Грипп

Грипп (от фр. *grippe*) – острое инфекционное заболевание дыхательных путей, которое характеризуется чрезвычайно высокой заразностью, симптомами специфической интоксикации и воспалением дыхательных путей. Впервые заболевание описал Гиппократ. Входит в группу острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Периодически распространяется в виде эпидемий и пандемий.

***Этиология.*** Впервые вирус гриппа был выделен в 30-е года XX века. Вирусы гриппа относятся к семейству *Ortomyxoviridae*, которое включает роды *Influenza A, B, С*.

Вирус гриппа в своем строении имеет капсулу и ядро, в ядре содержится генетическая информация. В капсуле и ядре вируса содержатся определенные белки, именно набор этих белков и определяет, насколько вирус будет «злым» (патогенным). Ученые выделили эти белки, и каждому дали свое название, поэтому мы и имеем теперь такие штаммы (разновидности) вируса, как H1N1, H5N1 и др. Вирус гриппа очень изменчив (обладает мутагенностью), поэтому ежегодно проводится мониторинг вирусной обстановки, и ученые прогнозируют, какой штамм вируса будет господствовать на нашей планете в этом году.

Вирусы гриппа неустойчивы к воздействию химических и физических факторов, разрушаются при комнатной температуре в течение нескольких часов, тогда как при низких температурах (от -25°С до -70°С) сохраняются несколько лет; быстро погибают при нагревании, высушивании, а также при действия небольших концентраций хлора, озона, ультрафиолетового облучения.

Источником инфекции является только больной человек. Он заразен в последние дни инкубационного периода, весь период лихорадки, после 5-7-го дня от начала заболевания человек еще выделяет вирус, но в очень низкой концентрации, поэтому практически не опасен для окружающих.

Передается вирус воздушно-капельным путем – заражение происходит при вдыхании находящегося в воздухе вируса. Вирусоноситель выделяет вирус в окружающую среду при чихании, разговоре. К гриппу восприимчиво все население, однако дети первых месяцев жизни часто невосприимчивы к вирусу, так как получают врожденный иммунитет против циркулирующего типа от матери. Грипп имеет определенную сезонность, максимальная заболеваемость приходится на зимний период.

После перенесенного гриппа формируется стойкий штаммо- и видоспепифический иммунитет. Повторное заражение объясняется контактом с новым подтипом вируса гриппа.

Механизм развития гриппа

Попадая на слизистые оболочки верхних дыхательных путей, вирус внедряется в клетки эпителия и вызывает их повреждение и гибель. Иммунные механизмы запускают местную воспалительную реакцию для уничтожения вируса и поврежденных клеток. Это проявляется местным воспалительным процессом с развитием воспалительного отека верхних дыхательных путей.

Из места первичного внедрения вирус гриппа и токсические продукты распада эпителия дыхательных путей попадают в кровоток, вызывая интоксикационный синдром. Начиная с этого момента, вирус может быть обнаружен в крови больного. Вирус начинает оказывать токсическое действие, поражая преимущественно сосуды мелкого калибра. Нарушается местный кровоток в органах и тканях, что, в зависимости от локализации, вызывает повреждение центральной нервной системы, легких или органов пищеварения (преимущественно кишечника). Общетоксическое действие вируса вызывает угнетение местной иммунной зашиты органов, что создает благоприятные условия для формирования очагов вторичной бактериальной инфекции.

***Клинические проявления гриппа***. Инкубацион­ный период гриппа длится от нескольких часов до 3-4 суток. Грипп у детей часто начинается внезапно с резкого подъема температуры до 39-40°С, сопровождающегося ознобом, возникает резкая слабость, боль в мышцах и суставах. Уже через сутки выражены все проявления гриппа: ребенок вялый, адинамичный, возможна тошнота и рвота (чаще после съеденной пищи и приема лекарств), характерны сначала слабые воспалительные явления верхних дыхательных путей в виде насморка. Грипп у детей с первых суток может принять крайне тяжелое течение, вплоть до потери сознания, судорог.

При осмотре состояние ребенка часто тяжелое, имеются синюшный оттенок губ, покраснение слизистой век, отечность и покраснение миндалин и небных дужек. Кожа бледная, влажная, могут появиться герпетические высыпания у крыльев носа, вокруг рта, снижение артериального давления, возможно расстройство стула. Если в это время провести рентгенологическое исследование легких, то на рентгенограмме будет выявлен сегментарный отек легкого. При присоединении вторичной бактериальной флоры сегментарный отек может осложниться пневмонией. Эти изменения в легких являются специфичными, возникает отек в результате повышенной проницаемости капилляров легких. Клинически это проявляется одышкой, при прослушивании в легких имеются хрипы. Картина крови при неосложненном гриппе характеризуется лейкопенией или нормоцитозом, нейтропенией, эозинопенией, относительным лимфомоноцитозом. СОЭ не увеличена.

В зависимости от тяжести течения выделяют легкую, среднетяжелую, тяжелую (токсическую) и гипертоксическую формы гриппа. Тяжесть болезни определяется по температурной реакции, по выраженности синдрома интоксикации, по наличию и выраженности поражения центральной нервной системы и сердечно-сосудистой системы.

Легкое течение проявляется слегка повышенной температурой тела и слабо выраженными признаками интоксикации. Ребенка могут беспокоить только насморк, покашливание.

При среднетяжелой форме имеют место все характерные для гриппа симптомы: высокая температура до 39,5°С, слабость, головокружение, мышечные и суставные боли.

Тяжелая форма в первую очередь проявляется синдромом интоксикации. Состояние больных тяжелое, возможен бред, затемнение сознания, температура до 40,5°С. На этом фоне могут возникать нарушения деятельности сердца, отек легкого, мозговой отек, тяжелые местные воспалительные процессы в верхних дыхательных путях.

При гипертоксической форме молниеносно развивается отек мозга, температура поднимается выше 41°С, как правило, все завершается летальным исходом.

Иногда грипп у детей протекает в скрытой форме. Ребенок клинически здоров, лабораторно в крови определяются антитела к вирусу гриппа.

Течение у гриппа всегда острое – клинические признаки заболевания появляются и достигают максимума за несколько часов, а вся продолжительность острого периода (лихорадочного) составляет максимально 5 дней. По окончании периода лихорадки температура быстро снижается, ребенок чувствует себя хорошо. Возможен и повторный подъем температуры, но он, как правило, обусловлен присоединением осложнений. После падения температуры еще 2-5 дней могут наблюдаться остаточные симптомы болезни – признаки воспаления верхних дыхательных путей в виде насморка, заложенности носа, чувства першения в горле. Продолжительность всего периода болезни составляет 7-10 дней. По прошествии этого периода в течение 2-3 недель у ребенка могут отмечаться проявления астенического синдрома: утомляемость, слабость, головная боль, ребенок может быть плаксивым и раздражительным, у него может нарушаться сон.

У детей раннего возраста тяжелое течение гриппа обусловлено не только развитием инфекционного токсикоза, а также другими ведущими синдромами.

***Синдром крупа.*** Характерным для него является раннее и бурное развитие стеноза гортани на фоне выраженной интоксикации. Круп начинается с беспокойства, осиплости голоса, но не доходящей до афонии, грубого лающего кашля, выраженной одышки, цианоза кожных покровов. Несмотря на тяжесть клинической картины в начале заболевания, в большинстве случаев круп при гриппе протекает доброкачественно.

***Церебральный синдром*** обусловлен токсическим поражением ЦНС и проявляется судорожным, менингеальным или энцефалическим синдромами.

***Судорожный синдром.*** В ряде случаев возникают тонико-клонические судороги, которые охватывают верхние конечности и мышцы лица, длятся 1-2 минуты, появляются на высоте температуры. При этом общее состояние ребенка нарушено мало и после снижения температуры тела судороги не повторяются. Как правило, у таких детей имеются указания на появление судорог ранее при других заболеваниях, протекающих с высокой температурой.

У большинства детей судороги возникают в периоде наиболее тяжелого токсикоза. Они генерализованные, повторные, более продолжительные (до нескольких часов), нередко сочетаются с другими неврологическими симптомами. После таких судорог у детей наблюдаются мышечные подергивания и высокие сухожильные рефлексы.

***Менингеальный синдром.*** Проявляется головной болью, рвотой и нерезко выраженной ригидностью мышц затылка. Реже выявляются положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Менингеальный синдром не сопровождается изменениями в ликворе. При проведении люмбальной пункции жидкость вытекает под повышенным давлением, в ней увеличено содержание белка, определяются нормальный цитоз и уровень глюкозы. Течение менингеального синдрома при гриппе благоприятное.

***Энцефалический синдром.*** Встречается редко, возникает остро, проявляется высокой температурой, тяжелым общим состоянием, судорогами и потерей сознания. Судороги носят тонико-клонический характер, продолжительные по времени и нередко возникают повторно. Энцефалический синдром при гриппе у большинства детей протекает благоприятно.

***Астматический синдром.*** Характеризуется нарастанием температуры тела, снижением аппетита, появлением экспираторной одышки, затрудненного дыхания, частого мучительного кашля. Кожные покровы бледные, выражен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Грудная клетка находится в состоянии максимального вдоха, перкуторный звук приобретает характер выраженного тимпанита, при аускультации выслушиваются в большом количестве сухие свистящие хрипы.

***Абдоминальный синдром*** проявляется сильными болями в животе с локализацией вокруг пупка или диффузного характера, возможной диареей.

***Геморрагический синдром*** характеризуется носовыми кровотечениями, мелкими точечными кровоизлияниями в слизистые оболочки, геморрагической сыпью на коже лица, конечностей, туловища. Наиболее тяжело протекает геморрагический синдром при кровоизлияниях в легкие, почки, кишечник, что наблюдается при тяжелых и гипертоксических формах гриппа.

Специфическим проявлением гриппа является поражение легких.

***Сегментарное поражение легких.*** Чаще поражаются 2, 3, 4, 5-й сегменты правого легкого. Отличительной чертой сегментарных поражений легких является несоответствие клинических и рентгенологических данных: при полном отсутствии или очень слабой выраженности клинических симптомов поражения легких рентгенологически определяются гомогенные крупные тени, соответствующие расположению определенного легочного сегмента.

***Первичная интерстициальная пневмония.*** Ха-рак­­теризуется признаками выраженного токсикоза: общее беспокойство или вялость, отказ от еды, нарушение сна, температурная реакция (38-40°С). Характерны резко выраженная одышка (до 80-120 дыханий в 1 мин.), раздувание крыльев носа, втяжение межреберных промежутков на вдохе, цианоз носогубного треугольника, а при беспокойстве – общий цианоз, частый мучительный кашель, нередко приступообразный, закан-чивающийся рвотой. У детей первых месяцев жизни в углах рта появляются пенистые выделения. Над легкими перкуторно тимпанический оттенок легочного звука, аускультативно выслушивается жесткое дыхание, иногда – бронхофония, хрипов нет или выявляются единичные крепитирующие хрипы. Характерна длительность этих изменений.

***Очаговая пневмония.*** Возникает в связи с присоединением вторичной микробной инфекции. После некоторого улучшения общего состояния вновь повышается температура тела, появляются симптомы интоксикации, усиливаются катаральные явления, кашель, одышка. При перкуссии, аускультации и рентгенологическом исследовании легких в одном или обоих легких выявляют локальные изменения, характерные для очаговых пневмоний.

Грипп у новорожденных и детей до года

Грипп у новорожденных и детей до года имеет свои особенности. Заболевание часто начинается постепенно, с незначительного повышения температуры тела, течение болезни достаточно острое. Симптомы специфической гриппозной интоксикации отсутствуют или неяркие: бледность кожных покровов, ребенок отказывается от груди, часто наблюдается повторная рвота, снижение массы тела, катаральные явления (заложенность носа, кашель) слабо выражены.

У детей 1-го года жизни редко встречается синдром крупа, нехарактерно сегментарное поражение легких. Несмотря на слабо выраженные начальные клинические проявления гриппа, течение болезни в этом возрасте тяжелое в связи с частым присоединением бактериальной инфекции и возникновением осложнений гнойного характера (отит у грудничков, пневмония и т. п.). Летальность при этом втрое выше, чем у детей старшего возраста.

Течение гриппа у детей возраста от 1 до 3 лет особо тяжелое, с интоксикацией, поражением центральной нервной системы, развитием менингоэнцефалитического синдрома. Катаральные явления выражены слабо. Часто наблюдаются синдром крупа, обструктивный синдром, очаговая или сегментарная пневмония, может быть гнойный отит, синусит.

Основные диагностические признаки гриппа

Эпиданамнез: склонность к эпидемическому или пандемическому распространению, воздушно-капельный путь передачи, всеобщая восприимчивость, зимне-весенняя сезонность.

Короткий инкубационный период, острое внезапное начало с резкого повышения температуры тела, возникновения выраженной головной боли с локализацией в лобной и височной областях, ретроорбитальных болей, сильных мышечных болей в конечностях и спине.

Преобладание общеинфекционного синдрома (повышение температуры тела, различной степени нарушения сознания) над катаральным (заложенность носа, скудное отделяемое из носа, сухой кашель).

Характерные клинические проявления в ост-ром периоде гриппа – сухость кожи и слизистых, сухой кашель, повышение артериального давления, тахикардия, твердый пульс, громкие тоны сердца. В последующие 2-3 дня кожа становится влажной, из носовых ходов появляются слизисто-гнойные выделения, артериальное давление падает, аускультативно: тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум; границы сердца расширяются, пульс становится мягким, кашель влажным.

У новорожденных и детей первых месяцев жизни грипп характеризуется стертостью клинической картины, постепенным началом; симптомы интоксикации и катаральные явления могут быть выражены нерезко, часто возникают гнойные осложнения.

Частота бактериальных осложнений гриппа в любые сроки от начала болезни

У детей часто возникает сегментарное или очаговое поражение легких, синдром крупа и астматический синдром.

**Лабораторная диагностика гриппа**

***Общий анализ крови.*** Вначале выявляется небольшой нейтрофильный лейкоцитоз, который сменяется лейкопенией, сдвиг формулы влево (степень сдвига соответствует выраженности токсикоза), эозинофилия, лимфоцитоз. При отсутствии бакте­риальных осложнений СОЭ не изменяется.

***Вирусологический метод.*** Выделение вируса из носоглоточного секрета проводят на развивающихся куриных эмбрионах или тканевой культуре. Забор клинического материала – носоглоточного секрета – производят в течение первых 2-6 дней заболевания.

***Иммунофлюоресцентный метод.*** Позволяет обнаружить антигены вирусов гриппа в мазках-отпечатках со слизистой оболочки нижней носовой раковины.

***Серологический метод.*** Проводят исследование парных сывороток в реакциях гемагглютинации (РТГА и РСК) с целью обнаружения антител и нарастания их титра.

***Дифференциальный диагноз гриппа*** необходимо проводить как с острыми респираторными заболеваниями, так и с рядом других инфекций, так как начало многих из них ввиду интоксикации и катаральных явлений напоминает грипп. Грипп и другие ОРЗ различаются по локализации поражения дыхательных путей и ряду клинических проявлений.

При гриппе страдают все отделы респираторного тракта, но чаще встречается трахеит, проявляющийся сухим кашлем и болью по ходу трахеи.

При парагриппе поражается преимущественно гортань и развивается ларингит, характерными признаками которого являются осиплость голоса, шумное дыхание, острые приступы «лающего» кашля, в этот период ребенок становится беспокойным.

Аденовирусная инфекция проявляется поражением слизистых оболочек глаз, носа, глотки, миндалин с наиболее выраженными изменениями со стороны глотки.

При риновирусной инфекции ведущие симптомы заболевания – ринит и ринорея.

При дифференциальной диагностике с другими часто встречающимися инфекционными болезнями необходимо помнить, что в их начальном периоде может быть и синдром общей интоксикации, и катаральный синдром, не имеющие однако никакого отношения к гриппу. Так, при кори на фоне выраженной интоксикации всегда поражается респираторный тракт (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, иногда и бронхит). Однако ряд признаков (конъюнктивит и особенно пятна Филатова-Бельского-Коплика на слизистой оболочке щек) позволяет диагностировать корь до появления характерной коревой экзантемы.

Воспалительные изменения со стороны верхних дыхательных путей, наряду с лихорадкой и общей интоксикацией, являются характерным проявлением катарального (гриппоподобного) варианта начального (преджелтушного) периода вирусного гепатита.

Из группы тифо-паратифозных заболеваний дифференциальную диагностику надо проводить с паратифом А. В начальном периоде этой болезни нередко возникает катаральный синдром (ринофарингит, трахеобронхит, конъюнктивит). Но в отличие от гриппа паратиф А начинается постепенно, с каждым днем нарастает высота лихорадки, причем выраженные явления синдрома общей интоксикации не соответствуют относительно легким воспалительным изменениям дыхательных путей. Лихорадка постоянного типа, а появление на 4-7-й день болезни полиморфной сыпи исключают вероятность гриппа.

Для менингококковой инфекции, ее локализованной формы – назофарингита свойственны умеренные проявления общей интоксикации, першение, боли в горле, насморк, затруднение носового дыхания. При осмотре – яркая гиперемия и отечность слизистой оболочки задней стенки глотки, слизистой оболочки носа. В крови – лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, увеличенная СОЭ. Возможны признаки менингизма. Постоян­ное наблюдение такого рода пациентов, повторное исследование крови и цереброспинальной жидкости в динамике позволяют исключить грипп, либо диагностировать переход в генерализованную форму менингококковой инфекции.

**Лечение гриппа**

Правильное лечение гриппа у детей предусматривает соблюдение пациентом постельного режима в условиях максимальной изоляции. Чаще всего лечение гриппа производится вне стационара, однако детей раннего возраста, а также имеющих тяжелую и гипертоксическую форму гриппа, следует госпитализировать. В стационаре проводится и лечение осложнений гриппа.

Рекомендуется в процессе лечения соблюдать диету. В рационе пациента должна преобладать растительная, молочная пища, фрукты, соки, необходимо употреблять много жидкости. Больным гриппом обязательно назначают прием аскорбиновой кислоты или поливитаминов.

Показана этиотропная (противовирусная) терапия: существует два поколения противогриппозных препаратов. Первое – это препараты амантадинового ряда, например: амантадин и ремантадин. Эти препараты являются блокаторами ионных канальцев, они блокируют перенесение протонов, что угнетает репродукцию вируса. Но эти препараты мало эффективны при лечении гриппа В и С, а также не оказывают влияния на пандемический вирус H1N1.

В этом случае рекомендованы препараты второго поколения – ингибиторы нейраминидазы – осельтамивир, занамивир. Они блокируют функцию вирусного фермента нейраминидазы, что усложняет освобождение новых вирионов из клеток и дальнейшее их распространение по организму. При применении этих препаратов в первые 48 часов заболевания уменьшается выраженность и длительность симптомов гриппа, снижается риск развития осложнений.

*Осельтамивир* назначают детям в возрасте от 12 лет в капсулах по 75 мг 2 раза в день на протяжении 5 дней;

*Занамивир* назначают в виде дозированного порошка для ингаляций. Детям от 5 лет – по 2 ин-галяции 10 мг 2 раза в день в течение 5 дней.

При лечении гриппа назначают и другие противовирусные препараты, такие как *амизон* (детям от 6 до 12 лет назначают по 0,125 г 2-3 раза в сутки на протяжении 5-7 дней), *анаферон* (в первые 2 часа – по 1 табл. каждые 30 мин (5 приемов), затем в течение первых суток еще 3 приема через равные промежутки времени (всего 8 табл. в первые сутки); со 2-х суток и далее – по 1 табл. 3 раза в день до полного выздоровления. При отсутствии улучшения на 3-й день лечения следует обратиться к врачу), *арбидол-лэнс* (разовая доза: детям от 2 до 6 лет – 0,05 г, от 6 до 12 лет – 0,1 г, старше 12 лет и взрослым – 0,2 г (2 таблетки по 0,1 г или 4 таблетки по 0,05 г)), *имунофлазид* (в возрасте от рождения до 1 года по 0,5 мл 2 раза в сутки; в возрасте 1-2 лет по 1 мл 2 раза в сутки; в возрасте 2-4 лет с 1-го по 3-й день – по 1,5 мл 2 раза в сутки, с 4-го дня – по 3 мл 2 раза в сутки; в возрасте 4-6 лет с 1-го по 3-й день – по 3 мл 2 ра-за в сутки, с 4-го дня – по 4 мл 2 раза в сутки; в возрасте 6-9 лет с 1-го по 3-й день – по 4 мл 2 ра­за в сутки, с 4-го дня – по 5 мл 2 раза в сутки; в возрасте 9-12 лет с 1-го по 3-й день – по 5 мл 2 раза в сутки, с 4-го дня – по 6 мл 2 раза в сутки. Для лечения гриппа и ОРВИ препарат применяют в течение 2 недель), *инфлуцид* (детям старше 12 лет – по 1 табл. или по 10 капель каждый час (не более 12 раз в день) до наступления улучшения, затем – по 1-2 табл. или по 10-20 капель 3 раза в день (до полного выздоровления); детям 3-6 лет – по 1 табл. каждые 2 часа (не более 6 раз в день) до наступления улучшения, в дальнейшем – по 1/2 табл. 3 раза в день до полного выздоровления; детям 6-12 лет – по 1 табл. каждый час (не более 7-8 раз в день) до наступления улучшения).

В тяжелых случаях назначают *нормальный человеческий иммуноглобулин* с высоким содержанием противогриппозных антител: детям до 2 лет – 1,5 мл, 2-7 лет – 3 мл, старше 7 лет – 4-5-6 мл.

**Симптоматическая терапия**

Температуру тела необходимо снижать, когда она превышает 38,5-39°С. Но детям в возрасте до 2 месяцев, а также с перинатальной энцефалопатией, судорогами в анамнезе и тяжелым заболеванием сердца необходимо постоянно проводить контроль лихорадки, не допускать повышения температуры тела выше 38°С.

Назначают антипиретики в возрастных дозах: *парацетамол* в дозе 10-15 мг/кг каждые 4 часа, при этом максимальная суточная доза не должна превышать 60 мг/кг, или ибупрофен по 5-10 мг/кг, который можно употреблять каждые 6-8 часов, при этом максимальная cуточная доза составляет 25-30 мг/кг. Препараты ацетилсалициловой кислоты противопоказаны при лечении гриппа у детей, так как могут вызвать синдром Рея.

При заложенности носа у детей до 6 месяцев увлажняют слизистою оболочку носа физиологическим раствором натрия хлорида; детям старше 6 месяцев можно назначать сосудосуживающие детские капли для носа, но применять их не дольше 3 дней.

При сухом болезненном кашле назначают противокашлевые препараты (декстрометорфан и др.); при влажном кашле с тяжелым отделением мокроты – муколитики (мукалтин, амброксол, ацетилцистеин и др.); при продолжительном кашле – грудные сборы (корень алтея, лист мать-и-мачехи, сосновые почки и др.).

Синдромальная терапия проводится согласно соответствующим протоколам лечения (гипертермический, судорожный, геморрагический, астматический синдромы, синдром крупа и др.).

Показания для назначения антибиотика при гриппе: присоединение осложнений (средний отит, синусит, острый тонзиллит, бронхит, пневмония, вызванные хламидиями, микоплазмой и бактериальными возбудителями).

Обычно используют пенициллин, аминопенициллины: *амоксил (амоксициллин)* детям в возрасте 2-5 лет по 125 мг 3 раза/сут., 5-10 лет по 250 мг 3 раза/сут., старше 10 лет по 250-500 мг 3 раза/сут.; цефалоспорины: *гепацеф (цефоперазон)* в дозах у детей в возрасте 1-6 недель – 100 мг/кг/сут.; с 6 недель до 12 лет 150 мг/кг/сут. 2-4 раза; детям старше 12 лет 2-4 г/сут. каждые 12 часов; *цефтум (цефтазидим)* детям в возрасте до 2 месяцев из расчета 25-50 мг/кг/сут. 2 раза, с 2 месяцев – 50-100 мг/кг/сут. 2-3 раза. При­меняют также *макролиды*. Продолжительность лечения 7 дней.

По окончании антибиотикотерапии с целью восстановления микрофлоры кишечника показаны пробиотики на основе физиологических представителей нормальной микрофлоры (бифидобактерий, лактобацилл, лактококков, пропионовокислых бактерий) в течение 3-4 недель.

**Мероприятия в отношении больных и контактных лиц**

***Изоляция контактных.*** В дошкольных и школьных учреждениях проводится ежедневное медицинское наблюдение и разобщение контактных с другими группами на срок до 7 дней.

***Условия выписки.*** После клинического выздоровления, не раньше 7 дней от начала болезни.

***Допуск в коллектив.*** После выздоровления, но не ранее 10 дней от начала болезни.

***Диспансеризация.*** Всем детям устанавливается щадящий режим не менее чем на 2 недели после клинического выздоровления.

**Профилактика гриппа**

***Специфическая профилактика*** осуществляется: интерферонами (альфа-интерферон, бетта-интер­ферон, гамма-интерферон и рекомбинантный интерферон) по 2-5 капель в каждый носовой ход 4 раза в сутки в течение 2-3 недель и живыми и инактивированными гриппозными вакцинами и интраназально, и парантерально по эпидемиологическим показаниям.

Наиболее современным и эффективным способом профилактики гриппа является вакцинация. Рекомендуется проводить ежегодно детям с 6-месячного возраста. Детям в возрасте до 9 лет, которые раньше не получали прививки против гриппа, вакцинация проводится двумя дозами с минимальным интервалом в один месяц. Оптимальным временем для проведения прививок является октябрь-ноябрь месяц. Показаниями к обязательному проведению прививок являются: первичные иммунодефициты, хронические заболевания печени, бронхиальная астма, хроническая почечная недостаточность, хронические заболевания легких, сердечно-сосудистой системы, функциональная или анатомическая аспления, трансплантация костного мозга, онкозаболевания, длительный прием ацетилсалициловой кислоты пациентом.

***Неспецифическая профилактика*** включает в себя раннее выявление и изоляцию пациента в домашних условиях, изоляторе или стационаре. Лица, ухаживающие за больным гриппом, должны пользоваться марлевыми 4-6-слойными масками. Снижение уровня заболеваемости можно достичь путем проведения сезонных курсов стимуляции неспецифической и иммунологической реактивности организма. Назначают аскорбиновую кислоту, лазерное облучение носовых ходов и миндалин (5-7 сеансов), индукторы интерферонов (мефенаминовая кислота и другие индукторы). Кроме того, рекомендуют смазывать носовые ходы 0,25% оксолиновой мазью.

Ограничение посещения заболевшими поликлиник, а здоровыми детьми – зрелищных мероприятий; ношение масок, использование оксолиновой мази, проветривание, УФО и дезинфекция помещений.

***Сезонную неспецифическую профилактику*** проводят также экстрактом элеутерококка по 30-40 капель один раз в сутки в течение 25-30 дней, продигиозан по 0,25 мл в каждый носовой ход двукратно с интервалом 5 минут (курс из трех введений с перерывом 5-7 дней).