

## Особенности эпидемиологии и профилактики высококонтагиозных вирусных инфекций (корь, эпидемический паротит, краснуха)

Беляев А. Л., канд. мед. наук, ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д. И. Ивановского»  
Минздравсоцразвития России, 123098, Москва, ул. Гамалеи, 16

Представлены материалы, свидетельствующие об ухудшении эпидемиологической ситуации по кори в мире, в том числе в европейском регионе ВОЗ и в России в 2010–2011 годах. Проведен анализ инструктивно-методических документов Роспотребнадзора по профилактике кори, эпидемического паротита и краснухи. Подчеркнута необходимость усиления профилактических мероприятий, и в первую очередь вакцинопрофилактики этих инфекций среди детей и взрослых. Отмечена высокая вероятность распространения этих заболеваний как вирусных инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ВИСМП).

**Ключевые слова:** корь, паротит, краснуха, пациенты, медперсонал, вакцинопрофилактика, внутрибольничные вирусные инфекции, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

В современном, быстро изменяющемся мире, когда возможности передвижения значительных контингентов населения постоянно возрастают, а транспортные средства позволяют в течение одних суток перемещаться практически в любой регион Земного шара, резко возросли возможности распространения различных вирусных инфекций даже в тех странах, где удалось за последние годы значительно снизить заболеваемость этими инфекциями. Начиная с 2011 года резко увеличился поток трудовых мигрантов и беженцев в страны Западной и Центральной Европы (из Ливии, Египта и др.), с Ближнего Востока (из Сирии). В Россию продолжается трудовая миграция из Украины, Беларуси, Узбекистана, Таджикистана, Киргизии, стран СНГ и других. Все это создает достаточно напряженную обстановку в профилактике инфекционных заболеваний вирусной этиологии, особенно кори. В КНР, КНДР и других странах Юго-Восточной, Восточной и Южной Азии, где вакцинопрофилактика кори осуществляется недостаточно, вспышки и эпидемии кори регистрируют ежегодно. Это приводит к завозным случаям кори в Россию, США, Европу, Средне-Азиатский регион и др.

По рекомендациям ВОЗ, с целью мониторинга распространения инфекции корь подлежит обязательной регистрации во всем мире.

По данным ВОЗ (2009 года), в мире ежегодно регистрировали до 30 млн случаев кори. Наиболее высокая летальность при этой инфекции была у детей первых двух лет жизни и взрослых. От кори умирали от 800 тыс. до 1 млн детей, 98% смертельных исходов регистрировали в развивающихся странах, свыше 50% – приходилось на Африканский континент. В США летальность от кори составляла около 0,3%, а в развивающихся странах – от 1% до 10% [1].

В Европейских странах до 2010 года заболеваемость корью, благодаря вакцинопрофилактике, была низкой. Однако уже с конца 2010 года и в начале 2011 года ситуация по заболеваемости корью в Европейском регионе ВОЗ резко изменилась в худшую сторону.

Как было отмечено в Письме руководителя Роспотребнадзора Г. Г. Онищенко от 21.07.2011 года №01/9164-1-32 «Об осложнении эпидситуации по кори в Европейском регионе» [2] в 38 странах Европейского региона ВОЗ в первой половине 2011 года зарегистрировано более 21000 случаев кори, причем более 90% приходилось на 9 стран: Франция (12699 случаев), Германия (1193 сл.), Италия (1500 сл.), Испания (2261 сл.), Румыния (1619 сл.), Бельгия (382 сл.), Швейцария (589 сл.), Соединенное Королевство (550 сл.), Узбекистан. Наибольшее число заболевших было среди

детей от 1 до 4 лет и молодых людей в возрасте 15–29 лет. Большинство заболевших не были двукратно вакцинированы против кори.

В связи с эпидемическим распространением кори в Европейском регионе значительно возросла возможность инфицирования россиян, не имеющих иммунитета к кори, во время зарубежных поездок и завоза этой инфекции в Россию.

В 2010 году и за 6 месяцев 2011 года случаи кори были завезены в Российскую Федерацию из Великобритании, Германии, Италии, Франции, Финляндии, Украины, Узбекистана, Индии, Малайзии, КНР. Завозные случаи кори регистрировали в Амурской области (77 сл.), Республики Бурятия (19 сл.), Тюменской области (5 сл.), Красноярском крае (12 сл.). В Амурской области, Республике Бурятия, Тюменской области и Красноярском крае одним из основных источников при формировании очагов кори являлись медицинские работники ЛПУ, что обусловлено наиболее тесным контактом с больными корью и свидетельствует об отсутствии у медицинского персонала иммунитета к кори.

Просчеты планирования, недостаточный контроль за организацией иммунопрофилактики, в первую очередь в группах высокого риска инфицирования, низкий уровень подготовки в ряде территорий медицинских работников по вопросам клиники, диагностики и профилактики коревой инфекции явились причиной возникновения в 2010–2011 годах вспышек кори среди населения. (Постановление руководителя Роспотребнадзора, Главного государственного санитарного врача Г. Г. Онищенко от 08.02.2011г. №12 «О дополнительных мероприятиях по реализации «Программы ликвидации кори на территории Российской Федерации») [3].

В связи с этим, в Постановлении указано:

...Руководителям ТУ Роспотребнадзора совместно с органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

- провести углубленный анализ фактического состояния иммунизации детей и взрослых против кори в субъектах Федерации (в разрезе муниципальных образований, ЛПУ, терапевтических и педиатрических участков);

- принять необходимые меры по обеспечению достоверности представляемых данных,

- откорректировать планы вакцинопрофилактики кори. В первоочередном порядке организовать прививки контингентов из групп

риска (медработники, сотрудники учреждений образования, торговли, социальные работники, студенты, призывники, мигранты и труднодоступные группы населения, особенно на территориях с высоким риском завоза кори из сопредельных стран). Не привитым лицам провести вакцинацию двукратно, лицам, имеющим документальное подтверждение о вакцинации – однократно с охватом не менее 95% от числа подлежащих прививкам;

- организовать дополнительное обучение медицинских работников по вопросам профилактики, диагностики и лечения кори и информационно-разъяснительную работу с населением по вопросам профилактики кори;

- обеспечить контроль за организацией и проведением иммунизации против кори взрослому населению в возрасте 18–35 лет из групп риска и др.

**Корь – острое инфекционное заболевание, характеризующееся высокой контагиозностью и протекающее с симптомами общей интоксикации, лихорадкой, поражениями дыхательных путей и пятнисто-папулезной сыпью [4].**

Возбудитель кори – РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству парамиксовирусов. Он имеет неправильную сферическую форму с диаметром вириона 120–250 нм.

Вирус неустойчив в окружающей среде, чувствителен к ультрафиолетовым лучам и солнечному свету. В каплях слюны погибает через 30 мин., при высыхании – очень быстро. Хорошо переносит низкие температуры: при –70°C сохраняет активность до 5 лет.

Вирус можно изолировать из крови, носоглоточных смывов, кала, мочи, цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), отделяемого конъюнктив пациентов.

Для изоляции и культивирования вируса используют клетки культур тканей (почки и амниона человека, почки обезьян, собак, морских свинок, телят, фибробласты эмбрионов кур и японских перепелов). Для диагностики используют также серологические реакции, метод иммуноферментного анализа (ИФА), полимеразную цепную реакцию (ПЦР) и др.

Источником инфекции является только больной человек, в том числе с атипичной формой кори. Больной заразен с последних дней инкубационного периода (2 суток), во время катараль-

ного периода (3–4 суток) и в период высыпания (3–4 суток). С 5-х суток появления сыпи больной становится незаразным.

Путь передачи – воздушно-капельный. Вирус передается при чихании, кашле, плаче, разговоре и распространяется на значительные расстояния с потоками воздуха, может проникать в соседние помещения через коридоры, лестничные клетки, по вентиляционной системе на другие этажи здания. Через предметы и третьи лица передача невозможна из-за малой устойчивости вируса во внешней среде.

Восприимчивость к кори среди неиммунных контингентов всеобщая. Индекс контагиозности – 95–96% [4].

**Появление больного корью в стационаре лечебного учреждения, в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в детском дошкольном учреждении, школе и т. д. ставит под угрозу заражения весь коллектив. Вспышки кори чаще регистрируют в конце зимы и весной.**

**Особенности патогенеза.** Вирус кори обладает выраженной эпителиотропностью. Он вызывает вирусемию и поражает эпителиальные и лимфоидные ткани в ротоглотке, носоглотке, гортани, трахее, бронхах и бронхиолах; а также пищеварительный тракт – слизистые оболочки рта, тонкой и толстой кишок. У больных корью развивается специфическая аллергическая перестройка организма, сохраняющаяся продолжительное время. При кори развивается анергия, то есть вторичный иммунодефицит со снижением местного и общего иммунитета, что создает благоприятные условия для активации патогенной и условно-патогенной микрофлоры и развития осложнений, в основном в дыхательной системе. При кори возможно обострение хронических заболеваний.

Установлена роль вируса кори в развитии медленных инфекций, протекающих с дегенеративными изменениями в ЦНС (хронические энцефалиты, подострый склерозирующий панэнцефалит) [5].

Наличие вакцинации против кори в анамнезе не всегда является гарантией от заболевания этой инфекцией. Часть из привитых детей имеют типичную клинику кори, у других – может быть более легкое и менее продолжительное течение.

Корь у взрослых, как и другие детские инфекции, протекает тяжелее, с выраженной лихора-

дочной реакцией и интоксикационным синдромом. Сыпь обильная, яркая [4].

**Осложнения.** Наиболее частым осложнением кори является пневмония. Острый ларинготрахеит у детей может привести к стенозу гортани. Нередко развиваются средний отит и синусит. Коровой энцефалит или менингоэнцефалит встречается достаточно редко (1 случай на 1000 заболеваний) [4].

**Особенности лечения больных с корью.** Лечение больных корью обычно проводят в домашних условиях. Госпитализируют детей с тяжелыми формами, осложнениями, сопутствующими заболеваниями, а также детей раннего возраста из социально незащищенных семей и закрытых детских учреждений. Госпитализацию следует проводить в боксы или 1–2-местные палаты.

Назначают постельный режим на период повышенной температуры тела и первые двое суток после нормализации температуры. Рекомендуют обильное питье, молочно-растительную протертую пищу, а после снижения температуры паровые мясные блюда. Проводят витаминотерапию: поливитамины с микроэлементами. По показаниям назначают жаропонижающие средства, десенсибилизирующие препараты.

Антибиотики при неосложненной кори не назначают. При бактериальных осложнениях препаратами выбора являются цефалоспорины, макролиды и др. Симптоматическую терапию проводят в зависимости от характера осложнений. В последние годы в практике терапии кори и ее осложнений широко внедряют препараты интерферонов: гриппферон, офтальмоферон, виферон, реаферон и другие, а также Изопринозин (инозин пранабекс) – иммуномодулятор с противовирусным действием [6].

**Профилактика.** Неспецифическая профилактика. Больного изолируют до 5 суток от начала появления сыпи (при развитии пневмонии и других осложнений – до 10 суток). Помещение, где находится пациент, проветривают. Дезинфекцию не проводят, так как вирус неустойчив во внешней среде. Мероприятия в отношении контактировавших лиц проводят с учетом прививочного и эпидемиологического анамнеза. Лица, ранее перенесшие корь или вакцинированные, карантинно-изоляционным мероприятиям не подлежат. Контактировавшим лицам, ранее не привитым и не болевшим корью, проводят вакцинацию, которая позволяет предупредить

заболевание, если прививка сделана до 4 суток от момента контакта. Детям первого года жизни, а также имеющим медицинские противопоказания к вакцинации, в профилактических целях рекомендуют вводить иммуноглобулин. Если он вводится в первые 5 суток инкубационного периода, заболевание корью предотвращается у подавляющего большинства пассивно иммунизированных. Пассивный иммунитет сохраняется в течение 30 суток.

Детей, бывших в контакте с больными корью, не допускают в детские учреждения в течение 17 суток с момента контакта, а получивших профилактически иммуноглобулин – 21 суток. Если известна точная дата контакта, то первые 7 суток ребенок может посещать детское учреждение.

Основной мерой профилактики является активная вакцинопрофилактика.

В 2012 году Роспотребнадзор планирует вакцинацию от кори около 8 млн жителей России, в том числе выезжающих в зарубежные страны, медицинских работников, экипажей авиалайнеров, членов железнодорожных бригад, осуществляющих международные перевозки, студентов медицинских образовательных учреждений и др. (не болевших корью и ранее не привитых двукратно).

Постановлением Роспотребнадзора от 29.11.2011 №146 «О профилактике внутрибольничных инфекций» на руководителей ТУ Роспотребнадзора возложен контроль за иммунизацией медицинских работников, студентов медицинских образовательных учреждений против гепатита В, кори, дифтерии, краснухи с поддержанием охватов профилактическими прививками указанных контингентов на уровне не менее 95% [7].

Благодаря проведенным противоэпидемическим и профилактическим мероприятиям, в том числе и по вакцинопрофилактике кори, в 2011 году в России был зарегистрирован только 631 случай кори, в том числе у детей до 14 лет – 302 случая, что превысило заболеваемость этой инфекцией в 2010 году в 5 раз [8]. Однако во многих европейских странах заболеваемость корью в 2011 году была значительно выше. По данным Роспотребнадзора, в 2012 году за январь и февраль в 39 субъектах Российской Федерации выявлено еще 1050 случаев кори, в том числе в Москве – 247, в Волгоградской области – 250, в Ставропольском крае – 126 случаев. Большин-

ство заболевших были дети. Следует отметить, что за этот период в России заболели корью 42 медицинских работника.

### **Эпидемический паротит (свинка)**

**Эпидемический паротит – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом эпидемического паротита (ЭП), передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся синдромом интоксикации, поражением железистых органов, слюнных и особенно околоушных желез, реже поджелудочной железы, яичек, яичников, молочных желез, а также ЦНС.**

Возбудитель – РНК-содержащий вирус семейства парамиксовирусов, по морфологии и антигенной структуре сходен с другими представителями данного семейства. Особенностью эпидемического паротита является его повсеместная распространенность и возможность развития серьезных осложнений в виде орхитов, менингитов, панкреатитов, аднекситов и т. д. Паротитная инфекция относится к антропонозным высококонтагиозным инфекционным болезням [9]. Восприимчивость населения к вирусу – всеобщая и не зависит от возраста. Наиболее восприимчивы дети от 1 до 15 лет. Максимальная заболеваемость – у детей дошкольного и младшего школьного возраста. У переболевших вырабатывается стойкий, практически пожизненный иммунитет.

Заболеваемость паротитом регистрируют в виде sporadических случаев и эпидемических вспышек в детских коллективах, воинских частях, в местах длительного пребывания детей на лечении: в санаториях, лесных школах, в отделениях реабилитации и терапии по поводу различной патологии и др. Пики заболеваемости паротитом бывают в осенне-зимний период и ранней весной.

Как внутрибольничная инфекция паротит может быть в детских соматических, инфекционных отделениях, а также в амбулаторно-поликлинических и детских учреждениях.

**Профилактика.** Заболевших паротитом обычно изолируют в домашних условиях до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем на 9 суток. Госпитализации подлежат больные с тяжелыми и осложненными формами, а также по эпидемическим показаниям: из закрытых организованных коллективов, общежитий. Дети до

10 лет, бывшие в контакте с больным паротитом и ранее не болевшие, подлежат разобщению на 21 сутки с момента последнего контакта. В детских учреждениях, где выявлен первый случай эпидемического паротита, объявляется карантин на 21 сутки.

Для профилактики эпидемического паротита проводят вакцинацию препаратами, разрешенными для применения в России, что приводит в последние годы к снижению заболеваемости этой инфекцией.

В России заболеваемость паротитом постепенно снижается: в 2009 г. зарегистрировано 926 случаев, а в 2010 г. – 506. В 2011 году зарегистрировано только 409 случаев эпидемического паротита, в том числе у детей до 14 лет – 202. Как вирусная инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (ВИСМП), паротит актуален для детских амбулаторно-поликлинических учреждений и детских стационаров различного профиля. Паротит может представлять определенную опасность и для медицинских работников, не болевших этой инфекцией раньше и не вакцинированных. Вирус паротита может поражать яички, яичники, поджелудочную и щитовидную железы больных. У детей (мальчиков старше 13 лет) паротит может осложняться орхитом (20%), а у девочек-подростков – аднекситом (5%), который может привести к последующему бесплодию.

Вакцинопрофилактику паротита проводят или отечественной живой паротитной вакциной или зарегистрированными в России тривакцинами детям в возрасте 12–15 мес. с ревакцинацией в 6 лет.

Целесообразна вакцинопрофилактика тривакциной (корь, паротит, краснуха) персонала детских дошкольных учреждений, детских поликлиник и стационаров, а также педагогов начальной школы.

## **Краснуха**

**Краснуха (Rubeola) – вирусная инфекция, протекающая в виде приобретенной и врожденной формы заболевания.**

**Приобретенная краснуха** – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом краснухи, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся мелкопятнистой сыпью, увеличением размеров периферических лимфоузлов, преимущественно затылочных и

заднешейных, умеренной интоксикацией и незначительными катаральными явлениями.

**Врожденная краснуха** – хроническая инфекция с трансплацентарным путем передачи, приводящая к гибели плода, раннему выкидышу или тяжелым порокам развития.

**Вирус краснухи** относится к таксономической группе тоговирусов (семейство *Togoviridae*, род *Rubivirus*). Вирионы имеют сферическую форму, диаметр 60–70 нм, содержат РНК. Вирус нестойк в окружающей среде, устойчив к антибиотикам, хорошо переносит низкие температуры, при ультрафиолетовом облучении быстро погибает. По антигенным свойствам все штаммы вируса краснухи представляют единый серотип.

### **Особенности эпидемиологии.**

Источником инфекции являются больные с типичной формой приобретенной краснухи, лица, переносящие атипичные формы: стертые, бессимптомные и др., а также дети с врожденной краснухой и вирусоносители.

Больной с приобретенной краснухой становится заразным за 7 суток до развития первых клинических признаков болезни и может продолжать выделять вирус в течение 21 суток после появления сыпи (он особенно заразен в первые 5 суток после появления сыпи!).

У детей с врожденной краснухой вирус может выделяться длительно – 1,5–2 года после рождения (с мочой, мочой, калом). Механизм передачи при приобретенной краснухе – капельный; при врожденной – гемоконтактный.

Пути передачи: воздушно-капельный при приобретенной краснухе; трансплацентарный – при врожденной.

Восприимчивость к краснухе детей – высокая. Дети первых 6 месяцев жизни могут быть невосприимчивыми при наличии у них врожденного иммунитета к краснухе, но при отсутствии специфических антител новорожденные и дети первых месяцев жизни могут заболеть краснухой.

Наиболее часто болеют краснухой дети в возрасте от 2 до 9 лет, однако болеют и взрослые: на них приходится от 15 до 27% и более от общей структуры заболеваемости краснухой. Случаи краснухи наблюдаются в любое время года с повышением заболеваемости в холодный период.

Иммунитет после краснухи стойкий, пожизненный и вырабатывается после перенесения как манифестных, так и бессимптомных форм [10].

Краснуха является еще достаточно распространенной инфекцией в России, однако имеется выраженная тенденция к снижению заболеваемости. В 2009 году зарегистрировано 1615 случаев этой инфекции, в том числе 1188 – среди детей до 14 лет. В 2010 году зарегистрировали 555 случаев краснухи, а среди детей до 14 лет – 180 случаев; в 2011 году – 358 случаев, а среди детей до 14 лет – только 41.

Как ВИСМП краснуха наиболее актуальна для детских поликлинических учреждений и стационаров, женских консультаций и акушерских стационаров.

Воздушно-капельный механизм передачи и вертикальный (от матери к плоду) создают условия для реализации «синдрома врожденной краснухи» у детей, рожденных от инфицированных матерей. При этом синдроме:

- 1) развиваются врожденные пороки сердца;
- 2) поражается орган зрения (катаракты, глаукома, близорукость);
- 3) поражается орган слуха (глухота и др.).

Кроме того, дети отстают в росте, массе тела, физическом и умственном развитии.

Если беременная женщина заразилась краснухой в I триместре, врожденные уродства плода возможны в 60% и более случаев. Это является показанием к искусственному прерыванию беременности. Беременным женщинам, имевшим контакты с больными краснухой в I триместре беременности, рекомендуется проводить двукратное серологическое обследование методом ИФА с обязательным определением количественного содержания специфических иммуноглобулинов классов М и G. При наличии у беременной стабильных титров специфических антител контакт следует считать неопасным [10].

Дети с врожденной краснухой выделяют вирус с отделяемым слизистых носа, с мочой и фекалиями от нескольких недель до 12–20 месяцев. Для усиления мероприятий по профилактике кори, краснухи и эпидемического паротита издано Постановление Роспотребнадзора от 28.07.2011 №108 об утверждении СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» [11].

В Российской Федерации зарегистрированы следующие вакцинные препараты против кори, эпидемического паротита и краснухи:

### *Отечественных производителей*

1. ЖКВ – вакцина коревая живая (ФГУП НПО «Микроген», Россия).
2. ЖПВ – паротитная живая (ФГУП НПО «Микроген», Россия).
3. Дивакцина паротитно-коревая живая (ФГУП НПО «Микроген», Россия).

### *Зарубежных производителей*

1. Рувакс – коревая («Санofi Пастер», Россия)
2. Краснушная – (Институт иммунологии ИНК, Хорватия)
3. Краснушная – («Серум Инститьют», Индия)
4. Рудивакс – краснушная («Санofi Пастер», Индия)
5. Коревая, паротитная, краснушная – («Серум Инститьют», Индия)
6. ММРИ – коревая, паротитная, краснушная – («Мерк Шарп и Доум», США)
7. Приорикс – коревая, паротитная, краснушная – («ГлаксоСмит-Кляйн Биолоджикалс», Бельгия) [9].

### Список использованной литературы

1. **Таточенко В. К., Озерецковский Н. А. Федоров А. М.** Иммунопрофилактика–2009. Справочник. М., 2009, с.176.
2. **Письмо руководителя Роспотребнадзора** Г. Г. Онищенко от 21.07.2011 г. №01/9164-1-32 «Об осложнении эпидситуации по кори в Европейском регионе».
3. **Постановление руководителя Роспотребнадзора**, Главного государственного санитарного врача Г. Г. Онищенко от 08.02.2011г. №12 «О дополнительных мероприятиях по реализации «Программы ликвидации кори на территории Российской Федерации».
4. **Чешик С. Г.** Детские вирусные инфекции. В кн. «Медицинская вирусология». Руководство под ред. академика РАМН Д. К. Львова, М, МИА, 2008, с.440–450.
5. **Быстрякова Л. В.** Корь. В кн. «Инфекционные болезни у детей». Под ред. проф. В. Н. Тимченко. Санкт-Петербург, Спецлит, 2006, с.73 (576 с.)
6. **«Дифференциальная диагностика и терапия вирусных и вирусно-бактериальных инфекций верхних дыхательных путей у**

**детей».** Методические рекомендации №10 от 2.06.2011 г. Департамента здравоохранения правительства Москвы. М.2011, с.19.

**7. Постановление Роспотребнадзора** от 29.11.2011 №146 «О профилактике внутрибольничных инфекций».

**8. Федеральный центр гигиены и эпидемиологии.** Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (форма 1) за январь–декабрь 2011 года. Российская Федерация, <<http://www.fcgsn.ru>>.

**9. Костинов М. П., Лавров В. Ф.** Вакцины нового поколения в профилактике инфекционных заболеваний. МДВ, М. 2010, с.52 (190 с.).

**10. Тимченко В. Н.** Краснуха. В кн. «Инфекционные болезни у детей». Под ред. проф. В. Н. Тимченко. Санкт-Петербург, Спецлит, 2006, с.82 (576 с.).

**11. Постановление Роспотребнадзора** от 28.07.2011 №108 об утверждении СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита».

### **Features of epidemiology and prevention of highly contagious viral infections (measles, mumps, rubella)**

*A. L. Belyaev, Cand. Sc. (Med.), D. I. Ivanovsky  
Federal State Research Institute of Virology,  
Minzdravsocrazvitia Rossii, ul. Gamallei, 16,  
Moscow, 123098*

Materials, concerning the deterioration of the measles epidemiological situation in the world, including in the WHO European Region and in Russia in 2010–2011 are presented. Analysis of Rospotrebnadzor methodological documents of measles, mumps and rubella prevention has been carried out. The necessity to amplify the preventive measures, and especially children and adults vaccination by these infections, is emphasized. The high probability of these diseases contagion as viral infections associated with healthcare-associated infection (HAI) is noted.

Key words: measles, mumps and rubella, patient, medical staff, vaccinal prevention, hospital viral infection, healthcare-associated infection (HAI)