**Методические рекомендации по диагностике, лечению и экстренной профилактике гриппа A/Н1N1 у детей**

(Данные методические рекомендации составлены с учетом нормативных документов Минздравсоцразвития Российской Федерации, Министерства здравоохранения Краснодарского края, регламентирующих проведение необходимых лечебно-диагностических мероприятий у детей в период эпидемического сезона по гриппу A/Н1N1 2015- 2016 года)

Грипп вызывается РНК-содержащими вирусами, относящимися к семейству Orthomyxoviridae, род Influenza virus, включающий вирусы гриппа типов A, B и C.

Способность вирусов гриппа к антигенной изменчивости определяет высокую восприимчивость населения и основные эпидемиологические особенности этой инфекции: повсеместное распространение, короткие интервалы между эпидемиями (1–2 года для гриппа А и 2–4 года — для гриппа В), вовлечение в эпидемический процесс всех возрастных групп взрослых и детей.

Основной причиной возникновения эпидемий и пандемий гриппа является изменение нуклеотидной последовательности в генах, кодирующих поверхностные антигены вирусов типов А и В - гликопротеиды гемагглютинин (HA) и нейраминидаза (NA), определяющие их специфичность. Существуют 2 типа изменчивости вирусов: антигенный дрейф и антигенный шифт. Отсутствие специфического иммунитета к шифтовым вариантам вируса гриппа типа A приводит к быстрому распространению инфекции по всему миру – пандемии.

Патогенез гриппа обусловлен комплексом процессов, развивающихся на всех этапах репродукции возбудителей и последующего их распространения по организму, в том числе, и при взаимоотношении вируса с защитными системами хозяина. В процессе развития заболевания выделяют ряд этапов (стадий, фаз), следующих друг за другом или развивающихся одновременно.

Основные клинико-эпидемиологические признаки

высокопатогенного гриппа A/Н1N1 у детей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозологическая форма (возбудитель) | Эпидемиология | Основные клинические признаки |
| Грипп Вирус типа А  подтип [H1N1](http://ru.wikipedia.org/wiki/H1N1) | Начало регистрации заболеваний – 18.03.2009 г.  11 июня 2009 года ВОЗ объявила о пандемии гриппа A/Н1N1. Ему была присвоена шестая степень угрозы (последняя). Степень угрозы ВОЗ не характеризует патогенность вируса (т.е. опасность заболевания для жизни людей), а указывает на его способность к распространению. Опасения ВОЗ связаны с генетической новизной штамма и его потенциальной способностью к дальнейшей реассортации, вследствие чего возможно возникновение более агрессивных вариантов инфекции. | Начало острое:  1. Общеинтоксикационный синдром (чаще фебрильная температура тела).  В тяжелых случаях:  – синдром токсикоза  (синдром нейротоксикоза у детей в раннем возрасте с неврологической симптоматикой),  – циркуляторные расстройства,  – синдром менингизма,  – судорожный синдром,  – геморрагические проявления.  2. Катаральный синдром (в виде сухого катара) присоединяется спустя 1-2 дня от острого начала заболевания. Возможен стенозирующий ларинготрахеит.  3. Диарейный синдром, рвота.  Ранние осложнения:  – пневмония с кровавой мокротой,  – синдром РДСВ у детей;  – синдром Рея,  – синдром Гассера (ГУС),  – синдром Уотерхауза-Фридериксена и др. |

Формы тяжести высокопатогенного гриппа A/Н1N1 у детей

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Форма тяжести | Клинические симптомы | Течение | Осложнения |
| Легкая | – симптомы интоксикации: слабые или отсутствуют,  – повышение температуры тела до 38,5°С,  – катаральные симптомы невыраженные (ринит, фарингит) | острое | нет |
| Среднетяжелая | – интоксикация умеренная,  – повышение температуры тела выше 38,5° С до 39,5°С,  – катаральные проявления, возможно, с симптомами стенозирующего ларинготрахеита компенсированного, бронхита. | острое или затяжное | пневмония, отит,  синусит,  неврит, пиелонефрит |
| Тяжелая | – повышение температуры тела выше 39,5°С ,  – синдром токсикоза,  – изменение психического состояния, чрезвычайная возбудимость,  – энцефалическая, менингоэнцефалическая реакции,  – сердечно-сосудистая недостаточность (ССН),  – дыхательная недостаточность (ДН),  – геморагический синдром,  –катаральный синдром,  – стеноз гортани 2-3 степени,  – пневмония. | острое или затяжное, негладкое | пневмония, плеврит, бронхиолит, ДН, менингит, энцефалит |
| Гипертоксическая  (грипп) | – гипертермический синдром: температура тела выше 40°С,  – шок,  – отек мозга,  – отек легких,  – ДВС-синдром,  – анурия,  – РДСВ | молниеносная | синдром Рея,  синдром Гассера,  синдром Уотерхауза-Фридериксена и др. |

Наиболее тяжелыми из осложнений является токсикоз (септикоподобный синдром) с системной воспалительной реакцией и пантропизмом (генерализацией процесса и полиорганными поражениями): 1) инфекционно-токсическая (гипоксическая) энцефалопатия (нейротоксикоз); 2) острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС); 3) синдром Гассера, острая почечная недостаточность (ОПН); 4) синдром Рея; 5) миокардит и синдром Кишша; 6) синдром Уотерхауза-Фридериксена, 7) синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС синдром), 8) рабдомиолиз, 9) тромбоэмболия легочной артерии (у детей наблюдается крайне редко).

Группы детей высокого риска по тяжелому, неблагоприятному течению высокопатогенного гриппа A/Н1N1, развитию осложнений:

1.Дети младше 5 лет (из них, наиболее высокий риск возникновения серьезных осложнений у детей младше 2 лет, особенно первых 6 месяцев жизни).

2.Дети с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной систем (включая астму).

3. Дети с хроническими заболеваниями эндокринной системы (включая сахарный диабет), нарушениями функции почек, гемоглобинопатиями, с серповидно-клеточной анемией.

4.Дети, получающие терапию с применением аспирина.

5.Повышенному риску подвержены дети с любой болезнью, нарушающей респираторную функцию, включая неврологические заболевания, такие как нарушение умственного развития или порок развития, церебральный паралич, повреждения спинного мозга или другие нервно-мышечные расстройства; с дефицитом питания; с дефицитом жидкости, вследствие продолжительной рвоты или диареи; с имеющимся нарушением обмена веществ.

6. Дети с иммунодефицитами, в т.ч. ВИЧ-инфицированные, и лица, получающие иммуносупрессивную терапию. Среди ВИЧ-инфицированных детей - дети, не принимавшие антиретровирусные препараты.

Особенности клиники высокопатогенного гриппа A/Н1N1 у детей раннего возраста:

1. У детей раннего возраста, прежде всего, новорожденных, в меньшей степени проявляются типичные для гриппа симптомы: высокая температура и кашель.

2. У детей раннего возраста могут иметь место высокая температура и вялость, при этом, может отсутствовать кашель или другие признаки респираторного заболевания.

3. Симптомы тяжелой формы заболевания у детей раннего возраста могут включать в себя: апноэ, учащённое дыхание, одышку, цианоз, диарею, рвоту, обезвоживание, измененное психическое состояние, чрезвычайную возбудимость, судороги.

Особенности лечения детей с клиникой высокопатогенного гриппа A/Н1N1:

1. Аспирин или содержащие аспирин препараты нельзя принимать в случае подтвержденной или подозреваемой инфекции, вызванной вирусом гриппа А/H1N1, у детей в возрасте до 18 лет из-за риска развития синдрома Рэйя.

2. Лечение тяжелых и средней степени тяжести случаев гриппа H1N1 у детей из группы риска по неблагоприятному течению, развитию осложнений проводить в стационаре.

3. Проведение мероприятий на недопущение [первичной вирусной пневмонии](http://ru.wikipedia.org/wiki/ÐÐ¸ÑÑÑÐ½Ð°Ñ_Ð¿Ð½ÐµÐ²Ð¼Ð¾Ð½Ð¸Ñ), обычно протекающей тяжело и вызывающей геморрагии и выраженную дыхательную недостаточность, и на профилактику присоединения вторичной бактериальной инфекции, также часто обуславливающей развитие пневмонии.

Критериями обязательной госпитализации являются:

1. Выраженность общего интоксикационного синдрома (резкое возбуждение с судорожным синдромом и потерей сознания на фоне гипертермии).

2. Геморрагический синдром (носовое кровотечение, примесь крови в мокроте, рвотных массах и стуле, геморрагическая сыпь), развитие ДВС-синдрома или синдрома Гассера с формированием ОПН.

3. Гемодинамическая нестабильность с развитием централизации периферического кровообращения (холодные конечности, цианоз, мраморность кожных покровов на фоне общей бледности и гипертермии, развитие коллапса и комы).

4. Выраженная ДН на фоне диффузного цианоза и бледности, а также симптомов пневмонии и признаков возможного ОРДС: кашель с выделением пенистой мокроты с примесью крови, укорочение легочного звука при перкуссии, большое количество разнокалиберных влажных хрипов и обильная крепитация при аускультации, резкое падение АД, глухость сердечных тонов и аритмия.

5. Новорожденные и дети первых лет жизни со среднетяжелыми формами болезни, но с осложненным течением, с обострением сопутствующих заболеваний.

Показания для госпитализации расширяются по мере уменьшения возраста заболевшего, ухудшение состояния которого часто происходит катастрофически с быстрым прогрессированием и генерализацией процесса, с развитием менинго-энцефалических реакций и геморрагического синдрома, и нередко от правильной врачебной тактики зависит сохранение жизни ребенка.

Диагностика высокопатогенного гриппа A/Н1N1

Достоверный диагноз устанавливается при [серототипировании](http://ru.wikipedia.org/wiki/Ð¡ÐµÑÐ¾ÑÐ¸Ð¿) вируса.

Случай ОРЗ у ребенка с этиологией лабораторно подтвержденной одним или более тестами:

– ПЦР в реальном времени;

– вирусной культурой;

– увеличение в 4 раза титров вирус-нейтрализующих антител, специфичных к вирусу A/H1N1.

Принципы рациональной фармакотерапии и профилактики высокопатогенного гриппа А/H1N1 у детей

1. Этиотропное лечение. Рекомендации по использованию противовирусных препаратов могут меняться по мере поступления данных об эффективности противовирусных препаратов, побочных эффектах и чувствительности к противовирусным препаратам. Этот вирус устойчив к противовирусным лекарствам на основе адамантанов – амантадину и римантадину (не назначать). Для противовирусного лечения инфекции, вызванной новым вирусом гриппа типа А/H1N1, рекомендуется использовать озельтамивир или занамивир.

Лечение с помощью занамивира или озельтамивира должно быть начато как можно скорее после начала симптомов. Наиболее положительный эффект от противовирусного лечения, согласно исследованиям сезонного гриппа, имеется тогда, когда лечение начато в течение 48 часов после начала болезни. Однако, некоторые исследования лечения сезонного гриппа указали на положительные результаты, включая сокращения смертности или продолжительности госпитализации даже для пациентов, лечение которых было начато спустя более 48 часов после начала болезни. Рекомендуемая продолжительность лечения составляет 5 дней.

Использование озельтамивира для лечения детей в возрасте до 1 года с инфекцией, вызванной новым вирусом гриппа типа А/H1N1, было недавно одобрено Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) США в рамках «Разрешения на использование в чрезвычайной ситуации» (EUA), дозировка озельтамивира для таких детей основана на возрастных показателях.

Антибиотики для лечения неосложненных форм гриппа не используют. Антибиотики могут быть показаны при гриппе детям с хронической патологией легких, иммунодефицитами, у которых есть риск обострения бактериального процесса. Выбор антибиотика у них обычно предопределен заранее по характеру флоры. Противовирусная химиотерапия абсолютно оправдана при гриппе в первые 24-48 часов от начала болезни – длительность курса – 5 дней. Озельтамивир (Тамифлю) при гриппе А и В: внутрь у детей старше 1 года 2-4 мг/кг/сут. Занамивир (Реленца) при гриппе А и В: в аэрозоле, начиная с 5 лет – по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день. На другие вирусы, не выделяющие нейраминидазы, эти препарат не действуют. В крайне тяжелых случаях гриппа оправдано введение в/в иммуноглобулина. Арбидол внутрь: 2-6 лет - 0,05, 6-12 лет – 0,1, старше 12 лет – 0,2 г 4 раза в день 3-5 дней. Тилорон (амиксин) внутрь: 60 мг/сутки в 1, 2, 4 и 6-й дни лечения - дети старше 7 лет.

2. Воздействие на макроорганизм (базисная, патогенетическая, иммунокоррегирующая, симптоматическая) – по показаниям.

Лекарственные препараты, применяемые при лечении детей, больных высокопатогенным гриппом A/Н1N1

(представленные препараты имеют сертификаты соответствия и качества, зарегистрированы в МЗ РФ, имеют разрешение Фармкомитета МЗ РФ. Дозы и методы их введения соответствуют данным регистра лекарственных средств России)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Препарат | Форма выпуска | Способ введения | Возрастная доза (разовая) | | | | | | | | | | Кратность приема  (в день) |
| <1 года | | 1-3 года | | 4-6 лет | | 7-11 лет | 12 и >  лет | | |
| 1. Противовирусные | | | | | | | | | | | | | |
| – химиопрепараты: | | | | | | | | | | | | | |
| озельтамивир | 0,075 капс. | перорально |  | | 30 мг | | 45 мг | | 60 мг | | 75 мг  (с 13 лет) | 2 раза;  5 дней | |
| суспензия  12 мг/мл | перорально | по клинич.  показаниям | | 2 раза;  5 дней | |
| Уточнение расчета дозы  на вес ребенка:  15 кг или меньше-  - 30 мг;  15-23 кг – 45 мг;  24-40 кг – 60 мг  >40 кг – 75 мг  2 мг/кг | | | | | | | | 2 раза;  5 дней | |
| занамивир |  | ингаляции |  | |  | |  | по 5 мг старше 5 лет | | | | | 2 раза;  5 дней |
| арбидол | 0,05 и 0,1 табл. | перорально |  | | С 2 лет в жидкой форме, с 3 лет – по 50 мг. | | | | 100 мг | | | | 4 раза;  4-5 дней |
| – интерфероны | | | | | | | | | | | | | |
| Интерферон гамма  + | Лиофилизат в амп., фл.,  на 5 мл воды для инъекций | интраназально  в составе комплексной терапии | 2 капли в каждый носовой ход | | | | | | | | | | 5 раз в день;  5-7 дн. |
| Интерферон альфа 2b  в составе комплексной терапии | Лифилизат в амп., фл.,  на 5 мл воды для инъекций | интраназально | 1 кап  (1000 МЕ)  5 раз  в день, в т.ч. и новорожденным | 2 кап  (2000 МЕ)  3-4 раза,  5дн | | 2 кап  (2000 МЕ) | | | | | | | 4-5 раз в день;  5 дней |
| суппозитории | ректально | 150. 000 МЕ | 150. 000 МЕ | | 500000 Ед 2 раза в сут 7-7-10 дн, при легкой. ср. тяж, тяж. перерыв 5 дн. и повтор схемы по показаниям, количество курсов до 3-х: детям 3-7 лет .  7-18 лет:  500000 Ед 2 раза в сут 10-10-10, при легкой. ср. тяж, перерыв 5 дн. и повтор схемы по показаниям, при тяж. поддержив. терапия 3 нед.    Детям 3-18 лет  При тяжелых формах по 500000 МЕ 2 раза сут. 5 дн + арбидол 50 мг 4 раза 5 дн; затем повторные курсы (до 3-х) без арбидола | | | | | | | Новорожденным, в т.ч. недоношенным 150000 ЕД с гестационным возрастом менее 34 недель 3 раза в сут. 5 дней (легкая форма), перерыв 5 дн. и повтор схемы по показаниям;, 7 дн – ср.-тяж;  3 раза/сут, 10 дн 2 раз сут.– тяж, затем 2 раза в нед в течение 3 недель;  Новорожденные с гестационным возрастом более 34 недель 150000 ЕД 2 раза в сутки, курс 5,7,10 дн, повтор по показ. 5 дн схемы легкой ст. и поддерж. схемы для тяжелой 3 нед.  Схема лечения детей 1-3 лет: 2 раза 7-7-10 дн. для легкой и ср.тяж., тяж; перерыв 5дн. повтор по показаниям той же схемы; |
| 2. Антибиотики (по показаниям)  – детям при наличии бактериальных осложнений;  – детям, имеющим хронические очаги инфекции;  – микоплазменная или хламидийная инфекции;  – при тяжелых формах течения гриппа у детей раннего возраста из-за невозможности исключить участие бактериальной флоры. | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Симптоматическая, патогенетическая:  жаропонижающие средства, средства, применяемые для лечения аллергических реакций, препараты, используемые при лечении синдрома ДН, бронхоспазмолитики, средства, уменьшающие отек слизистой дыхательных путей растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания, витамины – по показаниям. | | | | | | | | | | | | | |

Рекомендации по лечению молниеносных и тяжелых форм гриппа у детей

1. Респираторная поддержка.

Контроль насыщения крови кислородом при помощи пульсоксиметра. Лечение синдрома острой дыхательной недостаточности, связанного с инфекцией, вызванной новым вирусом гриппа А/H1N1, должно основываться на официальных методических руководствах, основанных на фактических данных по лечению сепсиса-ассоциированного. Следует использовать способы и приемы, обеспечивающие защиту легких при проведении механической вентиляции лёгких.

Кислородное лечение детей, в т.ч. новорожденных, необходимо проводить согласно имеющимся инструкциям. Кислородная терапия для поддержания кислородной сатурации на уровне выше 90% (порог может быть увеличен до 92-95%). Пациентам с тяжёлой гипоксемией – оксигенотерапия через маску. Оценку эффективности проводят через 20 минут, если сатурация остается ниже необходимого уровня, переходят на подачу кислорода через зонд; при отсутствии последующего эффекта – показана неинвазивная ИВЛ, в том числе высокочастотная ИВЛ через маску. При неэффективности – проводят интубацию трахеи и переводят на ИВЛ.

2. Противовирусные препараты.

Базисная противовирусная терапия должна проводиться на всех сроках болезни, в том числе и при диагностике пневмоний. Препарат выбора - озельтамивир.

3. Антибиотикотерапия.

При тяжелом течении заболевания все антибактериальные препараты вводятся только внутривенно. Эмпирическая антибактериальная терапия проводится до получения микробиологического исследования мокроты. Антибиотики выбора - левофлоксацин и азитромицин.

Указанные антимикробные средства следует дополнять назначением цефалоспоринов 3-4 поколений или карбапенемами, или ванкомицином, что особенно актуально для пациентов, находящихся на вспомогательном дыхании (второй антибиотик выбирают с учетом результатов мониторинга госпитальной микрофлоры).

Не следует назначать антибиотики пенициллиновой группы, аминогликозиды, цефалоспорины I поколения в связи с их неэффективностью!!!

4. Лечение полиорганной недостаточности в условиях реанимации - респираторная поддержка, поддержка инотропной функции сердца, восстановление диуреза или диализ, поддержка функции печени, лечение пареза кишечника, лечение надпочечниковой недостаточности (кортикостероиды, назначение которых возможно в отношении пациентов с септическим шоком, которым требуется введение сосудосуживающих препаратов и у которых подозревается недостаточность надпочечников), ликвидация ДВС-синдрома и т.п.

Критерии выздоровления:

1. Стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более.

2.Отсутствие интоксикации.

3.Отсутствие воспалительного процесса в верхних и нижних дыхательных путях.

4.Нормализация показателей крови.

5.Купирование осложнений.

Общие подходы к профилактике

Больного изолируют в домашних условиях или в изоляторе (в закрытых детских коллективах), а в условиях стационара - в отдельном боксе или с детьми, имеющими аналогичную нозологию на длительность периода разгара болезни до полного клинического выздоровления (в среднем на 1 неделю).

После клинического выздоровления ребенок допускается в детское учреждение.

Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода, осуществлять частое проветривание и влажную уборку помещения с помощью имеющихся бытовых моющих и дезинфицирующих средств; посуду, используемую больным, необходимо кипятить или обрабатывать, дезинфицирующими средствами в специальной емкости; тщательно мыть руки с мылом после каждого контакта с больным; носить маски, имеющиеся в продаже или сделанные из подручных материалов (ватно-марлевые) при условии их смены через каждые 2 часа с последующей утилизацией или надлежащей стиркой и двухсторонним проглаживанием.

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не проводятся.

Специфическая профилактика гриппа включает вакцинопрофилактику и экстренную химиопрофилактику. Вакцинация против гриппа проводится ежегодно в осенний период. Экстренная химипрофилактика проводится этиотропными препаратами и имуномодуляторами при контакте с больным гриппом.

Экстренная химиопрофилактика инфекции,

вызываемой вирусом гриппа А/H1N1

1.Для противовирусной химиопрофилактики инфекции, вызываемой новым  вирусом гриппа типа А/H1N1, рекомендуется использовать озельтамивир или занамивир. Использование озельтамивира разрешено для химиопрофилактики у детей в возрасте 12 месяцев и старше. Тем не менее, озельтамивир можно использовать для химиопрофилактики согласно «Разрешению на использование в чрезвычайной ситуации» у детей в возрасте до 1 года для профилактики инфекции нового гриппа типа А/H1N1. Согласно этому «Разрешению на использование в чрезвычайной ситуации», химиопрофилактика не рекомендована для младенцев в возрасте до 3 месяцев, если ситуация не оценивается как критическая. Для детей в возрасте 12 месяцев или старше дозировка зависит от веса ребенка; для детей младше 12 месяцев – от возраста (месяца). Разрешено использование занамивира для химиопрофилактики у детей в возрасте 5 лет и старше.

2.Продолжительность постконтактной противовирусной химиопрофилактики составляет 10 дней после последнего известного контакта с подтвержденным случаем заболевания, вызванного новым вирусом гриппа типа А/H1N1. В определённых обстоятельствах противовирусные препараты могут применяться для предконтактной защиты.

3.Неспецифическая профилактика гриппа у детей:

1) арбидол - детям в возрасте 2-6 лет по 50 мг 2 раза в день в течение 7 дней, детям в возрасте старше 6 лет – по 100 мг, а с 12 лет – по 200 мг 2 раза в день в течение 7 дней

или

2) озельтамивир (порошок для приготовления суспензии для приема внутрь или капсулы): детям от 1 года до 8 лет -  при весе менее 15 кг по 30 мг, от 15 до 23 кг по 45 мг, от 23 до 40 кг по 60 мг, более 40 кг – по 75 мг 1 раз в сутки в течение 5 дней; детям старше 12 лет - по 75 мг 1 раз в день в течение 10 дней после контакта с инфицированным, не позднее, чем в первые 2 дня после контакта; во время эпидемии гриппа в течение 6 недель,

или

3) интерферон гамма в сочетании с интерфероном альфа 2b (лиофилизат для приготовления раствора для интраназального введения, содержимое флакона или ампулы растворяется в 5 мл воды для инъекций):

– интерферон гамма – применяется в составе комплексной терапии от 0 до 18 лет по 2-3 капли в каждый носовой ход за 30 минут до завтрака через день в течение 10 дней. При необходимости профилактические курсы повторяют. При однократном контакте достаточно одного закапывания,

– интерфероном альфа 2b - применяется в составе комплексной терапии при контакте с больным и /или/ при переохлаждении в соответствии с возрастной дозировкой: новорожденным и детям до 1 года (разовая доза 1000 МЕ)  по 1 капле; детям от 1 года до 14-х лет - (разовая доза 2000 МЕ) по 2 капли 2 раза в день в течение 5-7 дней. При необходимости профилактические курсы повторяют. При однократном контакте достаточно одного закапывания. При сезонном повышении заболеваемости в соответствии с возрастной дозировкой утром через 1-2 дня.

– интерферон альфа-2b (суппозитории) (применяется в составе комплексной терапии) - детям до 3 лет по 150000 МЕ 2 раза в сутки через день на протяжении 10-14 дней; детям от 3 до 6 лет по 500000 МЕ 2 раза в день в течение 10 дней – через день.

Общая профилактика здоровья ребенка

Сезонная вакцина, которую многим детям вводят каждую осень или зиму, не обеспечивает полноценной защиты от нового вируса гриппа типа А/H1N1, но способствует облегченному варианту течения заболевания. Родителям и ухаживающим за детьми лицам необходимо помнить о важности поддержания здоровья их ребёнка, обеспечивая введение ребенку других вакцин в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок.

Родителям детей с хроническими болезнями, требующими медикаментозного лечения (например, ВИЧ/СПИД), настоятельно рекомендуется обеспечить продолжение приема детьми прописанных им лекарственных препаратов.

При проведении специфической профилактики сезонного гриппа в первую очередь вакцинируются группы риска. Если ребенок младше 6 месяцев, то вакцинируются родители. Ежегодно проводится ревакцинация.

Противопоказания к вакцинации – аллергия к белкам куриного яйца, острые заболевания, обострения хронических, прогредиентные заболевания ЦНС, системные заболевания соединительной ткани, аутоиммунные заболевания, болезни крови, бронхиальная астма.