

Методические рекомендации

"Профилактика острых респираторных вирусных инфекций в ДОУ"

Профилактика заболеваемости детей острыми респираторными вирусными инфекциями в детских дошкольных учреждениях представляет одну из важных проблем здравоохранения. Респираторная инфекция способствует формированию у детей очагов хронического воспаления, развитию аллергических заболеваний, обострению латентных очагов инфекций. Специфическая вакцинопрофилактика острых респираторных вирусных заболеваний не может рассматриваться как вопрос ближайшего будущего ввиду большого числа возбудителей. Тем самым повышается роль комплекса неспецифических мер профилактики и противоэпидемических мероприятий в борьбе с этими болезнями.

Этиология, клиника и течение острых респираторных вирусных инфекций

Этиология (причина)

Наиболее распространенными возбудителями острых респираторных заболеваний в детских организованных коллективах являются вирусы гриппа, аденовирусы и вирус парагриппа III типа. Немаловажную, а порой и значительную роль в этиологии ОРЗ играют коронавирусы, микоплазменная инфекция и др. В период эпидемий, связанных с появлением новых антигенных вариантов вируса гриппа, число заболевших гриппом может достигать максимального уровня. Однако среди заболевших в этот период постоянно выявляются больные смешанной вирусной и вирусно-микоплазменной инфекцией. В межэпидемический период до 1/3 всех клинически выраженных форм заболеваний обуславливаются вирусами гриппа А и В. Аденовирусная инфекция чаще всего вызывается аденовирусами II и VII типов. Заболевания отмечаются во все сезоны года с появлением отдельных внутригрупповых вспышек в весенне-осенние периоды. Заболевания, обусловленные парагриппом I, II, III и IV – В типов, отмечаются в виде спорадических случаев и периодических (чаще в весенние месяцы) групповых вспышек. Наиболее частой причиной возникновения клинически выраженных форм является вирус парагриппа III типа.

Коронавирусная инфекция выявляется во все сезоны года. Наряду со спорадическими заболеваниями эти вирусы могут обусловить и локальные вспышки, особенно в зимне-весенний период. Микоплазменная инфекция обычно постоянно циркулирует в коллективе; процент детей, имеющих антитела к ней, повышается от 10 (при поступлении) до 40 - 45 (через 2 года). Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция чаще поражает детей первого года жизни. В коллективах, где грудные дети

отсутствуют, этот возбудитель обуславливает лишь около 5% заболеваемости. Следует подчеркнуть, что тесный контакт детей в коллективах, наряду с широкой циркуляцией возбудителей и высокой восприимчивостью к ним детей, нередко приводит к возникновению вспышек острых респираторных заболеваний, как правило, смешанной этиологии.

Клиника и течение

Грипп обычно начинается остро, иногда через несколько часов, чаще через 1-2 дня после заражения. Грипп А характеризуется выраженными явлениями интоксикации, температурной реакцией при легких признаках катара дыхательных путей. Тяжелые формы протекают с поражениями нервной системы (судорожный, менинго-энцефалитический синдромы) и частым развитием пневмонии с первых дней заболевания. Для гриппа В, наряду с явлениями общей интоксикации, характерно развитие фарингита, ларинго-трахеита с более частым поражением нижних отделов дыхательного тракта. Аденовирусная инфекция протекает в виде острого катара верхних дыхательных путей, фаринго-конъюнктивальной лихорадки, реже присоединяется поражение бронхов и пневмония. Наряду с острыми формами аденовирусной инфекций, у части детей наблюдаются подострые и затяжные формы в виде назофарингитов и тонзиллитов, сопровождающиеся постоянным выделением вируса, что представляет собой большую опасность с эпидемиологической точки зрения. Парагрипп протекает с умеренно выраженной интоксикацией, непродолжительной температурной реакцией, умеренными катаральными явлениями (ларинго-трахеобронхиты). Осложнения в виде пневмонии наблюдаются редко. Коронавирусная инфекция протекает обычно при нормальной температуре или при умеренном ее повышении, сопровождается недомоганием, обильными серозными выделениями из носа, охриплостью голоса, болью в горле, покашливанием, явлениями шейного лимфаденита. Микоплазменная инфекция протекает с кашлем, умеренными явлениями катара, лихорадкой и интоксикацией; иногда наблюдается головная боль, рвота, пятнисто-папулезная сыпь. У части детей возникает атипичная пневмония, нередко выявляющаяся только при рентгенологическом обследовании. Инфицирование микоплазмами не всегда сопровождается клинически выраженными формами болезни; они обычно развиваются при присоединении вирусных инфекций. Респираторно-синтициальная вирусная инфекция у детей первых месяцев жизни нередко вызывает обструктивный бронхит и бронхиолит, у более старших детей - протекает в виде острого катара верхних дыхательных путей.

2. Эпидемиология респираторных вирусных инфекций в детских коллективах

Заболеваемость респираторными вирусными инфекциями в детских

дошкольных учреждениях может наблюдаться в течение всего года с подъемами в осенние и зимне-весенние периоды. Уровень заболеваемости определяется рядом факторов общеэпидемического порядка (эпидемиологической ситуацией), санитарно-гигиеническими условиями детских учреждений, распространенностью носительства вирусов и микоплазм в коллективе.

Заражение детей острыми респираторными вирусными инфекциями происходит в детских учреждениях, в семье ребенка, в общественных местах, особенно в период эпидемических вспышек. Немаловажное значение имеет также заражение на транспорте, что подтверждается более высокой заболеваемостью в детских учреждениях, где большинство детей вынуждено пользоваться городским транспортом, по сравнению с учреждениями, обслуживающими детей своего микрорайона. Распространение острых респираторных вирусных инфекций в значительной степени связано с нарушением санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм и правил в детском учреждении. Заболеваемость в группах, размещенных в помещениях недостаточной площади, состоящих из одной комнаты, являющейся одновременно игровой и спальней, в 1,5-2,5 раза выше, чем в группах, соответствующих гигиеническим нормам. Перегрузка групп, скученность, нарушения режима - прежде всего воздушного и температурного - также ведет к повышению заболеваемости. Важную роль в распространении респираторно-вирусных инфекций в детских коллективах играет наличие вирусоносителей у детей с субклиническими формами заболеваний. В различные сезоны года выявляется до 17% детей - носителей аденовирусов, до 18% - носителей микоплазм. В отличие от носителей вируса гриппа, выявление которых в учреждениях невозможно без вирусологического исследования, заподозрить носительство аденовируса можно по ряду клинических признаков: у детей выявляется вяло текущий ринит, гиперемия и отечность задней стенки глотки, гипертрофия миндалин различной степени; затяжное течение аденовирусной инфекций чаще наблюдается у детей с аллергическими проявлениями. Особенностью микоплазменной инфекций является возможность длительного носительства возбудителя реконвалесцентами, особенно детьми с хроническими воспалительными поражениями носоглотки и миндалин, обусловленными, в частности, аденовирусами. Проведение необходимой санации носоглотки таким детям снижает носительство как микоплазм, так и аденовирусов в коллективе. Наряду с вирусоносителями в детском коллективе могут находиться и больные с острыми респираторными заболеваниями, которые часто протекают в такой легкой и клинически почти не выраженной форме, что дети продолжают посещать учреждение. Как правило, в этих случаях заболевание протекает благоприятно, без бронхо-легочных поражений. Такое течение болезни объясняется развитием иммунитета и повышением резистентности у детей, регулярно посещающих детские коллективы, к широкому кругу

респираторных вирусов, что подтверждается наличием у них высокого уровня антител к вирусам. Таким образом, пребывание детей с указанными формами заболеваний не представляет серьезной эпидемиологической опасности для данной группы, где постоянно имеются вирусоносители. Однако больные с выраженными проявлениями инфекций должны изолироваться незамедлительно, поскольку именно они наиболее опасны, как источники заболеваний.

С учетом вышеизложенного длительность изоляции заболевших детей должна устанавливаться исходя главным образом из динамики клинических проявлений. Группы с постоянным составом детей (с меньшей текучестью) имеют, как правило, более низкую заболеваемость, чем группы, состав которых часто обновляется. Заболеваемость респираторно-вирусной инфекцией зависит от срока пребывания ребенка в коллективе. Наиболее часто дети заболевают в первые 3 месяца пребывания в коллективе; в последующие месяцы заболеваемость снижается и к концу года она практически не отличается от показателей заболеваемости всего коллектива.

3. Неспецифическая профилактика острых респираторных вирусных заболеваний в детских дошкольных учреждениях

Учитывая, что наиболее высокая заболеваемость отмечается у вновь поступивших детей в детские учреждения, огромную роль в профилактике респираторных заболеваний играет правильная и своевременная подготовка детей к поступлению в дошкольные учреждения в условиях детской поликлиники. Перед устройством ребенка в коллектив необходимо проводить инструктаж матерей в отношении режима детского учреждения, характера питания, проведения закаливающих процедур, гимнастики, гигиенических требований к одежде и обуви. Это позволяет обеспечить более легкую адаптацию ребенка к условиям коллектива. Особое внимание должно быть уделено детям так называемых "групп риска", которые особенно подвержены заболеваниям (дети, родившиеся от больных матерей и с неблагоприятным течением беременности и родов, с неблагоприятным течением постнатального периода, часто болеющие, с аномалиями конституции, аллергическими реакциями и др.).

Дети из "групп риска" могут быть направлены в дошкольное учреждение только после соответствующего оздоровления. Детям с хроническими очагами воспаления необходимо провести энергичную санацию носоглотки, придаточных пазух носа, миндалин, полости рта. В отношении детей с аллергическими заболеваниями необходимо добиться возможно более полной ликвидации клинических проявлений со стороны кожи, слизистых оболочек. Желательна консультация аллерголога и получение конкретных рекомендаций по дальнейшему режиму и лечению. В случае

острого заболевания ребенок может быть принят в детское дошкольное учреждение не ранее, чем через две недели после выздоровления.

Особого внимания требует организация профилактических прививок. Если известно, что ребенок будет воспитываться в детском учреждении, то профилактические прививки необходимо планировать заранее с тем, чтобы очередную вакцинацию провести не позднее чем за 1 месяц до поступления ребенка в дошкольное учреждение. Если это сделать не удалось, то вакцинация проводится уже в дошкольном учреждении по окончании периода адаптации (через 1,5-2 месяца после поступления). В подготовке детей к поступлению в детский коллектив необходимо четкое взаимодействие медицинского персонала детского учреждения и поликлиники как для выработки единых требований к воспитанию и охране здоровья детей, так и для проведения всех необходимых мероприятий, обеспечивающих снижение риска респираторной заболеваемости в детском коллективе.

Работа с вновь поступившими детьми в детском учреждении является продолжением мероприятий, начатых до поступления детей в коллектив. Вновь поступившие в учреждение дети нуждаются в создании охранительного режима, индивидуальном подходе с учетом особенностей их развития, сложившихся привычек и др. Рекомендуются к уходу за детьми шире допускать матерей, что помогает воспитателю наладить необходимый режим в этот трудный период. Привыкание детей к режиму детского учреждения облегчается, если их пребывание сокращается на 2-3 часа, прежде всего это относится к детям в возрасте до 1,5-2 лет, у которых адаптация проходит особенно тяжело. Важное значение в профилактике острых респираторных заболеваний имеет строгое соблюдение санитарно-гигиенических норм и создание оптимальных условий для правильного развития и воспитания детей, что может быть достигнуто совместными усилиями администрации, педагогического и медицинского персонала учреждения. Организация работы детского учреждения регламентируется соответствующими положениями и инструкциями Министерства просвещения СССР и Министерства здравоохранения СССР. К ним относятся: "Программа воспитания в детском саду", "Санитарные правила устройства и содержания детских дошкольных учреждений", методические рекомендации "Организация лечебно-профилактической помощи детям в детских дошкольных учреждениях" и др.

В общем комплексе профилактических мероприятий следует выделить вопросы выполнения режима дня, правильную организацию сна и бодрствования, питания, физического воспитания, закаливания.

Воздушный режим является едва ли не важнейшим элементом профилактики респираторных заболеваний. Доказано, что передача

респираторно-вирусной инфекций облегчается с повышением температуры помещений, особенно при недостаточной вентиляции. Надо вести неустанную разъяснительную работу с персоналом учреждения и родителями в этом направлении, подчеркивая, что прохладный свежий воздух в помещении препятствует передаче инфекций, а не вызывает "простуду". Передача инфекций практически прекращается во время прогулок и сна в хорошо проветриваемом прохладном помещении, поэтому максимальное пребывание на свежем воздухе - наиболее действенный путь борьбы с распространением респираторной инфекций.

Правильная организация питания детей, соблюдение установленных нормативов калорийности и содержания основных питательных веществ в рационе ребенка, обогащение его витаминами, минеральными солями, микроэлементами имеет важное значение в повышении сопротивляемости организма ребенка к инфекциям.

Особое внимание должно быть уделено борьбе с перекормом детей углеводистой пищей, что играет основную роль в предупреждении паратрофии. Известно, что дети, страдающие паратрофией, более восприимчивы к респираторной вирусной инфекцией, которая протекает у них в более тяжелой форме. Количество и качество пищи, получаемое в детском учреждении и дома, должно быть приведено в соответствие с потребностями ребенка. Поэтому детское учреждение должно давать четкие рекомендации родителям в отношении питания детей в домашних условиях. Серьезного отношения требуют также дети с проявлением пищевой аллергии, предрасположенные к заболеваниям вирусной инфекцией и длительному вирусоносительству. Наиболее частыми пищевыми аллергенами являются куриные яйца, куриное мясо, рыба, апельсины, шоколад, какао, мед. Однако и многие другие продукты могут выступать в роли аллергенов. Детям, имеющим аллергию к тому или иному продукту, этот продукт не должен даваться ни в каком виде, а заменяться другим. Так как обычно число детей, страдающих аллергией, невелико, то организация им соответствующего питания не представляет больших трудностей. Физическое воспитание и закаливание детей также играет большую роль в профилактике острых респираторных заболеваний. Физическое воспитание оказывает благотворное влияние на все функции растущего организма, способствует развитию сердечно-сосудистой и дыхательной систем; играет большую роль в совершенствовании деятельности центральной нервной системы и развитии моторики ребенка, равномерному и своевременному развитию костно-мышечного аппарата, правильному формированию осанки. В этом и заключается огромное оздоровительное значение физического воспитания.

Система физического воспитания детей раннего и дошкольного возраста включает в себя массаж и гимнастику для детей первого года жизни,

физкультурные занятия для детей старше года, утреннюю гигиеническую гимнастику, подвижные игры, элементы спорта для детей дошкольного возраста. Как показывает опыт лучших детских дошкольных учреждений, правильно организованные, систематические занятия физическими упражнениями позволяют добиться значительного снижения заболеваемости детей. Особого внимания требует организация закаливания детей, являющаяся мощным средством профилактики так называемых "простудных" заболеваний.

Система закаливающих воздействий направлена на повышение выносливости ребенка, сопротивляемости его организма вредным факторам внешней среды, улучшение приспособляемости к резким изменениям температуры, влажности, движению воздуха. Закаливание, как средство совершенствования защитных реакций, основывается на тренировке - систематическом повторении воздействия закаливающих факторов, начиная с кратковременных и слабых, с постепенным нарастанием по силе и длительности.

В качестве основных средств закаливания используются естественные природные факторы: воздух, вода, солнечный свет -при обязательном соблюдении следующих условий:

1. Учет индивидуальных особенностей ребенка при выборе метода закаливания.
2. Комплексное использование всех природных факторов.
3. Постепенность в увеличении силы воздействия используемого фактора.
4. Систематичность
5. Спокойное, радостное настроение ребенка во время закаливающей процедуры.

Первым требованием для проведения закаливания детей в дошкольном учреждении является создание гигиенических условий жизни детей, обеспечение чистоты и постоянной смены воздуха (проветривание: одностороннее или сквозное). Температура в помещении для детей младших групп должна быть не выше +22°C, средних и старших групп +20°C. Более высокая температура приводит к перегреванию детей.

Детей следует постепенно приучать находиться в помещении при одностороннем проветривании. Сквозное проветривание проводят в отсутствие детей, допуская снижение температуры в групповой комнате до +16°C и прекращают его за 20-30 минут до возвращения детей. При указанной температуре воздуха одежда детей должна быть двухслойная: хлопчатобумажное белье, хлопчатобумажное или полушерстяное платье, для детей младших групп - колготки, а старших - гольфы. Закаливание воздухом предусматривает проведение воздушных ванн при каждой смене белья, во время утренней гигиенической гимнастики, физкультурных и

музыкальных занятий, а также организации прогулок и сна на свежем воздухе.

Дневной сон на открытом воздухе или при открытых окнах проводится круглый год. В зимнее время температура воздуха на веранде может достигать $-10-15^{\circ}\text{C}$. При этом поверх мешка детей накрывают одеялом. Матрацы хранятся в теплом помещении и выносятся на веранду непосредственно перед сном. При невозможности организовать сон на воздухе, в комнате, где спят дети, должны быть открыты фрамуги или окна. Температура воздуха в спальне может снижаться до $+15-16^{\circ}$. Прогулки должны проводиться в любую погоду, при необходимости, под навесом. Зимой дети младших групп в безветренную погоду могут гулять при температуре воздуха $-15-18^{\circ}$, старшие группы - до -22° . Летом вся жизнь детей, по возможности, должна быть перенесена на открытый воздух. Очень важно правильно одевать детей для прогулки. При температуре воздуха от $+6^{\circ}$ до -2°C детям одевают четырехслойную одежду (белье, платье, теплую кофту, рейтузы, куртку или демисезонное пальто, шерстяную шапочку, ботинки на утепленной подкладке); при снижении температуры до $-3-8^{\circ}\text{C}$ демисезонное пальто заменяют зимним, на ноги одевают утепленные сапожки; при температуре ниже -9° дополнительно одевают шерстяные носки. Наибольший оздоровительный эффект достигается при сочетании прогулки с физическими упражнениями на открытом воздухе. Использование воды в целях закаливания детей в повседневной жизни сочетается с формированием у них навыков личной гигиены. Закаливание водой начинают с предельно слабых воздействий на ограниченную часть кожных покровов (местное обтирание, обливание), а затем - общее обтирание и обливание. При этом температура воды постепенно снижается. При местных процедурах - с $+30^{\circ}\text{C}$ через 1-2 дня на 2° до $20-14^{\circ}$. (в зависимости от возраста и сезона года); при общих процедурах - с $35-34^{\circ}\text{C}$ через 3-4 дня на 2° до $22-18^{\circ}\text{C}$. Общие водные процедуры (обливание, обтирание, купание) проводятся не раньше, чем через 30-40 минут после еды. После предварительного закаливания воздухом и водой целесообразно применение комбинированных воздействий - воздушная ванна с последующим обтиранием.

Для поддержания закаливающего эффекта следует широко использовать в летнее время игры с водой, игры в плескательных бассейнах. Купание в открытом водоеме разрешается детям старше 3-х лет (не более одного раза в день) при температуре воздуха не менее $+25^{\circ}\text{C}$. Хорошо закаленным детям можно позволять купаться и в более прохладной воде, сокращая время купания. Продолжительность купания - от 3 до 5 - 8 минут. Хорошим средством закаливания является систематическое полоскание рта и горла водой комнатной температуры. Приучать детей полоскать рот можно с 2-3 лет. С 4-5 лет можно приучать полоскать горло утром после сна и вечером перед сном (детям с измененными миндалинами следует на

стакан воды добавлять один грамм поваренной соли и 0,5 грамма питьевой соды). В период повышенной заболеваемости, карантинных и после перенесенных заболеваний вся система закаливания сохраняется, но сила воздействующего фактора должна снижаться. В этот период должен быть усилен контроль врача и обеспечен строгий индивидуальный подход к каждому ребенку. Закаливание солнцем осуществляется в процессе прогулки, особенно в весенне-летнее время при обычной разнообразной деятельности детей. Начинают прогулку со свето-воздушных ванн в тени деревьев. Для проведения солнечной ванны игру детей перемещают под прямые лучи солнца на 5-6 минут и вновь уводят их в тень. По мере появления загара солнечные ванны становятся более продолжительными, но не более 10 минут одномоментно (40-50 минут суммарно). Для целей профилактики респираторных заболеваний с успехом применяют ультрафиолетовое излучение (УФ) различных искусственных источников, некоторые из которых воспроизводят спектр близкий солнечному в диапазоне 280-400 нм. Облучение способствует повышению активности физиологических механизмов защиты организма - стимулирует иммунологическую реактивность, процессы термоадаптации, регулирует минеральный обмен и др. Коротковолновая область УФ спектра (короче 280 нм) обладает отчетливым бактерицидным действием. Общие профилактические УФ облучения детей проводят в весенне-зимние сезоны года, в периоды наибольшей вероятности вспышки респираторных заболеваний. Особенно важное значение имеет УФ облучение в северных районах страны, где дефицит естественного излучения вызывает проявления "светового голодания" (снижение иммунологической реактивности и др.). Для облучения детей применяют схемы малых постепенно нарастающих доз: от 1/8-1/4 до 2-х биодоз на переднюю и заднюю поверхности тела ребенка, курс облучения до 15 процедур (облучение проводится в светозащитных очках). Индивидуальные облучения проводятся преимущественно детям раннего возраста, а также часто болеющим острыми респираторными заболеваниями (расстояние от лампы 100 см.). В детских коллективах более целесообразно проведение групповых УФ облучений, применяя облучатели маячного типа. Облучаемые дети располагаются, стоя по кругу на расстоянии 1,0-1,5-2,5 м (в зависимости от мощности источников облучения). Одновременно могут облучаться от 5 до 25 детей. Наиболее удобное время для проведения УФ облучений - через 1-1 1/2 часа после завтрака или непосредственно после дневного сна. Противопоказаниями к УФ облучению детей являются: выраженные туберкулиновые пробы, обострение аллергических реакций (респираторных, кожных), склонность к кровотечениям, заболевания почек, пороки сердца в стадии субкомпенсации. В борьбе с распространением острых респираторных заболеваний среди детского коллектива, помимо широкой аэрации, доступа солнечного света, целесообразно проводить облучение помещений коротковолновыми УФ лучами, источниками которых являются бактерицидные лампы различной мощности (30-60 Вт).

Обеззараживание воздуха УФ облучением можно проводить как в присутствии детей в помещении (непрямое облучение), так и в отсутствии детей (прямое облучение) с использованием настенных, потолочных или передвижных бактерицидных облучательных установок. При непрямом облучении бактерицидный УФ поток от экранированных облучателей (с 2-3 лампами) направляется в верхнюю зону помещения (потребляемая из сети мощность 0,8-1 Вт/м³). Достаточный бактерицидный эффект достигается только при продолжительном облучении, не менее 5-6 часов в сутки. При прямом облучении (открытыми лампами) потребляемая мощность увеличивается до 2-3 Вт/м³, время облучения может быть уменьшено до 1-2 часов. В отсутствие детей в помещениях для санации воздуха могут применяться также передвижные бактерицидные облучатели: маячного типа с шестью бактерицидными лампами, стационарный облучатель на штативе с двумя бактерицидными лампами. В детских учреждениях санацию воздуха УФ облучением следует осуществлять не только во время вспышек респираторных заболеваний, но и в периоды, неблагоприятные в эпидемическом отношении.

4. Противоэпидемические мероприятия

Наряду с общими противоэпидемическими мероприятиями, заключающимися в строгом соблюдении санитарного режима, в профилактике острых респираторных инфекций в дошкольных учреждениях большое значение имеет правильная организация работы фильтра. В период подъема острой респираторной вирусной заболеваемости среди населения четкая работа фильтра приобретает особенно важное значение, т.к. дети в первые часы и дни заболевания являются наиболее опасными в эпидемиологическом отношении. В детских учреждениях необходима особая настороженность в плане своевременного выявления остро заболевших детей, которые подлежат немедленному удалению из группы под наблюдение медицинской сестры. Нельзя забывать также, что источником инфицирования детей в детском учреждении могут быть воспитатели и другой персонал, больные острой респираторной инфекцией. Доступ таких лиц в группы и другие места возможного контакта с детьми должен быть закрыт. Особого внимания требует вопрос о сроках допуска переболевших детей в детское учреждение. Сроки допуска детей в коллектив после перенесенного острого респираторного заболевания должны определяться главным образом индивидуальными особенностями реконвалесцента и характером перенесенной инфекций. Большинство детей могут быть допущены в детское учреждение после исчезновения у них симптомов острого катара (насморка, конъюнктивита, фарингита) вне зависимости от срока, прошедшего от начала заболевания. Такой подход оправдан тем, что наиболее заразный период совпадает с периодом разгара катаральных явлений. Чаще всего при острых респираторных вирусных инфекциях катаральные явления держатся 5-6 дней, так что допуск в учреждение детей

при отсутствии осложнений возможен на 7 день от начала заболевания. У некоторых детей после респираторной вирусной инфекции может длительно держаться субфебрилитет, умеренные катаральные явления. При отсутствии данных, указывающих на активность процесса, они могут быть допущены в дошкольные учреждения по заключению педиатра поликлиники. Дети с перенесенной внутричерепной родовой травмой, дающие фебрильные судороги, и другие, у которых вирусные инфекции сопровождаются неврологической симптоматикой, возвращаются в коллектив после консультации с невропатологом. Наибольшая длительность течения заболевания отмечается у детей с очагами хронического воспаления (назо-фарингитами, тонзиллитами). Эти дети требуют энергичной терапии и могут допускаться в группу после стихания симптомов обострения очаговой инфекции. Режим учреждения во время эпидемической вспышки должен предусматривать изоляцию групп.