

Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование
Российской Федерации

3.1.2. ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА КОРЬЮ, КРАСНУХОЙ
И ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ**

Методические указания
МУ 3.1.2. 4045 -24

Москва 2024

Эпидемиологический надзор за корью, краснухой и эпидемическим паротитом. МУ 3.1.2. ~~4075~~ -24

1. Разработаны Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Е.Б. Ежлова, А.А. Мельникова, А.А. Ватолина); ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора (Н.Т. Тихонова, О.В. Цвиркун, А.Г. Герасимова, Н.В. Тураева, Л.А. Баркинхоева, Т.Н. Москалева, Т.А. Мамаева, Т.С. Рубальская, Д.В. Ерохов, П.Е. Жердева).

2. Утверждены руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации А.Ю. Поповой «25» декабря 2024 г.

3. МУ 3.1.2. ~~4075~~-24 введены взамен МУ 3.1.2.1177-02 «Эпидемиологический надзор за корью, краснухой и эпидемическим паротитом», утвержденных Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации, Первым заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации 21.11.2002.

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель Федеральной службы
по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека,
Главный государственный санитарный
врач Российской Федерации



А.Ю. Попова

«25» апреля 2024 г.

Дата введения «25» апреля 2025 г.

3.1.2. ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА КОРЬЮ, КРАСНУХОЙ И ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ

Методические указания
МУ 3.1.2. 4045 -24

I. Область применения

1.1. Настоящие методические указания (далее – МУ) описывают основные принципы организации и алгоритм проведения эпидемиологического надзора за корью, краснухой и эпидемическим паротитом с целью оптимизации стратегии и тактики санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в отношении данных инфекций.

1.2. Настоящие МУ предназначены для специалистов органов и организаций, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) в отношении кори, краснухи и эпидемического паротита, а также могут быть использованы специалистами органов управления здравоохранением, научно-исследовательских и образовательных организаций в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия по кори, краснухе и эпидемическому паротиту¹.

¹ Глава XXXV СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 (зарегистрировано Минюстом России 15.02.2021, регистрационный № 62500), с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.02.2022 № 5 (зарегистрировано Минюстом России 01.03.2022, регистрационный № 67587); от 25.05.2022 № 16 (зарегистрировано Минюстом России 21.06.2022, регистрационный № 68934) (далее – СанПиН 3.3686-21).

II. Общие положения

2.1. Многолетняя вакцинопрофилактика и эффективный эпидемиологический надзор позволили добиться стабилизации показателей заболеваемости корью, краснухой и эпидемическим паротитом в Российской Федерации на спорадическом уровне.

В 2002 году Российская Федерация разработала программу ликвидации кори, положив начало новому этапу развития эпидемиологического надзора за этой инфекцией, который нуждался в существенном расширении информационного обеспечения². Организован Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой на базе ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора³ (далее – ННМЦ), организована лабораторная сеть по стране с целью верификации диагноза, введены индивидуальный учет случаев кори, краснухи и эпидемического паротита в масштабе страны, эпидемиологическое расследование каждого случая и молекулярно-генетическое типирование циркулирующих штаммов возбудителей этих инфекций⁴.

2.1. Корь

2.1.1. Стандартное определение случая кори: любой человек с температурой 38°C и выше, пятнисто-папулезной сыпью и хотя бы с одним из следующих симптомов: кашель, насморк, конъюнктивит (красные глаза) или любой человек с подозрением на корь.

2.1.2. В многолетней динамике отмечается цикличность периодов подъема и спада заболеваемости. Последние циклические подъемы заболеваемости, связанные с накоплением не иммунных лиц к кори, в том числе в период пандемии COVID-19, отмечались в 2019 и 2024 годах. Особенность текущего периода – активное вовлечение не привитых детей в эпидемический процесс кори (более 60% от регистрируемых случаев). Распределение по территориям страны неравномерно, в ряде субъектов – длительное прерывание эпидемического процесса кори.

Важным аспектом является вовлечение в эпидемический процесс социально-профессиональных групп риска, к которым относятся работники медицинских организаций, сферы образования, торговли, общественного питания, а также религиозные общины, цыгане, мигранты, что требует более пристального внимания к этим группам населения⁵.

² Приказ Минздрава России от 19.08.2002 № 270 «Об утверждении программы ликвидации кори на территории Российской Федерации к 2010 году».

³ Приказ Роспотребнадзора от 01.03.2010 № 69 «О координации деятельности по эпиднадзору за корью и краснухой».

⁴ Приказ Минздрава России от 15.08.2001 № 327 «Об организации Национального научно-методического центра по надзору за корью» (далее – приказ Минздрава России от 15.08.2001 № 327).

⁵ Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году» – www.rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=27779 (в свободном доступе) (далее – Государственный доклад).

2.2. Краснуха

2.2.1. Стандартное определение случая краснухи: больной любого возраста, у которого медицинский работник подозревает краснуху. При наличии таких симптомов, как повышение температуры тела, пятнисто-папулезная сыпь, увеличение шейных, затылочных, или заушных лимфатических узлов, артралгия/артрит, можно заподозрить вероятный случай краснушной инфекции.

2.2.2. Стандартное определение случая синдрома врожденной краснухи (далее – СВК): любой ребенок, не достигший годовалого возраста, у которого медицинский работник может заподозрить СВК. Если у ребенка в возрасте от 0 до 12 месяцев обнаружена болезнь сердца и (или) возникает подозрение на глухоту и (или) один или несколько из следующих офтальмологических признаков: помутнение зрачка (катаракта), ослабление остроты зрения, маятникообразное движение глаз (нистагм), косоглазие, уменьшенное глазное яблоко (микрофтальм), или увеличенное глазное яблоко (врожденная глаукома), то можно заподозрить случай СВК. Также если в анамнезе матери младенца есть данные о подозрении на краснуху или подтвержденный диагноз краснуха в период ее беременности, то можно заподозрить случай СВК (даже если никаких признаков СВК у ребенка не выявлено).

2.2.3. Врожденная краснушная инфекция (далее – ВКИ): если у женщины в период беременности были подозрения на краснуху или есть подтвержденный диагноз краснухи, то ребенку необходимо провести анализ крови на наличие IgM антител к вирусу краснухи. Случай, когда у ребенка от 0 до 7 месяцев отсутствуют клинические признаки СВК, но IgM антитела к вирусу краснухи положительные, классифицируется как врожденная краснушная инфекция.

2.2.4. Специфическая профилактика и эпидемиологический надзор за краснухой стабилизировали показатель заболеваемости на спорадическом уровне уже в 2014 году – 0,17 на 100 тысяч населения. Успеху в борьбе с краснухой способствовали высокий охват прививками декретированных групп населения страны – более 95% последние 10 лет, что препятствовало распространению вируса. Для реализации программы ликвидации краснухи в Российской Федерации к 2010 году был разработан и внедрен ряд отчетных форм, существенно дополнивших информационное обеспечение эпидемиологического надзора за инфекцией⁶. Внедрение в практику здравоохранения индивидуального учета и обязательной лабораторной верификации каждого случая позволили всесторонне анализировать заболеваемость краснухой⁷.

В отношении краснухи с 2017 года Региональной комиссией по верификации элиминации кори и краснухи в Европейском Регионе ВОЗ на территории Российской Федерации признан факт элиминации краснухи, которая поддерживается и на сегодняшний день⁸.

⁶ Приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 117 «О реализации «Программы ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 году» (далее – приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 117).

⁷ Пункты 2121, 2723 СанПиН 3.3686-21.

⁸ Государственный доклад.

2.3. Эпидемический паротит

2.3.1. Стандартное определение случая эпидемического паротита: больной любого возраста, у которого присутствуют следующие клинические симптомы: острое начало односторонней или двусторонней, болезненной при пальпации, ограниченной припухлости околоушных или иных слюнных желёз, которая сохраняется в течении двух или более дней без другой очевидной причины.

2.3.2. На протяжении последних лет заболеваемость эпидемическим паротитом находится на спорадическом уровне. Выраженный подъем заболеваемости отмечался в 2017 и 2024 годах. Заболеваемость эпидемическим паротитом характеризуется неравномерным распределением по территориям страны, более 80% всех случаев приходится на 2 – 3 субъекта. Анализ долевого участия разных возрастных групп в поддержании эпидемического процесса этой инфекции показал, что в целом по стране дети и взрослые болеют в равных долях⁹.

III. Эпидемиологический надзор за корью, краснухой и эпидемическим паротитом

3.1. Основные направления эпидемиологического надзора за корью, краснухой и эпидемическим паротитом

3.1.1. Эпидемиологический надзор за корью, краснухой и эпидемическим паротитом включает в себя:

- динамическое слежение за заболеваемостью (текущий и ретроспективный эпидемиологический анализ, индивидуальный учет и лабораторное подтверждение каждого случая заболевания);

- динамическое слежение за иммунологической структурой населения (анализ охвата населения профилактическими прививками, результатов выборочного серологического обследования индикаторных возрастных групп населения, а также оценка популяционного иммунитета);

- молекулярно-генетическое типирование циркулирующих штаммов вирусов кори, краснухи и эпидемического паротита.

Ввиду того, что эпидемиологические закономерности и клинические проявления кори, краснухи и эпидемического паротита имеют сходные черты, сбор основной информации осуществляется по единым формам¹⁰, а серологическое обследование проводится в единых индикаторных группах.

3.2. Мониторинг заболеваемости

3.2.1. Для персонального учета больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом о каждом случае заболевания или подозрения на него медицинский работник предоставляет экстренное извещение в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-

⁹ Государственный доклад.

¹⁰ Приложения 29 – 31 СанПиН 3.3686-21.

эпидемиологический контроль (надзор), по месту выявления больного (независимо от места его постоянного пребывания)¹¹. Регистрация, учет и эпидемиологическое расследование проводится в установленном порядке¹².

Каждый случай заболевания корью, краснухой или эпидемическим паротитом или подозрения на эти заболевания подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний (допускается использование электронных журналов) по месту их выявления в медицинских организациях, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, других организациях, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор)¹³. При получении экстренного извещения о случае кори, краснухи, эпидемического паротита специалист территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), в течение 24 ч проводит эпидемиологическое расследование¹⁴.

На каждый случай, подозрительный на корь, краснуху или эпидемический паротит, специалистами территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), по месту выявления больного (независимо от места его постоянного пребывания) заполняется «Карта эпидемиологического расследования случая заболевания корью/краснухой/эпидемическим паротитом и подозрительного на эту инфекцию»¹⁵ (приложения 1 – 3 к настоящим МУ), которая, по окончании эпидемиологического расследования очага кори, краснухи или эпидемического паротита, вместе с отчетом о мероприятиях в очаге инфекции (см. приложения 4 – 5 к настоящим МУ) направляется в ННМЦ.

Ежемесячно территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), направляют в адрес Региональных центров по надзору за корью и краснухой (далее – РЦ) отчет о заболеваемости корью, краснухой и эпидемическим паротитом по утвержденной форме¹⁶ (приложение 7 к настоящим МУ).

Каждый случай, подозрительный на корь и краснуху, подлежит регистрации в электронной централизованной системе инфекционных заболеваний (далее – ЦИСИЗ), ввод данных в систему ЦИСИЗ осуществляют специалисты РЦ¹⁷. Каждому случаю присваивается уникальный эпидемиологический номер, в котором закодированы: название страны и субъекта Российской Федерации, год, месяц, порядковый номер случая, что позволяет не использовать индивидуальные данные пациента¹⁸. Эта программа включает в себя эпидемиологические данные,

¹¹ Пункты 24, 26 СанПиН 3.3686-21.

¹² Глава XXXV СанПиН 3.3686-21.

¹³ Пункт 26 СанПиН 3.3686-21.

¹⁴ Пункт 2742 СанПиН 3.3686-21; приказ Минздрава России от 15.08.2001 № 327.

¹⁵ Пункт 2723 СанПиН 3.3686-21.

¹⁶ Пункт 2724, приложение 31 СанПиН 3.3686-21.

¹⁷ Пункт 2725 СанПиН 3.3686-21.

¹⁸ Приложения 29 – 31 СанПиН 3.3686-21.

клинические данные, результаты лабораторного исследования сыворотки/сывороток, результаты молекулярно-генетического типирования.

3.2.2. С 2010 года в Российской Федерации в рамках эпидемиологического надзора за корью проводится обследование лиц с лихорадкой и пятнисто-папулёзной сыпью на корь¹⁹. Наиболее эффективен активный эпидемиологический надзор в условиях спорадической заболеваемости для недопущения пропущенных случаев кори. Для повышения эффективности проводимых мероприятий целесообразно:

- в каждом субъекте страны проводить обследование лиц с лихорадкой и пятнисто-папулёзной сыпью, равномерно в течении года, в равном соотношении детей и взрослых из расчета 2 на 100 тыс. населения;
- обследовать больных по следующим критериям: пятнисто-папулезная сыпь, лихорадка 38 °С и выше;
- не обследовать лиц, привитых против кори и краснухи менее 6 месяцев назад.

3.2.3. Сочетание активного (активный поиск случаев кори и краснухи среди больных с экзантемой и лихорадкой) и рутинного надзора обеспечивает повышение чувствительности эпидемиологического надзора и может быть оценен показателем отмененных случаев²⁰. Расчет показателя проводится по формуле (1):

$$\frac{(A+B) \times N}{100000}, \quad (1)$$

где: N – население субъекта Российской Федерации;

A – число отмененных случаев кори/краснухи среди лиц с лихорадкой и пятнисто папулёзной сыпью;

B – число отмененных случаев кори/краснухи среди лиц с подозрением на эти инфекции²¹.

Данный показатель является индикатором качества проводимого эпидемиологического надзора за инфекциями.

3.3. Классификация случаев кори, краснухи и эпидемического паротита

3.3.1. По степени достоверности диагноза случаи заболевания корью, краснухой или эпидемическим паротитом классифицируются как подозрительные, вероятные или подтвержденные²².

¹⁹ Приказ Роспотребнадзора от 05.02.2010 № 33 «Об обследовании больных с экзантемой и лихорадкой в рамках реализации Программы ликвидации кори».

²⁰ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 12.04.2010 № 23 «О реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 году в рамках стратегического плана Европейского региона ВОЗ 2005–2010».

²¹ ВОЗ. Руководство по эпидемиологическому надзору за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи в Европейском регионе, 2010 – https://cdn.who.int/media/docs/default-source/vaccines-and-immunization/mr_lab_manual_rus04d9dcde-2cc6-4a78-8576-a4c1b5a7904c.pdf?sfvrsn=616b035f_3 (в свободном доступе).

²² Пункт 2719 СанПиН 3.3686-21.

- «подозрительным» следует считать случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных клинических признаков кори, краснухи, эпидемического паротита, перечисленных в «стандартном определении случая» (см. гл. II);

- «вероятным» следует считать случай острого заболевания, при котором имеются клинические признаки, отвечающие «стандартному определению» случая кори, краснухи или эпидемического паротита (см. гл. II) и эпидемиологическая связь с другим, подозрительным или подтвержденным, случаем данной болезни²³;

- «подтвержденным» следует считать случай кори, краснухи, эпидемического паротита, классифицированный как «подозрительный» или «вероятный» после лабораторного подтверждения диагноза методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА).

Лабораторно подтвержденный случай не обязательно должен отвечать клиническому определению случая.

При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза из-за невозможности проведения исследований, при наличии эпидемиологической связи с лабораторно-подтвержденным случаем кори, он классифицируется как эпидемиологически связанный.

При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза и эпидемиологической связи с источником инфекции, но наличии одного или нескольких типичных клинических признаков кори, краснухи, эпидемического паротита, перечисленных в «стандартном определении случая» (см. гл. II), случай считается клинически подтвержденным.

3.3.2. С учетом данных эпидемиологического расследования случаи кори, краснухи и эпидемического паротита делятся на импортированные, завозные, связанные с импортированным/завозным и местные:

- импортированным считается случай заболевания корью, краснухой, эпидемическим паротитом, когда заболевший в период 7 – 21 день до появления симптомов находился на территории другого государства (при наличии документального подтверждения поездки);

- завозным считается случай заболевания корью, когда заболевший в период 7 – 21 день до появления симптомов находился на территории другого субъекта Российской Федерации;

- связанным с импортированным/завозным считается случай заболевания корью, когда имеется эпидемиологическая связь со случаем, классифицированным как импортированный/завозной;

- местным считается случай заболевания корью, когда заболевший в период 7 – 21 день до появления симптомов не покидал территорию/субъект проживания.

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

²³ Приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 117.

IV. Диагностика и регистрация случаев кори, краснухи и эпидемического паротита

4.1. Клиническое течение кори и краснухи

4.1.1. У больных независимо от возраста корь протекает типично, преимущественно (более 90%) в среднетяжелой форме с сохранением всей присущей этой инфекции симптоматики. Важен тщательный первичный осмотр больного, включая осмотр кожи и слизистых оболочек, а также дальнейшее наблюдение за развитием совокупности клинических симптомов в динамике, в том числе наблюдение за сыпью и слизистой оболочкой полости рта.

Корь протекает циклически с чередованием основных периодов: продромального (катарального), высыпания, пигментации. Симптоматика катарального периода напоминает острую респираторную инфекцию (ОРИ), но для кори характерно наличие нарастающих катаральных явлений, конъюнктивита со светобоязнью, частого сухого кашля, явлений интоксикации. Выявление в этом периоде болезни изменений слизистой рта в виде энантемы мягкого и твердого неба и пятен Бельского-Филатова-Коплика на слизистой щек позволяет врачу без сомнения поставить диагноз кори.

В период высыпания следует обратить внимание на новое повышение температуры до фебрильных цифр, усиление катаральных явлений и интоксикации, этапность появления сливной пятнисто-папулезной сыпи (1 день – на лице, шее; 2 день – на туловище и руках; 3 день – на ногах), а в дальнейшем – поэтапный переход в пигментацию.

4.1.2. Клинический диагноз краснухи может быть установлен на основании совокупности симптомов, а именно неяркой розовой мономорфной мелкой пятнистой или пятнисто-папулезной сыпи без склонности к слиянию на фоне нормальной или субфебрильной температуры, а также увеличения затылочных и заднешейных лимфатических узлов. Катаральные явления у больных краснухой отсутствуют или выражены слабо в виде легкой гиперемии ротоглотки и ринита. Изменения слизистой полости рта выявляются редко в виде энантемы мягкого неба. Сыпь исчезает после 3 дня без пигментации. У взрослых больных краснухой, особенно женщин могут отмечаться артриты и артропатии.

4.2. Клиническое течение эпидемического паротита

4.2.1. Выделяют следующие типичные клинические формы эпидемического паротита: железистые, нервные, железисто-нервные.

Для всех форм характерен интоксикационный синдром в виде повышения температуры, недомогания, слабости, головной боли, снижения аппетита, иногда боль в мышцах и суставах. Температура повышается от субфебрильных цифр (при легкой степени тяжести) до плюс 38,0 – 40,0 °С. При поражении поджелудочной железы возможна рвота.

Железистая форма проявляется поражением слюнных желез (паротит, субмандибулит, сублингвит), поджелудочной железы (панкреатит), половых желез (орхит, простатит, оофарит). При этом на 3 – 4 день заболевания на фоне

интоксикации появляется болезненное увеличение (распухание) одной или нескольких слюнных желез (одностороннее или двустороннее); реже отмечаются резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, что свидетельствует о панкреатите.

У мужчин могут быть сильные боли в области мошонки (чаще с одной стороны), иррадиирующие в нижние отделы живота, увеличение размеров яичка (орхит), а у женщин – болезненность в подвздошной области, чаще с одной стороны (оофорит).

Для нервной формы характерно острое начало, лихорадка до температуры плюс 39 °С и выше, озноб, сильная головная боль, рвота, менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского), свидетельствующие о серозном менингите. Появление очаговой симптоматики, парезов и параличей может быть при менингоэнцефалите.

Для железисто-нервной формы характерно сочетание перечисленных выше клинических проявлений поражения желез и нервной системы.

Возможные осложнения: глухота, миокардит, перикардит, нефрит, гепатит, мастит, тиреоидит, артрит, энцефалит, тромбоцитопения.

При спорадической заболеваемости иногда может оказаться необходимым исключить другие возможные причины увеличения слюнных желез, например, инородные тела в слюнном протоке, нагноение, новообразования. Нуждаются в лабораторном подтверждении и изолированные поражения вирусом эпидемического паротита центральной нервной системы (нервные формы эпидемического паротита), а также стертые формы заболевания.

4.3. Лабораторная диагностика кори, краснухи и эпидемического паротита

4.3.1. Лабораторное обследование с целью верификации диагноза кори, краснухи и эпидемического паротита проводится на основании анализа сыворотки крови. Возможно использование плазмы крови, если это указано в инструкции производителя тест-системы для постановки ИФА. Для проведения анализа не следует использовать гемолизированные, мутные, а также ксантохромные образцы (желтого цвета).

В случае получения непригодной для исследования сыворотки рекомендуется повторное взятие крови. Кровь берется натошак из вены в объеме 3 – 4 мл в стерильную пробирку – сухую или вакуумную пробирку с разделительным гелем. Пробу крови отстаивают при комнатной температуре в течение 30 минут или помещают в термостат при температуре 37 °С на 15 мин. Затем проводится центрифугирование в течение 15 мин при 3000 об/мин. По окончании центрифугирования сыворотку переносят в отдельную пробирку (например, типа «Эппендорф»). Образцы сывороток крови хранятся при комнатной температуре плюс 18 – 25 °С в течение 6 ч, при температуре плюс 2 – 8 °С – в течение суток. Для более длительного хранения образцы необходимо разделить на аликвоты и заморозить при температуре не выше минус 16 °С. Многократное замораживание/размораживание сыворотки (плазмы) крови недопустимо. Пробирка с биологическим материалом визуально проверяется на герметичность и маркируется в соответствии с прилагаемым направлением (приложение 6 к

настоящим МУ). При транспортировании внутри одного здания пробирки с биологическим материалом помещают в штативы и специальные герметичные контейнеры-переноски. Транспортирование производится при комнатной температуре в течении 15 мин или при температуре плюс 2 – 8 °С. Образцы от каждого пациента помещают в индивидуальный герметичный пакет и дополнительно упаковывают в общий герметичный пакет (zip-lock) подходящего размера с адсорбирующим материалом в количестве, достаточном для адсорбции всего образца в случае его утечки. Пакет герметично закрывают. Полиэтиленовый пакет помещают в термоизолирующий контейнер (сумку-холодильник), приспособленный для транспортирования биологических материалов, и транспортируют при температуре плюс 2 – 8 °С в вирусологическую лабораторию РЦ в течение 72 ч.

Тестирование образцов сыворотки методом ИФА проводят с использованием разрешенных к применению и зарегистрированных на территории Российской Федерации в установленном порядке²⁴ реагентов по определению специфических антител. Постановка ИФА осуществляется в соответствии с инструкцией производителя диагностического набора.

С учетом чувствительности тест-систем, используемых для определения специфических антител (маркеров инфекции), оптимальными сроками получения сыворотки крови для диагностики методом ИФА являются 4 – 5 день при кори, 6 – 7 день при краснухе с момента появления сыпи (1-я сыворотка), как можно раньше в остром периоде заболевания при эпидемическом паротите. Второй образец сыворотки должен быть получен при проведении активного эпидемиологического надзора, дифференциальной диагностики стертых и атипичных формах заболевания не ранее 14 дня после взятия первой пробы (2-я сыворотка). Исследование парных сывороток следует проводить параллельно в одной постановке. Оценка результатов исследования проводится в соответствии с инструкцией по применению используемой тест-системы.

Тактика серологического обследования пациентов с подозрением на корь, краснуху, эпидемический паротит проводится с учетом закономерностей формирования иммунного ответа у больных этими инфекциями. В целом исследования могут проводиться при кори – с 4 по 28 день, при краснухе – с 6 по 30 день со дня появления сыпи [1]. Низкоавидные IgG определяются в сыворотке крови с 6 – 7 дня появления сыпи и определяются в течение 2 – 3 месяцев со дня заболевания при первичном иммунном ответе; постинфекционные IgG с высокой степенью авидности циркулируют практически на протяжении всей жизни [1].

Молекулярно-генетические методы исследований (например, ОТ-ПЦР, LAMP) могут применяться с целью дифференциальной диагностики.

4.3.2. Критериями лабораторного подтверждения диагноза у больного с подозрением на корь, краснуху, эпидемический паротит являются:

- положительный результат на IgM;

²⁴ Часть 4 статьи 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий».

- 4-х и более кратное нарастание титров IgG во втором образце сыворотки, полученном не ранее 14 дня после взятия первой пробы;
- низкая степень авидности IgG.

V. Наблюдение за уровнем иммунизации

5.1. Анализ состояния коллективного иммунитета осуществляется по следующим показателям: охват прививками лиц в декретированных возрастах, своевременность проведения вакцинации детям в возрасте 24 месяцев, обоснованность медицинских противопоказаний к иммунизации²⁵.

Охват вакцинацией и ревакцинацией детей декретированных возрастов вакциной, содержащей коревой, краснушный и паротитный компоненты, должен составлять не менее 95% (в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок)²⁶.

Для оценки влияния иммунизации в данных возрастных группах на эпидемический процесс необходимо ежегодно отслеживать уровень охвата прививками. Все амбулаторно-поликлинические учреждения, осуществляющие плановую вакцинацию детского населения, представляют в установленном порядке информацию об охвате прививками декретированных возрастных групп в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор). Сведения о прививках, проведенных по эпидемиологическим показаниям взрослым, должны заноситься в учетно-отчетную документацию²⁷.

Информация о прививках по эпидемиологическим показаниям вносится также в акт эпидемиологического обследования очага инфекции. Уровень коллективного иммунитета определяют по суммарной доле привитых и переболевших в данном коллективе или группе населения.

5.1. Мониторинг состояния иммунитета к вирусам кори, краснухи и эпидемического паротита

5.1.1. Серологическое исследование специфического иммунитета к вирусам кори, краснухи и эпидемического паротита проводится с целью оценки уровня противокоревых, противокраснушного и противопаротитного иммунитета после вакцинации и ревакцинации.

С целью оценки фактической защищенности взрослого населения от кори, краснухи и эпидемического паротита обследуются лица 40 лет и старше (доноры, без учета прививочного анамнеза).

²⁵ Пункты 2773 – 2774 СанПиН 3.3686-21.

²⁶ Пункт 2773 СанПиН 3.3686-21; приложение 1 приказа Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» (зарегистрирован Минюстом России 20.12.2021, регистрационный № 66435), с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 12.12.2023 № 677н (зарегистрирован Минюстом России 30.01.2024, регистрационный № 77040).

²⁷ Пункт 4178 СанПиН 3.3686-21.

5.1.2. Для корректной интерпретации результатов серомониторинга целесообразно соблюдать критерии отбора контингентов:

- единство места получения прививки (медицинская организация, детское дошкольное учреждение, школа и другие организации, где проводились прививки);
- единство прививочного анамнеза;
- сходство эпидемиологической ситуации, в условиях которой формируются обследуемые группы.

Достоверность полученных результатов и возможность их обобщения и сопоставления обеспечивается ежегодным обследованием не менее 100 человек в каждой возрастной группе.

Критерием эпидемиологического благополучия при кори и краснухе является выявление среди обследуемых групп в среднем не более 10 % лиц, «серонегативных» к вирусам кори, краснухи. Доля серонегативных к вирусу эпидемического паротита в индикаторных группах не должна превышать 15 %.

5.1.3. При выявлении в какой-либо группе более 7 % серонегативных к вирусу кори и краснухи, более 10 % к вирусу эпидемического паротита лиц целесообразно:

1) выявить причины низкого уровня иммунитета:

- провести анализ прививочной документации – сопоставить сведения о прививках во всех учетных формах (например, сведения о профилактических прививках, форма федерального статистического наблюдения № 5²⁸; сведения о контингентах детей и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний, форма федерального статистического наблюдения № 6²⁹; карта профилактических прививок, истории развития, рабочие журналы) на выявленных серонегативных лиц для установления факта наличия прививки;

- уточнить, не перенес ли кто-то из обследуемых острого заболевания вскоре после прививки вакциной, содержащей коревой, краснушный, паротитный компонент, или за 1 – 1,5 месяца до обследования;

- оценить условия хранения вакцины, срок годности и серийный номер препарата.

2) дополнительно проверить состояние иммунитета к кори/краснухе/эпидемическому паротиту у лиц того же возраста (не менее 50 человек), но в двух других коллективах, курируемых медицинской организацией, где выявлен высокий процент серонегативных лиц.

Серонегативные лица подлежат двукратной вакцинации с интервалом не менее 3 месяцев между прививками. Лица, у которых при исследовании обнаружены IgG выше порогового уровня (согласно инструкции к тест-системе, в которой проводились исследования), в вакцинации не нуждаются.

²⁸ Приказ Росстата от 30.12.2020 № 867 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за санитарным состоянием субъекта Российской Федерации».

²⁹ Приказ Росстата от 07.12.2022 № 911 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за контингентами детей и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний».

5.2. Генетический мониторинг циркуляции вирусов кори, краснухи и эпидемического паротита

5.2.1. Генетический мониторинг циркуляции возбудителей кори, краснухи и эпидемического паротита проводится в ННМЦ.

Генетическая характеристика возбудителей применяется для оценки статуса передачи вирусов кори и краснухи – эндемичная или неэндемичная, что является одним из ключевых аспектов верификации элиминации этих инфекций. Определение генетической принадлежности вируса эпидемического паротита позволяет охарактеризовать генетический пейзаж вируса в стране.

Генотипирование вирусов кори, краснухи и эпидемического паротита заключается в определении генотипа; для вируса кори дополнительно определяют генетическую линию и (или) генетический вариант.

Выборка образцов от больных корью и краснухой, подлежащих отправке в ННМЦ для последующей генетической характеристики, осуществляется в соответствии с методическими документами³⁰.

Проводить отбор клинических образцов (образцы мочи и назофарингеальные соскобы) для генотипирования от всех случаев кори или с подозрением на корь.

Направлять в обязательном порядке на генотипирование образцы от:

- первых 5–10 случаев в каждой вспышке; если она длится более 1 месяца, то в дальнейшем рекомендуется собирать образцы от последних 2–3 случаев в месяц;
- импортированных или завозных случаев кори из других субъектов Российской Федерации; если отбор материала от импортированного/завозного случая невозможен, то генотипированию подлежат образцы от нескольких связанных случаев (при их наличии);
- спорадических случаев заболевания;
- больных корью с тяжелой формой течения и летальных исходов.

В других случаях – по согласованию с ННМЦ.

Для генетической характеристики вируса эпидемического паротита в ННМЦ направляются образцы от максимально возможного количества больных. Сбор, хранение и транспортировка образцов для генотипирования осуществляется ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации или медицинской организацией, выявившей случай заболевания, в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями³¹.

5.2.2. Для генетической характеристики возбудителей целесообразно организовать сбор и транспортировку в ННМЦ следующих клинических образцов:

- назофарингеальный соскоб и моча от больных корью и краснухой, собранные не позднее 7 дня со дня появления сыпи;
- мазки со слизистой с внутренней стороны щеки с пораженной стороны от больных эпидемическим паротитом, взятые не позднее 5 дня со дня появления клинических симптомов.

³⁰ МР 3.1.2.0135-18 «Генетический мониторинг циркуляции вирусов кори и краснухи», утвержденные руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 08.11.2018 (далее – МР 3.1.2.0135-18).

³¹ Глава IV СанПиН 3.3686-21.

Мочу необходимо собирать в стерильный пластиковый контейнер. Соскоб необходимо брать стерильным одноразовым тампоном, который после сбора помещается в пробирку 1,5 – 2,0 мл, содержащую 1 мл физиологического раствора или вирусологической транспортной среды (например, среда Игла, модифицированная Дульбекко (англ. Dulbecco's Modified Eagle Medium, DMEM). Тампон следует отжать о стенку пробирки, после чего удалить из пробирки.

Образцы биологического материала для генотипирования доставляются в ННМЦ в течение 48 часов с момента сбора с соблюдением «холодовой цепи»; хранение образцов до доставки в лабораторию осуществляется при температуре плюс 2 – 4 °С³².

5.2.3. В случае отсутствия возможности доставки образцов в течение 48 ч образцы целесообразно подготовить следующим образом:

- центрифугировать образец при 3000 об/мин в течение 10 мин;
- перенести осадок в пробирку 1,5 – 2,0 мл с транспортной средой в соотношении 1:1;
- пробирки промаркировать, заморозить при температуре минус 20 – 70 °С для дальнейшего хранения; отправить подготовленные образцы в ННМЦ в контейнере с соблюдением «холодовой цепи». Поскольку генетическая принадлежность вирусов кори, краснухи и эпидемического паротита не имеет значения с точки зрения диагностики заболеваний и лечения больных, не требует изменения тактики санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и мероприятий в очагах, генотипирование может быть проведено ретроспективно после накопления образцов.

Результаты генотипирования по его завершению направляются в учреждения, отправлявшие материал, не позднее 5 календарных дней с момента завершения исследований, окончательных результатов, в том числе секвенирования – не позднее 7 календарных дней с момента их завершения.

Результаты генотипирования вирусов кори, краснухи и эпидемического паротита должны быть получены и внесены в ЦИСИЗ не позднее 2 месяцев со дня доставки образцов в ННМЦ.

5.3. Оценка эпидемиологической ситуации и эффективности санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий

5.3.1. При достижении уровня коллективного иммунитета против кори, краснухи и эпидемического паротита не менее чем у 95 % у детей в декретированных возрастах, для остальных групп – не менее 90 % и своевременном проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, эпидемиологическая ситуация в отношении этих инфекций характеризуется как «благополучная». О благополучной эпидемиологической ситуации свидетельствуют критерии:

- заболеваемость носит спорадический характер;
- 90 % и более всех очагов без распространения инфекции;
- вторичные случаи в очаге не превышают двух генераций воспроизводства

³² МР 3.1.2.0135-18.

инфекции;

- эндемичный штамм вируса кори/краснухи отсутствует на территории на протяжении 12 месяцев;
- не менее 95 % охват иммунизацией декретированных групп населения.

5.4. Индикаторы качества эпидемиологического надзора за корью, краснухой и эпидемическим паротитом

5.4.1. Рекомендуемые индикаторы качества эпидемиологического надзора за корью, краснухой и эпидемическим паротитом:

- 1) доля эпидемиологически обследованных случаев в течение 48 часов после регистрации – не менее 80 %;
- 2) доля случаев кори с установленным источником заражения – не менее 80 %;
- 3) доля очагов кори без распространения – не менее 90 %;
- 4) лабораторное обследование больных корью и подозрительных на корь – не менее 80 %;
- 5) доля случаев с адекватными пробами для диагностики – не менее 80 %;
- 6) доля случаев с получением результатов лабораторных исследований в течение 7 дней после доставки в лабораторию (заполняется РЦ) – не менее 80 %;
- 7) доля генотипированных очагов кори (заполняется ННМЦ) – не менее 80 %;
- 8) доля очагов кори, в которых санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия осуществляются не позднее 3 дней с момента появления сыпи у больного, – не менее 90 %;
- 9) показатель отмененных случаев на национальном уровне – не менее 2 на 100 тыс. населения³³.

³³ ВОЗ. Руководство по эпидемиологическому надзору за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи в Европейском регионе, 2010.

Карта эпидемиологического расследования случая
заболевания корью или подозрительного
на эту инфекцию³⁴

Первичный диагноз: Корь ☐ Корь? ☐ Другой (указать) ☐

А. Идентификация Эпидномер случая кори _____
 Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) _____
 Пол: Мужской ☐ Женский ☐
 Дата рождения, возраст _____
 (Число, месяц год, кол-во полных лет и месяцев)
 Адрес: _____
 (регистрация по месту выявления)
 местный, приезжий (указать, откуда и когда прибыл) _____
 (нужное подчеркнуть)
 Дата подачи экстренного извещения _____
 МО, подавшее экстренное извещение _____
 Дата заболевания _____ Дата обращения _____
 Место работы, профессия _____
 Место учебы _____ ДОУ № _____ Неорганизованный ☐
 Неизвестно ☐
 Дата последнего посещения _____
 Вакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности)* _____
 Ревакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок
 годности)* _____

Болел ранее корью: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐, дата заболевания _____
 Госпитализирован: да ☐ нет ☐ Дата госпитализации _____
 Место госпитализации _____

В. Информация о клинических признаках заболевания (заполняется врачом МО)
 Сыпь: дата появления _____ Длительность сохранения (календарные
 дни) _____
 Место первоначального появления сыпи (подчеркнуть): за ушами ☐ лицо ☐ шея ☐
 грудь ☐ другое ☐
 Этапность появления сыпи: есть ☐ нет ☐
 Характер сыпи: Пятнисто-папулезная ☐ Везикулярная ☐ Другая ☐

³⁴ Приложение 30 СанПиН 3.3686-21.

Температура: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐ Дата повышения _____
 Максимальный подъем температуры _____ его продолжительность _____
 (календарных дней)
 Кашель: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐ Ринит: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐
 Конъюнктивит: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐ Пятна Коплика: Есть ☐ Нет ☐
 Энантема: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐ Пигментация: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐
 Летальный исход: Да ☐ Нет ☐ Дата смерти _____

С. Лабораторные данные.

На 4-5 календарный день сыпи у больного возьмите образец сыворотки для подтверждения диагноза.

Образцы Кровь 1. Дата взятия _____

Дата поступления в лаб. ФБУЗ ЦГи _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 1. _____

Результат: Дата результата _____

Позитивный ☐

Негативный ☐

Сомнительный ☐

Кровь 2. Дата взятия _____

Дата поступления в лаб. ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 2. _____

Результат

Дата результата

Позитивный ☐

Негативный ☐

Сомнительный ☐

Д. Возможный источник инфекции

Был ли контакт с больным корью или подозрительным на корь в период 7-21 дня перед появлением сыпи (подчеркнуть): да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Если да ☐, указать где (семья, ДДУ и прочее) _____ нет ☐ неизвестно ☐

Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный на корь, до данного больного (подчеркнуть): да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Выезжал ли пациент в течение 7-21 дней до появления сыпи: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

куда _____

Связан ли данный случай с завозным случаем (подчеркнуть): да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Если да ☐, указать откуда: субъект РФ _____ страна _____

Е. Окончательный диагноз (заполняется врачом НПО) _____

Корь ☐ Краснуха ☐ Аллергическая реакция ☐ Вакцинальная реакция ☐

Другое ☐ Указать диагноз _____

Особенности _____

Подтвержден: Лабораторно ☐ Эпидемиологически ☐ Клинический диагноз ☐

Импортирован: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐ откуда _____

Дата окончательного диагноза _____ (для кори указать-форма, тяжесть течения и осложнения)

Дата расследования _____

Подпись врача МО _____

Подпись врача –эпидемиолога _____

*В случае заболевания ребенка в возрасте до 1 года указывать прививочный статус матери

Карта
эпидемиологического расследования случая заболевания
краснухой или подозрительного на эту инфекцию³⁵

Заполняется на всех лиц, у которых медицинский работник подозревает краснуху

Первичный диагноз: Краснуха ☐ Корь ☐ Другой (указать) ☐ _____

А. Идентификация Эпидномер случая краснухи _____

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) _____

Пол: Мужской ☐ Женский ☐

Дата рождения, возраст _____

(Число, месяц, год. количество полных лет и(или) месяцев)

Адрес: _____

_____ регистрация по месту выявления
местный, приезжий (указать, откуда и когда прибыл) _____
(нужное подчеркнуть)

Дата подачи экстренного извещения _____

МО, подавшее экстренное извещение _____

Дата заболевания _____ Дата обращения _____

Место работы, профессия _____

Место учебы _____ ДООУ № _____ Неорганизованный ☐ Неизвестно ☐

Дата последнего посещения места работы, учебы _____

Вакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности)* _____

Ревакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности)* _____

Болезнь ранее краснухой: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐, дата заболевания _____

Болезнь ранее корью: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐, дата заболевания _____

Госпитализирован: да ☐ нет ☐ Дата госпитализации _____

Место госпитализации _____

В. Информация о клинических признаках заболевания (заполняется врачом МО)

Сыпь: дата появления _____ Длительность сохранения (календарные дни) _____

Характер сыпи: Пятнисто-папулезная ☐ Везикулярная ☐ Другая ☐

Место первоначального появления сыпи (подчеркнуть): разгибательные поверхности конечностей ☐ спина ☐ ягодицы ☐ другая ☐

Лимфаденопатия: Есть ☐ Нет ☐

Артралгия: Есть ☐ Нет ☐

Увеличение заднеушных и(или) заднешейных лимфоузлов: Есть ☐ Нет ☐

Температура: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐ Дата повышения _____

³⁵ Приложение 29 СанПиН 3.3686-21.

Максимальный подъем температуры _____ его продолжительность _____

Летальный исход: Да ☐ Нет ☐ Дата смерти _____

С. Лабораторные данные. На 4-5 день сыпи у больного возьмите образец сыворотки для подтверждения диагноза. Исследование сыворотки крови выполняется в лаборатории Регионального центра (РЦ).

Образцы: Кровь 1. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 1. _____ Результат: Дата результата _____

Позитивный ☐

Негативный ☐

Сомнительный ☐

Кровь 2. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 2. _____ Результат: Дата результата _____

Позитивный ☐

Негативный ☐

Сомнительный ☐

Д. Возможный источник инфекции

Был ли контакт с больным краснухой или подозрительным на краснуху в период 7 - 21 календарных дней перед появлением сыпи (подчеркнуть): да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Если да ☐ указать где (семья, ДОУ и прочее) _____ нет ☐ неизвестно ☐

Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный на краснуху, до данного больного: да ☐, нет ☐, неизвестно ☐.

Выезжал ли пациент в течение 7-21 дня до появления сыпи: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐ куда _____

Связан ли данный случай с завозным случаем: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Если да ☐, указать откуда: субъект РФ _____ страна _____

Е. Окончательный диагноз (заполняется врачом МО) _____

Краснуха ☐ Корь ☐ Аллергическая реакция ☐ Вакцинальная реакция ☐

Другое ☐ (указать диагноз) _____

Форма тяжести: легкая ☐ средне-тяжелая ☐ тяжелая ☐

Осложнение: _____

Подтвержден: Лабораторно ☐ Эпидемиологически ☐ Клинический диагноз ☐

Импортирован: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐ откуда _____

Дата окончательного диагноза _____

Дата расследования _____ Подпись врача МО _____

Подпись врача-эпидемиолога _____

*В случае заболевания ребенка в возрасте до 1 года указывать прививочный статус матери

Карта эпидемиологического расследования случая заболевания
эпидемическим паротитом или подозрительного на эту инфекцию

Заполняется на всех лиц, у которых медицинский работник подозревает
эпидемический паротит

Первичный диагноз: Эпидемический паротит(ЭП) ☐ Другой (указать) ☐

А. Идентификация Эпидномер случая ЭП _____

Фамилия, имя, отчество _____

Пол: Мужской ☐ Женский ☐

Дата рождения, возраст _____

(Число, месяц, год, кол-во полных лет и месяцев)

Адрес: _____

(регистрация по месту выявления)

местный, приезжий (указать, откуда и когда прибыл) _____

(нужное подчеркнуть)

Дата подачи экстренного извещения _____

МО, подавшее экстренное извещение _____

Дата заболевания _____

Дата обращения _____

Место работы, профессия _____

Место учебы _____

ДОУ № _____

Неорганизованный ☐

Неизвестно ☐

Дата последнего посещения _____

Вакцинация (название вакцины, дата, доза, серия, срок годности)* _____

Ревакцинация (название вакцины, дата, доза, серия, срок годности)* _____

Болеел ранее ЭП: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐, дата заболевания _____

Госпитализирован: да ☐ нет ☐ Дата госпитализации _____

Место госпитализации _____

В. Информация о клиническом течении (заполняется врачом МО)

Лимфаденопатия: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐

Односторонняя/двусторонняя (нужное подчеркнуть)

дата появления _____

Длительность сохранения (дни) _____

Температура: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐ Дата повышения _____

Максимальный подъем температуры _____

его продолжительность _____

дней

Болезненность околоушной железы: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐

Односторонняя/двусторонняя(нужное подчеркнуть) _____

Отечность околоушной железы: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐
 Односторонняя/двусторонняя(нужное подчеркнуть)
 Сублингвит: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐
 Симптом Филатова: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐
 Симптом Мурсона: Есть ☐ Нет ☐ Неизвестно ☐
 Летальный исход: Да ☐ Нет ☐ Дата смерти _____

С. Лабораторные данные

Образец сыворотки, отобранный на 1-2 день появления сыпи у больного для подтверждения диагноза. Образцы: Кровь 1. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦгиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 1. _____ Результат: Дата результата _____

Позитивный ☐

Негативный ☐

Сомнительный ☐

Кровь 2. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦгиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 1. _____ Результат: Дата результата _____

Позитивный ☐

Негативный ☐

Сомнительный ☐

D. Возможный источник инфекции

Был ли контакт с больным ЭП или подозрительным на ЭП в период 7 - 21 дня до начала заболевания (подчеркнуть): да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Если да ☐, указать где (семья, ДОУ и пр.) _____ нет ☐ неизвестно ☐

Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный на ЭП, до данного больного: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐

Выезжал ли пациент в течение 7 - 21 дня до появления симптомов: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐ куда _____

Связан ли данный случай с завозным случаем: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐ Если да ☐, указать откуда: субъект РФ _____ страна _____

E. Окончательный диагноз (заполняется врачом МО) _____

Эпидемический паротит ☐ Вакцинальная реакция ☐

Другое ☐ Указать диагноз _____

Форма тяжести: легкая ☐ средне-тяжелая ☐ тяжелая ☐

Осложнение: _____

Подтвержден: Лабораторно ☐ Эпидемиологически ☐ Клинический диагноз ☐

Импортирован: да ☐ нет ☐ неизвестно ☐ откуда _____

Дата окончательного диагноза _____

Дата расследования _____ Подпись врача МО

Подпись врача-эпидемиолога _____

*В случае заболевания ребенка в возрасте до 1 года указывать прививочный статус матери

Приложение 4
к МУ 3.1.2. 4075-24
(рекомендуемый образец)

Отчет о мероприятиях в очаге коревой инфекции

в _____ в _____ году

субъект Российской Федерации

Учреждение, где зарегистрирован случай кори (ДООУ, ВУЗ, ГБОУ колледж, квартира и т.п.) _____

Фамилия, имя больного _____

Дата* рождения _____ Эпидномер случая кори _____

Дата регистрации первого случая кори _____

Дата 1 дня сыпи _____

Сведения об общавшихся с больным корью:

Возраст (годы)	кол-во	в том числе:					привиты по эпидпоказаниям:			
		вакцини- рован	ревак- циниров	болел корью ранее	непри- витые	анамнез не известен	непривитые		с неизвестным анамнезом	
							ЖКВ	им.глобу- лин	ЖКВ	им.глобу- лин
0-2										
3-6										
7-14										
15-17										
18-19										
20 +										
Всего:										

Дата проведения экстренной вакцинации ** _____

Дата введения иммуноглобулина _____

Медицинское наблюдение за общавшимися с больным (осмотр, термометрия) проводилось, не проводилось (подчеркнуть)

Границы очага – квартира, подъезд, дом, учреждение (подчеркнуть).

Число последующих случаев кори в очаге _____

Из них обследовалось для лабораторного подтверждения диагноза _____ чел.

Диагноз подтвержден у _____ чел.

ФИО врача эпидемиолога, расследовавшего очаг _____

Главный врач ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата заполнения _____

*/ Дата – указать число, месяц, год

**/экстренная вакцинация ЖКВ или введение иммуноглобулина осуществляется не позднее 72 часов с момента выявления первого больного в очаге.

Приложение 5
к МУ 3.1.2. 4075 -24
(рекомендуемый образец)

Отчет о мероприятиях в очаге эпидемического паротита (ЭП)

в _____ в _____ году

субъект Российской Федерации

Учреждение, где зарегистрирован случай эпидемического паротита

Фамилия, имя больного _____

Дата* рождения _____ Эпидномер случая кори _____

Дата регистрации первого случая ЭП _____

Дата 1 дня заболевания _____

Сведения об общавшихся с больным ЭП:

Возраст (годы)	кол-во	в том числе:					привиты по эпидпоказаниям:			
		вакци- нирован	ревак- циниров	болел ЭП ранее	непри- витые	анамнез не известен	непривитые		с неизвестным анамнезом	
							ЖПВ	им.глобу- лин	ЖПВ	им.глобу- лин
0-2										
3-6										
7-14										
15-17										
18-19										
20 +										
Всего:										

Дата проведения экстренной вакцинации ** _____

Дата введения иммуноглобулина _____

Медицинское наблюдение за общавшимися с больным (осмотр, термометрия)
проводилось, не проводилось (подчеркнуть)

Границы очага – квартира, подъезд, дом, учреждение (подчеркнуть).

Число последующих случаев ЭП в очаге _____

Из них обследовалось для лабораторного подтверждения диагноза _____ чел.

Диагноз подтвержден у _____ чел.

ФИО врача эпидемиолога, расследовавшего очаг _____

Главный врач ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата заполнения _____

*/ Дата – указать число, месяц, год

**/экстренная вакцинация ЖПВ или введение иммуноглобулина осуществляется не позднее 72 часов с момента выявления первого больного в очаге.

Приложение 6
к МУ 3.1.2. 4075 -24
(рекомендуемый образец)

Направление для генотипирования вирусов кори, краснухи, эпидемического паротита

Эпидномер пациента (при наличии):	Дата заполнения:	
ФИО больного:		
Дата рождения:		
Адрес:		
Дата заболевания (повышения температуры тела, припухлости (отек буккальной области), начало иных клинических симптомов):		
Дата появления сыпи (при кори/краснухе):		
Предварительный клинический диагноз:		
Образец (тип)	Дата сбора	Дата отправки
Моча		
Соскоб (назофарингеальный)		
МО, Ф.И.О. сотрудника, направляющего образцы на исследование:		
Контактный телефон:	Адрес электронной почты:	

Сведения
о заболевших корью, краснухой и эпидемическим
паротитом в разных возрастных группах
(заполняется 1 раз в месяц)³⁶
в _____ за _____ 20__ года
(субъект (месяц)
Российской Федерации)

Состояние привитости	Возрастные группы (в годах)																				Всего					
	до 6 мес	6-12 мес	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19		20-24	25-29	30-39	40-49	50 +
Не привит																										
Вакцинирован																										
Ревакцинирован																										
Болен ранее																										
Анамнез не известен																										
ВСЕГО																										
Число заболевших лабораторно обследованных для подтверждения диагноза																										
Из них число лабораторно подтвержденных случаев																										
Число госпитализированных																										
Число умерших																										

³⁶ Приложение 31 СанПин 3.3686-21.

Нормативные и методические документы

1. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий».
4. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
5. Приказ Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок».
6. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 08.02.2023 № 1 «О проведении подчищающей иммунизации против кори на территории Российской Федерации».
7. Приказ Минздрава России от 19.08.2002 № 270 «Об утверждении программы ликвидации кори на территории Российской Федерации к 2010 году».
8. Приказ Роспотребнадзора от 01.03.2010 № 69 «О координации деятельности по эпиднадзору за корью и краснухой».
9. Приказ Роспотребнадзора от 05.02.2010 № 33 «Об обследовании больных с экзантемой и лихорадкой в рамках реализации Программы ликвидации кори».
10. Приказ Росстата от 30.12.2020 № 867 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за санитарным состоянием субъекта Российской Федерации».
11. Приказ Росстата от 07.12.2022 № 911 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за контингентами детей и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний».
12. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 12.04.2010 № 23 «О реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 году в рамках стратегического плана Европейского региона ВОЗ 2005 – 2010».
13. Приказ Минздрава России от 15.08.2001 № 327 «Об организации Национального научно-методического центра по надзору за корью».
14. Приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 117 «О реализации «Программы ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 году».
15. МУ 3.1.2943-11 «Организация и проведение серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики (дифтерия, столбняк, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит, гепатит В)».
16. МУ 3.1.2.4068-24 «Эпидемиологическое расследование очагов кори и краснухи».
17. МР 3.1.2.0135-18 «Генетический мониторинг циркуляции вирусов кори и краснухи».

Библиографические ссылки

1. Manual for the Laboratory-based Surveillance of Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome, 3rd edition, 2018.
2. Чехляева Т.С., Цвиркун О.В., Тураева Н.В. и др. Оценка статуса краснухи в Российской Федерации в 2019 г. // Инфекция и иммунитет. 2022;12(1):85-94.
3. Цвиркун О.В.1,2, Самойлович Е.О.3, Тихонова Н.Т.1, Герасимова А.Г.1, Тураева Н.В.1, Ермолович М.А.3, Семейко Г.В.3 «Сопоставление результатов исследования состояния популяционного иммунитета к вирусу краснухи у населения Республики Беларусь и Российской Федерации»// Инфекция и иммунитет 2022, Т. 12, № 5, с. 909–918.
4. Цвиркун О.В.1,2, Тихонова Н.Т.1, Тураева Н.В.1, Баркинхоева Л.А., Брико Н.И. «Стандарты в эпидемиологическом расследовании очагов кори и краснухи»//«Эпидемиология и вакцинопрофилактика» 2023, Т. 22, № 2, с. 4–11.
5. Баркинхоева Л.А., Тураева Н.В., Цвиркун О.В., Герасимова А.Г. Состояние иммунитета населения Российской Федерации к краснухе в период элиминации инфекции // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2024. – Т. 23, № 3. – С. 38-46.
6. Цвиркун О.В., Герасимова А.Г., Тураева Н.В., Тихонова Н.Т., Рубальская Т.С. Под ред. Алешкина В.А. Эпидемиологический надзор за корью в России. Москва: Издательство «Династия», 2024.-104 с.