учитывать менингококковую этиологию заболевания при диагностике неонатального сепсиса, даже при отсутствии явных признаков

менингококцемии. Начальные проявления болезни часто неспецифичны, однако наблюдается стремительное ухудшение состояния пациента уже в первые часы. Подчеркивается важность повышенной бдительности врачей, оперативного начала эмпирической антибиотикотерапии и проведения полного комплекса диагностических исследований, включающих выявление *Neisseria meningitidis* в перечне возможных возбудителей неонатального сепсиса. Это особенно актуально в периоды повышенного риска ухудшения эпидемиологической обстановки по МИ в стране.

8. **Дмитриева, Т. Г.** Клинический случай редкой формы менингококковой инфекции у ребенка раннего возраста / Т. Г. Дмитриева, Ж. В. Кожухова, Л. З. Агаева // *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение.* – 2025. – Т. 14, № 1. – С. 103-107.

Представлено клиническое описание случая острого вирусно-бактериального менингоэнцефалита, вызванного *Neisseria meningitidis* серогруппы W и вирусом Эпштейна-Барр. Известно, что у детей раннего возраста оболочечные и общемозговые симптомы могут быть нечеткими, что затрудняет клиническую диагностику менингита и менингоэнцефалита. У пациента Г. (1 год 7 мес.) отсутствовала картина менингококцемии, и этиология была подтверждена только результатами ПЦР-исследования спинномозговой жидкости. Несмотря на то, что родители ребенка сразу обратились за медицинской помощью, и в первые сутки он был госпитализирован в профильный стационар, этиологический диагноз был установлен только на третьи сутки болезни. Однако не была проведена диагностика с использованием метода акустических стволовых вызванных потенциалов для раннего выявления повреждения слухового анализатора. В исходе болезни у пациента Г. развилась двусторонняя глухота.

9. **Атипичное** течение генерализованной формы менингококковой инфекции серотипа W у детей раннего возраста / Т. Г. Дмитриева, Ж. В. Кожухова, В. П. Суздalова [и др.] // *Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М. К. Аммосова. Серия «Медицинские науки».* – 2024. – № 4 (37). – С. 26-34.

Описаны три клинических наблюдения пациентов с ГФМИ, вызванной *Neisseria meningitidis*. У двоих из них причиной заболевания стала серогруппа W. Несмотря на схожую клиническую картину, эпидемиологическое расследование не выявило связи между этими тремя пациентами раннего возраста. Всех троих объединяло нетипичное начало болезни, проявлявшееся гастроинтестинальными симптомами. В дальнейшем у всех пациентов развился тяжелый менингоэнцефалит. Отличительной чертой представленных случаев является изолированный менингоэнцефалит без признаков менингококцемии, который является наименее распространенной формой ГФМИ. У двух пациентов было обнаружено сопутствующее инфицирование вирусом Эпштейна-Барр. У одного из пациентов развился артрит, классифицируемый как редкая форма МИ. У всех троих пациентов заболевание привело к сенсорной тугоухости.

10. **Менингококковая** инфекция у детей: реалии жизни, влияющие на течение и исход заболевания / Н. В. Скрипченко, Е. С. Егорова, А. А. Вильниц [и др.] // *Вопросы практической педиатрии.* – 2024. – Т. 19, № 4. – С. 113-120.

Представлен клинический случай пациента 7 лет с ГФМИ, вызванной менингококком серогруппы C, с рефрактерным септическим шоком и синдромом полиорганной недостаточности. Отмечено, что для МИ характерно разнообразие клинических форм, быстрое прогрессирование симптоматики, а также развитие тяжелых осложнений, часто приводящих к гибели пациента. Доказано, что ранняя диагностика имеет решающее значение, поскольку уровень смертности у пациентов с МИ достигает 80% при развитии септического шока. Для снижения летальности и инвалидизирующих последствий заболевания необходимы своевременное распознавание клинических симптомов, назначение адекватной терапии, а также преемственность между первичным и вторичным звеньями медицинской помощи.

11. **Менингококковая** пневмония / А. А. Гришаева, Л. К. Алимова, А. М. Домкина [и др.] // Инфекционные болезни. – 2024. – Т. 22, № 1. – С. 118-123.

Рассмотрены конкретные случаи из практики многопрофильной больницы, демонстрирующие сложности в диагностике и выборе стратегии лечения пациентов, страдающих менингококковой пневмонией. Ограниченное применение специализированных методов идентификации *Neisseria meningitidis* препятствует широкой диагностике в обычных больницах, куда чаще всего поступают пациенты с внебольничной пневмонией. Использование микроскопии с окраской по Граму позволяет на ранних стадиях заподозрить наличие МИ, особенно ее редких форм. Несмотря на то, что рекомендуется исследовать мокроту для диагностики МИ, в клинической практике часто трудно отличить бессимптомное носительство менингококка от истинного возбудителя пневмонии. Поэтому для выявления менингококковой пневмонии предпочтительными материалами для анализа являются бронхоальвеолярный лаваж и трахеобронхиальный аспират.

12. **Случай** менингококковой пневмонии, осложнившейся двусторонним плевритом и перикардитом / И. В. Давыдова, Т. Ю. Смирнова, О. Г. Литвинова, И. Ч. Партиллаева // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 11, № 4. – С. 127-133.

Описан случай ГФМИ у мужчины 33 лет, осложненной двусторонней пневмонией, плевритом и перикардитом. Нетипичное течение ГФМИ, без характерной геморрагической сыпи или гнойного менингита, значительно затруднило диагностику. Тяжесть заболевания, сопровождавшаяся миокардитом и гнойным перикардитом, обусловила необходимость проведения перикардиоцентеза в кардиологическом отделении, после чего пациент был направлен в инфекционную больницу для дальнейшей диагностики и лечения. Учитывая увеличение заболеваемости МИ, следует ожидать учащения случаев с атипичным течением. Всем пациентам с МИ показана антибиотикотерапия. Препаратами первого выбора являются цефалоспорины III–IV поколений (такие как цефотаксим, цефтриаксон, цефепим), фторхинолоны (например, ципрофлоксацин, пefлоксацин, офлоксацин) и карбапенемы (меропенем). Лечение проводится внутривенно капельно в максимальных дозировках, при отсутствии осложнений курс составляет от 7 до 10 дней. Выписка пациентов с ГФМИ возможна только после полного клинического выздоровления.

13. **Крамарь, Л. В.** Менингококковый менингит у ребенка с врожденным синдромом Арнольда-Киари: клинический случай / Л. В. Крамарь, Т. Ю. Ларина, Ю. О. Хлынина // Вестник Авиценны. – 2024. – Т. 26, № 4. – С. 685-693.

Описан клинический случай декомпенсации врожденного синдрома Арнольда-Киари (ВСАК) у пятилетнего мальчика, находившегося на стационарном лечении по причине МИ. До поступления в больницу ребенок развивался в соответствии с возрастной нормой, неврологические отклонения отсутствовали. При поступлении был диагностирован менингит и назначена диагностическая люмбальная пункция. Противопоказаний к проведению данной процедуры, как клинических, так и лабораторных, выявлено не было, признаки отека головного мозга отсутствовали. Осложнение возникло после выполнения люмбальной пункции. Диагноз ВСАК был поставлен на основании результатов МРТ головного мозга, где было обнаружено смещение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие (на 16 мм ниже края отверстия) с компрессией ствола головного мозга. Несмотря на интенсивную терапию в отделении реанимации, восстановление функций центральной нервной системы не произошло, и на 59-й день пребывания в стационаре пациент скончался от остановки сердца.

14. **Перикардит** – осложнение или проявление менингококковой инфекции, вызванной *Neisseria meningitidis* серогруппы W, у ребенка? / К. В. Маркова, Е. Ю. Скрипченко, Н. В. Скрипченко [и др.] // Инфекционные болезни. – 2024. – Т. 22, № 1. – С. 110-117.

Представлено клиническое наблюдение пациента, перенесшего ГФМИ, вызванную менингококком серогруппы W. У пациентки 4 лет на фоне адекватной этиопатогенетической терапии отмечалось стойкое увеличение СОЭ, несмотря на улучшение клинического состояния и санацию цереброспинальной жидкости, повышение С-реактивного белка на фоне нормального уровня прокальцитонина, что послужило основанием для дообследования и исключения поражения других органов. Благодаря своевременному углубленному кардиологическому обследованию был диагностирован перикардит, который мог привести к летальному исходу. Благоприятный исход в данном случае был достигнут благодаря назначению комплексной патогенетической терапии, включающей применение нестероидных противовоспалительных препаратов и лекарственных средств с антиоксидантным, антигипоксическим и цитопротекторным действием, таких как цитофлавин, что позволило улучшить исход заболевания.

**15. Клиническое** наблюдение первичного (изолированного) перикардита, вызванного *N. meningitidis* / О. О. Чернышева, М. С. Потемкина, Т. Ю. Смирнова [и др.] // Журнал инфектологии. – 2025. – Т. 17, № 1. – С. 125-129.

Рассматривается редкий вариант МИ – первичный менингококковый перикардит. Пациент К., 35 лет, поступил в больницу широкого профиля с предварительным диагнозом острого коронарного синдрома. При поступлении он жаловался на боли в грудной клетке, затрудненное дыхание, сухой кашель, головную боль, ощущение тошноты и высокую температуру тела. В ходе диагностического обследования с помощью эхокардиографии было обнаружено сдавление правого желудочка сердца и значительное расхождение листков перикарда, достигающее 40 мм. На основании признаков тампонады сердца была выполнена пункция перикарда, в результате которой было извлечено 600 мл мутной жидкости. Микробиологический анализ полученного материала выявил наличие *Neisseria meningitidis*, что послужило основанием для перевода пациента в специализированное инфекционное отделение. В инфекционном стационаре пациенту было назначено лечение, включающее антибиотики (цефтриаксон в дозе 2 г дважды в день), противовоспалительные препараты (60 мг в сутки), а также дезинтоксикационную, диуретическую и симптоматическую терапию. На фоне проводимого лечения на 17-й день пребывания в стационаре было отмечено устойчивое улучшение состояния пациента.

**16. Поражение** сердца при менингококковой инфекции / А. А. Гришаева, Л. К. Алимova, А. М. Домкина [и др.] // Лечащий Врач. – 2024. – Т. 12, № 27. – С. 32-38.

Представлен анализ существующих сведений о различных формах, механизмах развития, проявлениях в клинике, методах диагностики и терапевтических подходах при менингококковом поражении перикарда, миокарда и эндокарда. Трудность диагностирования менингококкового перикардита проиллюстрирована клиническим случаем. Пациент Ю., 36 лет, был доставлен в Региональный сосудистый центр ГKB «Коммунарка» с предварительным диагнозом «острый коронарный синдром». Из анамнеза известно, что за два дня до госпитализации у него появились повышение температуры тела до 39 °С, боль в грудной клетке, одышка и ощущение слабости. Пациенту была выполнена пункция и дренирование перикарда под рентгенологическим контролем в условиях рентгеноперационной. Было эвакуировано 600 мл гнойной жидкости мутного характера, которая была направлена на микробиологическое исследование. Анализ перикардиальной жидкости с использованием масс-спектрометрии выявил наличие менингококка, после чего был произведен посев на менингоагар. На вторые сутки были получены результаты бактериологического исследования жидкости из перикарда – выделена культура *Neisseria meningitidis* серогруппы W135, обладающая чувствительностью к меропенему, цефепиму, цефотаксиму, цефтриаксону и ципрофлоксацину. В посевах крови, взятом при поступлении, роста бактерий не обнаружено. Пациенту был поставлен окончательный диагноз: клинический – первичный менингококковый перикардит; осложнения – тампонада сердца, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок.

17. **Использование** продленной вено-венозной гемодиализации и гемоперфузии с полимиксином при фульминантной менингококковой инфекции: клинический случай / К. В. Середняков, Ю. С. Александрович, К. В. Пшениснов [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2023. – Т. 13, № 4. – С. 591-598.

Представлен клинический случай ГФМИ у ребенка семи лет с детальным описанием всех этапов интенсивной терапии. Подчеркнута важность оценки тяжести состояния и эффективности применения методов экстракорпоральной гемокоррекции. При поступлении в реанимационное отделение состояние ребенка оценено в 11 баллов по шкале pSOFA, что указывало на выраженную полиорганную дисфункцию, послужившую основанием для проведения продолжительной вено-венозной гемодиализации. На фоне проводимого лечения состояние пациента стабилизировалось. Спустя 68 часов после госпитализации прекращена поддержка гемодинамики медикаментозными препаратами, снижены параметры искусственной вентиляции легких. На седьмой день терапии пациент был экстубирован, признаков ухудшения респираторного дистресса не наблюдалось. На восьмой день после поступления, при полной компенсации жизненно важных функций, в связи с развитием ишемических повреждений и обширных некрозов тканей нижних конечностей, ребенок переведен в хирургический стационар для дальнейшего лечения.

18. **Атипичное** течение парвовирусной В19 инфекции при сочетанном инфицировании (клиническое наблюдение) / О. Н. Никишов, А. А. Кузин, А. Ю. Антипова [и др.] // Журнал инфектологии– 2023. – Т. 15, № 1. – С. 126-133.

Представлено описание необычного клинического случая тяжелой парвовирусной В19 инфекции, симптомы которой имитировали менингококковую инфекцию, возникшей на фоне одновременного заражения менингококком, гемофильной палочкой, вирусом гриппа А и другими бактериальными возбудителями. У пациента, поступившего в стационар с диагнозом острого респираторного заболевания и токсикодермии, в течение суток развились новые признаки: цефалгия, геморрагические высыпания, падение кровяного давления до 80/50 мм рт. ст., гипертермия до 39,8°С. Исходя из клинической картины, был поставлен предварительный диагноз: «Менингококковая инфекция, генерализованная форма – менингококцемия, тяжелое течение с инфекционно-токсическим шоком 2 степени». Однако микробиологические исследования ликвора, крови и мазков из ротоглотки и носа не выявили роста бактериальной флоры. В материале из носовой полости были идентифицированы гены *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* и вируса гриппа А/Н3N2. Параллельно, в спинномозговой жидкости и крови больного была обнаружена ДНК парвовируса В19 с высокой вирусной нагрузкой: Ct 21,1 и Ct 4,9 соответственно. Наличие у пациента как IgG-, так и IgM-антител к парвовирусу В19 подтвердило диагноз острой парвовирусной В19 инфекции.

Составитель:

Доценко Е. Г.

Ответственный за выпуск:

Ладвинская А. А.