Менингококковая инфекция

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A39 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Менингококковая инфекция — острая антропонозная инфекция, вызываемая Neisseria meningitidis и передающаяся воздушно-капельным путем. Практически главное — быстро распознать генерализованные формы: менингококкемию, менингит и смешанную форму, потому что ИТШ и отек-набухание головного мозга могут развиваться в первые часы и требуют экстренной госпитализации, ранней парентеральной АБТ и интенсивной терапии.

Главное

- Инкубационный период 2–10 дней, в среднем 4 дня; назофарингит может предшествовать генерализации у 30–60% больных ГФМИ.
- Для менингококкемии типичны острое начало, лихорадка, интоксикация и ранняя геморрагическая сыпь: при тяжелом течении она появляется в первые 12 часов, крупная, обильная, может некротизироваться.
- Менингит подозревают при лихорадке 38,5–39,5 °C, быстро нарастающей диффузной распирающей головной боли, рвоте «фонтаном», гиперестезии и менингеальных симптомах, обычно с конца 1-х — 2-х суток.
- ИТШ при менингококкемии может сформироваться за 1–3 часа; без неотложной терапии смерть возможна через 20–48 часов от начала болезни или через 5–20 часов от появления сыпи, летальность достигает 70%.
- Кома по шкале Глазго — 8 баллов и ниже; 3–5 баллов особенно неблагоприятны, особенно при широких зрачках и отсутствии окуловестибулярного рефлекса.
- Золотой стандарт этиологической диагностики ГФМИ — посев крови на стерильность и СМЖ на N. meningitidis с серогруппированием и определением чувствительности; материал берут максимально быстро до АБТ. УУР С, УДД 4.
- При ГФМИ антибактериальные препараты вводят только парентерально; при ИТШ — только внутривенно. УУР С, УДД 4.

Диагностика

1. Сначала оценить жалобы и сроки: лихорадка, озноб, ломота, слабость; при назофарингите — боль/першение в горле, заложенность носа, скудные выделения, редкий кашель; при подозрении на менингит — сильная постоянная головная боль, тошнота, рвота, гиперестезия. УУР С, УДД 4–5.
2. Уточнить эпиданамнез: контакт с больным ГФМИ, лихорадящими или катаральными больными; поездки в регионы повышенной заболеваемости; пребывание в закрытом коллективе; вакцинация от МКИ за последние 3 года. УУР С, УДД 5.
3. Осмотреть ротоглотку, кожу и неврологический статус: геморрагическая сыпь от петехий до звездчатых геморрагий, хотя бы один менингеальный знак, нарушение сознания или очаговая симптоматика — повод для экстренной маршрутизации. УУР С, УДД 4–5.
4. При подозрении на менингит/смешанную форму проводить общий клинический анализ СМЖ после спинномозговой пункции при отсутствии противопоказаний: физические свойства, цитоз, белок, глюкозу, лактат, D-димер; для этиологии — микроскопию, посев и ПЦР на N. meningitidis. УУР С, УДД 4.
5. При поступлении с подозрением на ГФМИ выполнить ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, КОС и газы крови, СРБ, прокальцитонин, коагулограмму; ПКТ >2 нг/мл и СРБ >2 стандартных отклонений от нормы поддерживают бактериальную природу и коррелируют с тяжестью. УУР С, УДД 4–5.
6. Этиологическая верификация: посев крови/СМЖ, микроскопия мазка СМЖ и крови по Граму, РЛА в СМЖ, ПЦР крови и СМЖ; обнаружение ДНК N. meningitidis в крови или СМЖ — абсолютное подтверждение диагноза. УУР С, УДД 4–5.
7. КТ или МРТ головного мозга выполнять по показаниям: новая очаговая неврологическая симптоматика, затяжной менингит без санации СМЖ на фоне эффективной in vitro АБТ, диагностические трудности, подозрение на объемный процесс, ОНМК, гематому, вентрикулит или гидроцефалию. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Локализованные формы и носительство при подтверждении лечат антибактериальными препаратами, активными против N. meningitidis: ампициллин, амоксициллин, амоксициллин/клавуланат 250/125 мг 3 раза/сут, цефиксим 400 мг 1 раз/сут, ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут, левофлоксацин 500 мг 1 раз/сут; длительность — по инструкции. Для эрадикации носительства УУР В, УДД 1; для локализованных форм УУР С, УДД 4.
- При веском подозрении на ГФМИ с геморрагической сыпью догоспитальную АБТ вводят только при сосудистом доступе, налаженной инфузии, тяжелом прогрессирующем состоянии, невозможности госпитализации до 90 минут и признаках ОНГМ/ИТШ. УУР С, УДД 5.
- Первая линия при ГФМИ — цефалоспорины III поколения цефтриаксон или цефотаксим в максимальных суточных дозах внутривенно 7–10 дней; при цефтриаксоне нельзя использовать растворы, содержащие кальций. УУР С, УДД 4.
- У пациентов с ГФМИ, особенно при ИТШ или ОНГМ, внутривенную АБТ начать не позднее 1 часа после поступления и постановки диагноза. УУР В, УДД 3.
- При ГФМИ с ИТШ или ОНГМ после нагрузочной дозы использовать пролонгированную инфузию бета-лактамов для поддержания терапевтической концентрации. УУР А, УДД 1.
- При ОНГМ и/или ИТШ лечить в ОРИТ; проводят интубацию и ИВЛ при необходимости, катетеризацию центральных вен и мочевого пузыря, установку назогастрального зонда. УУР С, УДД 4.
- При ИТШ/ОНГМ инфузию начинать немедленно сбалансированными кристаллоидами; стартовый объем — 7 мл/кг за 30–60 минут под контролем гемодинамики, диуреза и газообмена. УУР В, УДД 1.
- При ИТШ вазопрессор первой линии — норэпинефрин с целевым средним АД >65 мм рт. ст.; эпинефрин — препарат второй линии при рефрактерном ИТШ и высоких дозах норэпинефрина >0,5 мкг/кг/мин или его недоступности. УУР В, УДД 2 для норэпинефрина; УУР В, УДД 1 для эпинефрина.

Когда направить и как наблюдать

- Подозрение на генерализованную форму МИ — показание к обязательной экстренной госпитализации в инфекционный стационар/бокс с ОРИТ; при ОНГМ или ИТШ транспортировка бригадой интенсивной терапии. УУР С, УДД 4.
- Геморрагическая сыпь на дистальных участках конечностей или хотя бы один менингеальный знак — абсолютное показание для госпитализации в инфекционный стационар или боксированное отделение. УУР С, УДД 5.
- Признаки нарушения сознания, дезориентации, общемозговой или очаговой симптоматики на фоне интоксикации и менингеального синдрома — абсолютное показание для госпитализации реанимационной бригадой в ОРИТ. УУР С, УДД 4.
- В ОРИТ госпитализируют при быстром нарастании общемозговых, гемодинамических, геморрагических или полиорганных нарушений; ранней сыпи в первые 10 часов на груди, шее, лице; ЧД >22/мин; снижении АД; диурезе <40 мл/ч; pH <7,25; PaO2 <60–70 мм рт. ст. при FiO2 >50%; тромбоцитах <100 тыс./мкл; креатинине >400 мкмоль/л или мочевине >40 ммоль/л. УУР С, УДД 4.
- Выписка возможна при стойкой нормализации температуры не менее 5 дней, регрессе клиники, нормализации крови и СМЖ: белок <0,45 г/л, лимфоцитарный цитоз <100/мкл, глюкоза >2 ммоль/л, лактат <3,0 ммоль/л, а также отрицательных контрольных исследований на менингококк.

Частые вопросы

Какая сыпь наиболее подозрительна на менингококкемию?

Геморрагическая сыпь на фоне выраженной интоксикации, появляющаяся в 1–2-е сутки болезни. При тяжелом течении элементы крупные, обильные, могут быть на лице и туловище, часто с некрозом.

Можно ли исключить менингококковый менингит, если в первые часы нет менингеальных знаков?

Нет. В первые часы болезни менингеальные знаки могут отсутствовать даже при изолированном менингите и смешанной форме; максимальная выраженность обычно отмечается на 2–3-и сутки.

Какие препараты являются первой линией при генерализованной менингококковой инфекции?

В тексте препаратами первого выбора названы цефалоспорины III поколения: цефтриаксон и цефотаксим в максимальных суточных дозах внутривенно 7–10 дней. При ИТШ введение должно быть только внутривенным.

Когда начинать антибиотик при ГФМИ?

В стационаре при ГФМИ, особенно осложненной ИТШ или ОНГМ, внутривенную АБТ начинают не позднее 1 часа после поступления и постановки диагноза. На догоспитальном этапе ее вводят только при тяжелом прогрессирующем состоянии, сосудистом доступе, инфузии и невозможности быстрой госпитализации до 90 минут.

Что назначить контактным для экстренной химиопрофилактики?

Лицам старше 18 лет, находившимся в тесном контакте с больным МИ, применяют ципрофлоксацин 500 мг внутрь однократно или рифампицин 600 мг внутрь каждые 12 часов в течение 2 дней с учетом противопоказаний. УУР С, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1020-meningokokkovaya-infekciya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1020_1