**Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.2952-11
"Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита"**

2.1. Корь, краснуха, эпидемический паротит относятся к острым инфекционным вирусным заболеваниям преимущественно с воздушно-капельным путем передачи.

2.2. Корь в типичной манифестной форме характеризуется совокупностью следующих клинических проявлений:

- кашель и/или насморк, конъюнктивит;

- общая интоксикация, температура 38°С и выше;

- поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи с 4 - 5 дня болезни (1 день - лицо, шея; 2 день - туловище; 3 день - ноги, руки) и пигментация.

2.3. Краснуха в типичной манифестной форме характеризуется всеми перечисленными ниже проявлениями:

- непродолжительная мелкая пятнисто-папулезная сыпь, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах;

- незначительный подъем температуры;

- отсутствие интоксикации;

- лимфоаденопатия, увеличение задне-шейных лимфоузлов;

- редко - артралгия.

2.4. Врожденная краснушная инфекция (далее - ВКИ) возникает при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти или рождению ребенка с синдромом врожденной краснухи.

2.5. Синдром врожденной краснухи (далее - СВК) является одним из возможных исходов внутриутробного заражения вирусом краснухи, особенно в первом триместре беременности. Врожденные дефекты, ассоциированные с СВК, включают заболевания сердца, поражения глаз (катаракта, снижение остроты зрения, нистагм, косоглазие, микрофтальмия или врожденная глаукома), снижение слуха, отдаленные задержки умственного развития.

2.6. Эпидемический паротит характеризуется общей интоксикацией (слабость, недомогание, лихорадка) и одним или несколькими из следующих синдромов и симптомов:

- болезненное увеличение (распухание) одной или нескольких слюнных желез (одностороннее или двустороннее) - паротит;

- резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины - панкреатит;

- у мужчин - сильные боли в области мошонки (чаще с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка - орхит;

- у женщин - болезненность в подвздошной области (чаще с одной стороны) - оофорит;

- лихорадка до 39°С и выше, озноб, сильная головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и/или симптом Брудзинского - серозный менингит.

2.7. Случаи кори, краснухи или эпидемического паротита подразделяются на "подозрительные", "вероятные" и "подтвержденные".

"Подозрительным" считают случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных клинических признаков кори или краснухи, или эпидемического паротита, перечисленных в [пунктах 2.2 - 2.6](http://ivo.garant.ru/#/document/12192497/entry/10).

"Вероятным" считают случай острого заболевания, при котором имеются клинические признаки кори, краснухи или эпидемического паротита и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем данной болезни.

"Подтвержденным" считают случай кори, краснухи или эпидемического паротита, классифицированный как "подозрительный" или "вероятный", после лабораторного подтверждения диагноза. Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза в связи с невозможностью проведения лабораторных исследований "вероятный" случай классифицируется как "подтвержденный".

2.8. Окончательный диагноз кори, краснухи и эпидемического паротита устанавливается на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза (обязательного для кори и краснухи) и/или эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

2.9. Иммунитет к кори, краснухе, эпидемическому паротиту формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этих инфекций в установленном порядке. Показателем наличия иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов класса G (далее - IgG).

2.5. **Классификация случаев кори, краснухи и эпидемического паротита.**

2.5.1. *«Подозрительным»*считают случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных клинических признаков кори или краснухи, или эпидемического паротита, перечисленных в п. [2.3](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293851/4293851299.htm#i35039).

2.5.2. *«Вероятным»*считают случай острого заболевания, при котором имеются клинические признаки, отвечающие «стандартному определению» случая кори, краснухи или эпидемического паротита и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем данной болезни.

2.5.3. *«Подтвержденным»*считают случай кори, краснухи или эпидемического паротита, классифицированный как «подозрительный» или «вероятный» после лабораторного подтверждения диагноза. Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

2.5.4. При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза из-за невозможности проведения исследований «вероятный» случай автоматически классифицируется как «подтвержденный».

2.5.5. Окончательный диагноз кори, краснухи и эпидемического паротита устанавливается при наличии лабораторного подтверждения диагноза и/или эпидемиологической связи с другими подтвержденными случаями данного заболевания.

5.1. О каждом случае заболевания корью, краснухой или эпидемическим паротитом, а также при подозрении на указанные заболевания, врач лечебно-профилактического учреждения, врач, занимающийся частной практикой, направляет в течение 12 ч экстренное извещение по установленной форме в территориальный центр Госсанэпиднадзора по месту жительства больного.

Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции является его локализация и ликвидация.

При получении экстренного извещения врач-эпидемиолог центра Госсанэпиднадзора в течение 24 ч проводит эпидемиологическое обследование очага инфекции, определяет границы очага, круг лиц, общавшихся с больным, их прививочный и инфекционный анамнез в отношении кори, краснухи или эпидемического паротита, и назначает все необходимые противоэпидемические мероприятия, которые еще не были проведены на момент обследования очага.

Если очаг инфекции зарегистрирован в детском дошкольном учреждении или школе, то с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются дети, не болевшие этой инфекционной болезнью и не привитые против нее.

Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем:

- 5 дней - с момента появления сыпи при кори,

- 7 дней - с момента появления сыпи при краснухе,

- 9 дней - с момента появления сыпи при эпидемическом паротите. Допуск реконвалесцентов кори, краснухи и эпидемического паротита в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления.

6.1.5. Допуск реконвалесцентов в коллектив разрешается после клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев инфекционной болезни в очаге.

С целью выявления больных корью, краснухой или эпидемическим паротитом в очагах этих инфекций в детских дошкольных учреждениях и школах медицинскими сестрами или врачами данных учреждений ежедневно проводятся осмотры контактных детей.

6.2.3. При наличии среди лиц, общавшихся с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом в очаге, не привитых (или однократно привитых) и не болевших этими инфекциями, за ними устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления первого случая заболевания в очаге. В этот период среди указанных категорий лиц, общавшихся с больными в очаге, должно проводиться активное выявление заболевших (возможно использование серологических методов исследования с целью выявления легких, атипичных и бессимптомных форм инфекций, для чего проводят забор проб крови в те же сроки, что и у больных).

6.2.4. С целью предупреждения возникновения последующих случаев заболевания корью или эпидемическим паротитом в очаге проводится вакцинация (ревакцинация) следующим категориям лиц в возрасте до 35 лет из числа общавшихся с больными:

 не болевшим данной инфекционной болезнью ранее и не привитым против нее;

 не болевшим данной инфекционной болезнью ранее и однократно привитым против нее (если с момента прививки прошло не менее 6 мес.);

 лицам с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом в отношении соответствующей инфекции;

 лицам, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела в защитных титрах к вирусу кори, эпидемического паротита или краснухи.

6.2.5. Прививки указанным категориям лиц, находившимся в контакте с больными, проводятся:

 в очагах кори не позднее 72 ч с момента выявления больного;

 в очагах краснухи только выявленным серонегативным лицам не позднее 72 ч с момента выявления больного;

 в очагах эпидемического паротита не позднее 7-го дня с момента выявления первого больного в очаге.

6.2.6. Детям, общавшимся с больным корью или эпидемическим паротитом и имеющим медицинские отводы от профилактических прививок или не достигшим прививочного возраста, вводится иммуноглобулин (в соответствии с инструкцией по его применению) не позднее 5-го дня с момента контакта с больным;

 контактировавшим с больным корью - иммуноглобулин человека (нормальный или противокоревой);

 контактировавшим с больным эпидемическим паротитом - иммуноглобулин человека (нормальный или, при его наличии, противопаротитный).

6.2.7. Сведения о прививках (дата прививки, название и серия вакцины, контрольный номер серии вакцины), проведенных лицам, контактировавшим с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом, регистрируются во всех учетных формах прививочной документации.

6.2.8. Беременные, находившиеся в очагах краснушной инфекции, подлежат медицинскому наблюдению и серологическому обследованию для определения тактики предупреждения врожденных заболеваний новорожденных. Забор проб крови у беременных проводят одновременно с забором крови у первого больного в очаге.

6.2.9. В случае появления у беременной клинических признаков краснухи, проводится симптоматическое лечение. Беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода. Вопрос о прерывании беременности решается индивидуально после серологического подтверждения диагноза.

6.2.10. В случае отсутствия у беременной клинических признаков краснухи дальнейшая тактика определяется при серологическом обследовании по результатам иммуноферментного анализа (ИФА).

Если при первом обследовании у беременной выявлены специфические IgG (при отсутствии IgM) к возбудителю краснухи в концентрациях (титрах) 25 МЕ/мл и выше (условно защитный), то дальнейшее медицинское наблюдение за ней не проводят.

Если антитела (IgG и IgM) не обнаружены, беременной рекомендуется исключить контакт с больным краснухой, повторить обследование через 2 недели, в течение которых проводят медицинское наблюдение за беременной. При отрицательном результате повторного исследования через 2 недели проводят третье серологическое обследование, продолжая медицинское наблюдение за беременной. Если и при третьем обследовании антитела не выявлены, то беременную предупреждают о том, что она восприимчива (серонегативна) к возбудителю краснухи и наблюдение прекращают.

Если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM к возбудителю краснухи, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода. Через 2 недели после первого проводят повторное серологическое обследование. При подтверждении диагноза, вопрос о прерывании беременности решается индивидуально.