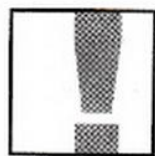


**О.В. Иозефович,**  
врач-педиатр, мл. науч. сотрудник отдела  
профилактики инфекционных заболеваний  
ФГУ «НИИ детских инфекций Федерального  
медико-биологического агентства России»,  
г. Санкт-Петербург

# Вакцинация детей перед поездками в другие страны

Многие дошкольники периодически выезжают с родителями за рубеж. Во избежание инфекционных заболеваний перед отъездом детей желательно привить в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 51н (далее – Национальный календарь прививок).

Для детей первого года жизни вакцинация должна быть выполнена полностью, даже если для этого потребуются делать прививки по ускоренной схеме. Такие схемы допустимы для прививок против гепатита В (три прививки с интервалом в месяц, через 12 месяцев после первой прививки – 4-я доза вакцины), АКДС (три прививки с месячным интервалом и ревакцинацией через 6 месяцев), полиомиелитной вакциной (три прививки с месячным интервалом). В приложении приведена памятка родителям, выезжающим с детьми дошкольного возраста в другие страны.



обратите  
внимание

**Прививки нужно делать не менее чем за 4–6 недель до поездки, поскольку для выработки защитных антител требуется время.**

В зависимости от региона, в который едет ребенок, рекомендуется вакцинация против инфекционных болезней, не предусмотренных Национальным календарем прививок.

## Желтая лихорадка

**Желтая лихорадка** (далее – ЖЛ) является вирусной геморрагической лихорадкой. Она переносится комарами, распространена среди населения тропической Африки и Южной Америки. Около 90% всех случаев ЖЛ ежегодно наблюдается в странах африканского континента. Инкубационный период ЖЛ колеблется в пределах от 3 до 6 суток, изредка составляет до 10 дней. Течение заболевания варьируется



по степени тяжести от умеренного лихорадочного состояния до тяжелого гепатита с геморрагической лихорадкой. Тяжелое течение характеризуется следующими клиническими проявлениями:

- фебрильная лихорадка до 39–41 °С;
- озноб;
- сильная головная боль;
- боль в мышцах спины и конечностей;
- тошнота;
- рвота;
- желтушное прокрашивание кожи вследствие поражения печени.

После короткого промежутка от начала заболевания может наступить шок, геморрагический синдром с развитием острой почечной недостаточности, острая печеночная недостаточность. При молниеносно протекающем развитии болезни больной умирает через 3–4 дня. Летальность заболевания составляет до 15–20%, а во время эпидемических вспышек – до 50–60%. **Летальный исход наиболее вероятен у детей младшего возраста и пожилых людей.**

В последние годы наблюдается значительный рост количества случаев ЖЛ. Путешествующие в регионы тропической Африки и Южной Америки могут быть инфицированы вирусом ЖЛ. Какого-либо конкретного антивирусного метода лечения этого заболевания нет. Наиболее эффективный метод получения защиты против ЖЛ – иммунизация.

В России для вакцинации применяется сухая живая вакцина желтой лихорадки. Можно прививать детей от 9 месяцев, детей 4–9 месяцев – только при высоком риске заражения. Вакцину вводят однократно не позднее чем за 10 суток до выезда в эндемичный район, т. к. защитные антитела вырабатываются через 10 дней, сохраняются в течение 10–15 лет. Повторяют вакцинацию через 10 лет. **Для детей до 14 лет интервал после предшествующей вакцинации должен быть не менее двух месяцев.**

## Гепатиты

Вакцинация против **гепатита В** рекомендуется посещающим Юго-Восточную Азию, Африку, Ближний Восток, Амазонию. Первичный курс следует пройти за 6 месяцев до выезда; если это невозможно, его завершают за рубежом.

**Гепатит А** распространен в Индии, Пакистане, Бангладеш и Непале, странах Африки, Ближнего Востока, Центральной и Южной Америки.

Для вакцинации детей используются как моновалентные вакцины (ГЕП-А-ин-ВАК и ГЕП-А-ин-ВАК-ПОЛ с 3 лет, Аваксим и Вакта с 2 лет, Хаврикс с одного года), так и комбинированные против гепатитов (ГЕП-А+В-ин-ВАК и Твинрикс). Полный курс иммунизации моновалентными вакцинами состоит из двух доз с интервалом 6–12 месяцев, комбинированные вакцины вводят трижды согласно схемам для гепатита В, после введения второй дозы защита сохраняется не менее 25 лет. **Защитный эффект проявляется с конца первой недели после вакцинации.**



Вакцинация против гепатита А должна стать правилом для выезжающих на курорты развивающихся стран.

## Брюшной тиф

**Брюшной тиф** – острая инфекционная болезнь, обусловленная сальмонеллой (*Salmonella typhi*), проявляется лихорадкой, симптомами общей интоксикации, бактериемией, увеличением печени и селезенки, энтеритом и морфологическими изменениями лимфатического аппарата кишечника. Единственным источником и резервуаром инфекции является человек, заражение происходит при употреблении инфицированной воды или пищи. **Инкубационный период брюшного тифа составляет в среднем около 2 недель. Продромальный период** малозаметен, продолжается 1–3 дня. Характеризуется следующей симптоматикой:

- головная боль;
- снижение аппетита;
- общая слабость.

За продромальным периодом следует стадия нарастания клинических изменений:

- температура постепенно повышается и в течение 5–6 дней достигает максимума – 39–40 °С;
- нарастает слабость;
- увеличиваются селезенка и печень.

**Период полного развития** болезни характеризуется:

- высокой преимущественно постоянной температурой;
- спутанностью сознания, бредом;
- сонливостью.

На 8–10-й день на коже живота, груди, спины и реже конечностей выступают в большом количестве розеолы.

Наиболее опасными осложнениями тифо-паратифозных заболеваний являются перфорация кишечных язв, кишечное кровотечение и инфекционно-токсический шок. Нередко наблюдаются пневмония и миокардит, реже – другие осложнения.

Против **брюшного тифа** вакцинируют лиц, отправляющихся в развивающиеся страны и регионы – Северную Африку, Индию, Среднюю Азию и т. д. на срок, превышающий 4 недели. Зарегистрированные в России две вакцины Вианвак и Тифивак обеспечивают защиту через 1–2 недели, прививки делают детям с 3–7 лет.

## Холера

**Холера** – инфекционное заболевание, быстро вызывающее дегидратацию – распространяется через загрязненную воду и продукты питания. Ежегодно холерой заболевает около 3–5 млн человек, из них 100–130 тыс. умирает. Болезнь распространена в странах Африки и Азии.



Инкубационный период колеблется в пределах от нескольких часов до пяти суток, в среднем длится 2–3 дня.

Начальный период болезни характеризуется:

- острым началом;
- учащением стула, вначале калового характера, затем – водянистого, с хлопьями в виде рисового отвара, до 20 раз в сутки;
- общей слабостью;
- сильной жаждой;
- частой и обильной рвотой.

Нарастают ацидоз, гипоксия тканей, возникают судороги конечностей клонического, тонического и смешанного характера. Состояние больного становится тяжелым, артериальное давление падает, тоны сердца приглушены, дыхание учащается.

При отсутствии или недостаточном лечении через 1,5–2 суток возникает холерный алгид, нарастают явления гастроэнтерита, состояние становится крайне тяжелым, отмечается резкое обезвоживание. Алгидная фаза переходит в асфиксическую с цианозом, судорогами, затемнением сознания, коллапсом, развитием комы, приводящей к смерти. Летальность в случае развития этой фазы высокая, но правильное лечение может обеспечить выздоровление.

Тяжесть холеры варьируется от легких проявлений энтерита, на которых и заканчивается болезнь, до тяжелейших коматозных состояний, быстро приводящих к смерти.

В настоящее время против холеры существуют только оральные вакцины Dukoral<sup>М</sup>, Shanchol<sup>М</sup> и mORCVAX<sup>М</sup>, которые безопасны и индуцируют адекватную краткосрочную защиту. Первичная вакцинация состоит из двух доз, но для тех, кто продолжает подвергаться риску инфицирования, приблизительно через два года нужна бустерная доза. Shanchol и mORCVAX лицензированы для применения среди детей старше одного года, а Dukoral – старше двух лет.

## Менингококковая инфекция

Тяжелое течение, неблагоприятный исход при неадекватной терапии характерны для **менингококковой инфекции**, которая регистрируется во всех странах и климатических зонах. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается в странах Африки, особенно Центральной и Западной, составляющих так называемый менингитный пояс. Менингококковая инфекция поражает преимущественно детей – 70–80% от общего числа больных. В последнее время все чаще регистрируются тяжелые формы заболевания – менингококцемия (менингококковый сепсис) и сочетанные формы заболевания.

Восприимчивость к менингококку невелика, поэтому вызванные им заболевания встречаются реже других воздушно-капельных инфекций, но это не снижает опасности менингококковой инфекции.

Менингококцемия составляет до 36–43% всех случаев генерализованных форм и характеризуется следующими признаками:



- острое начало;
- подъем температуры до высоких цифр;
- общая интоксикация;
- кожные высыпания;
- вялость;
- гиперестезия кожи;
- головная боль;
- рвота;
- снижение аппетита.

Иногда отмечаются тахикардия, одышка, возможны диспептические явления, особенно у детей младшего возраста. При тяжелых формах наблюдаются беспокойство, возбуждение или заторможенность, спутанность сознания.

Уже через несколько часов после начала болезни на коже появляются высыпания. Наиболее типична геморрагическая звездчатая сыпь. Элементы сыпи различного размера, плотные с инфильтрированным основанием, возвышаются над поверхностью кожи, не исчезают при надавливании, при соскобе из них можно выделить менингококк. Окраска сыпи неодинаковая, т. к. она появляется не одновременно. Возможна также розеолезная, папулезная, пятнистая сыпь, на фоне которой обнаруживаются отдельные геморрагические элементы, после себя они оставляют пигментацию. Типичная локализация сыпи – боковая поверхность и низ живота, плечи, наружные поверхности бедер и голеней, ягодицы, стопы.

Вакцинацию против **менингококковой инфекции** проводят выезжающим на длительный срок в страны с высоким риском заражения – районы Сахары, Объединенные Арабские Эмираты, Саудовскую Аравию. В России зарегистрированы полисахаридные вакцины (Вакцина менингококковая А, Полисахаридная менингококковая А+С, Менцевакс АСWУ) и конъюгированная (Меньюгейт). Полисахаридные вакцины вводят подкожно однократно детям с 2 лет. Менцевакс АСWУ вводят подкожно детям старше 6 лет и взрослым перед выездом, детям младше 6 лет – не позже чем за 2 недели до выезда, детям до 2 лет вторую дозу вводят через 3 месяца. Меньюгейт вводят внутримышечно на первом году жизни (начиная с 2 месяцев) трижды с интервалом в 4–6 недель, а детям от года, подросткам и взрослым – одну дозу.

## Энцефалиты

**Японским энцефалитом** можно заразиться в ряде государств Южной Азии и Дальнего Востока. В России производится отечественный препарат (другие вакцины в нашей стране не зарегистрированы). Вакцинация может быть проведена среди детей от года. Стандартный график вакцинации состоит из трех доз по схеме 0–7–30-й дни, альтернативная ускоренная схема – 0–7–14-й дни. Считается, что две дозы, введенные с недельным интервалом, обеспечивают защиту у 80% привитых. Ревакцинация при необходимости проводится каждые 2–3 года. Вакцинация должна быть закончена за 10 дней до выезда в эндемичный регион.

**Клещевой энцефалит** актуален в Австрии, Чехии, Карелии, на Урале, в Красноярском и Хабаровском краях, Новосибирской области и Поволжье. Вакцины против



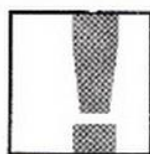
клещевого энцефалита – инактивированные, отличаются по штаммам вируса (Энцефир, ФСМЕ иммун, ФСМЕ иммун джуниор, Энцепур, Вакцина клещевого энцефалита культуральная очищенная концентрированная, сухая). ФСМЕ иммун джуниор вводится детям от 6 месяцев (детей до года прививают при высоком риске заражения), Энцепур детский – от года. Защитный уровень антител вырабатывается через 2 недели после второй прививки.

## Другие заболевания

Иммунизация против **дифтерии и столбняка** проводится детям, не завершившим курс первичной вакцинации. Вакцинация взрослых против дифтерии и столбняка должна выполняться накануне выезда в любую страну при нарушении сроков ревакцинации или потере данных о прививках. Районы высокого риска по дифтерии: юг Сахары, части Юго-Восточной Азии и Южной Америки.

Эндемичными в отношении **полиомиелита** являются территории Афганистана, Индии, Нигерии и Пакистана. Выезжающие в эти страны дети, которым ранее были введены три или более доз оральной живой полиомиелитной вакцины (ОПВ) или инактивированной полиомиелитной (ИПВ), должны получить одну дополнительную дозу, а непривитые или недопривитые дети (и взрослые) – полную первичную серию прививок ИПВ или ОПВ до отъезда. Одна дополнительная доза ОПВ или ИПВ после первичной серии прививок обеспечивает защиту от полиомиелита тем, кто повторно посещает эндемичные территории.

**Корь** широко распространена во многих развивающихся странах, особенно в некоторых частях Африки, Восточного Средиземноморья и Азии. Ежегодно более 20 млн человек заболевает корью.



обратите  
внимание

**Дети, не получившие хотя бы одной дозы вакцины против кори и не болевшие, подлежат вакцинации вне зависимости от страны, в которую выезжают.**

При выезде в эндемичный по кори регион соответствующую вакцину стоит ввести ребенку старше 6 месяцев (с последующей вакцинацией после года двумя дозами), а ребенку старше года, привитому однократно, – вторую дозу вакцины.

Актуальна вакцинопрофилактика **ветряной оспы**. Вакцина в России появилась в начале 2008 г., сейчас их две – Варилрикс и Окавакс. Дети, не болевшие ветряной оспой, в возрасте 12 месяцев и старше перед отъездом в любую страну должны получить одну дозу вакцины против вируса varicella-zoster. Детей младше года от этой инфекции защищают материнские антитела, а переболевшие ветряной оспой дети считаются невосприимчивыми к ней.

**Бешенство** распространено в Южной Америке, Таиланде. Это заболевание во всех случаях заканчивается летальным исходом. Профилактическая вакцинация состоит из трех доз, вводимых по графику 0–7–21-й (или 28-й) день. **Проводить вакцинацию против бешенства следует не позднее чем за месяц до поездки.** Такая вакцинация защищает от бешенства на три года. В странах СНГ зарегистрированы две российские вакцины (КАВ и КОКАВ), одна немецкая (Рабиपुर). Растворенную вакцину вводят медленно внутримышечно в дельтовидную мышцу плеча, детям до 5 лет – в верхнюю часть переднебоковой поверхности бедра.



**Малярия** – острая лихорадочная болезнь – вызывается одноклеточными паразитами, которые передаются при укусах инфицированных комаров. Большинство случаев заболевания малярией отмечается в Африке к югу от Сахары. Однако болезнь регистрируется и в Азии, Латинской Америке, в меньшей степени на Ближнем Востоке, в некоторых частях Европы.

Клиника малярии у детей старшего возраста такая же, как и у взрослых. Основным клиническим проявлением заболевания служат лихорадочные приступы, чередующиеся с периодами апирексии. При трехдневной малярии приступы возникают через каждые 48 ч., при четырехдневной – через 72 ч; при тропической температура имеет неправильно ремиттирующий или постоянный характер вследствие длительности приступа.

Приступ начинается ознобом, температура быстро повышается до 40–41 °С. Озноб сменяется чувством жара и сильной жаждой. Приступ заканчивается обильным потом. Температура критически падает до субнормальных значений. Самочувствие больного улучшается, сохраняются лишь слабость и сонливость. При трехдневной малярии приступ продолжается 6–8 ч, при четырехдневной – 12–24 ч, при тропической малярии – до 36 ч. Правильный ритм приступов устанавливается приблизительно с конца второй недели болезни.

Селезенка и печень у больных увеличиваются в размерах, отмечается их болезненность при пальпации, кожные покровы и склеры слегка иктеричные, вследствие массивного разрушения эритроцитов развивается анемия.

**У детей раннего возраста течение заболевания имеет ряд особенностей.** Приступы болезни выражены мало или отсутствуют. После озноба, свойственного началу приступа, может возникнуть синюшность, похолодание конечностей. Обильного пота, которым обычно заканчиваются приступы малярии у взрослых, нет. Слабо выражены и межприступные периоды, т. к. температура остается повышенной. У детей раннего возраста могут наблюдаться менингеальные явления, симптомы менингоэнцефалита: рвота, судороги, тяжелый токсикоз с сердечно-сосудистой недостаточностью, кишечная дисфункция. Быстро развивается анемия, селезенка и печень увеличиваются в размерах.

Выезжающим в эндемичные по малярии регионы необходимо выяснить, есть ли опасность заражения малярией в конкретном районе, куда планируется поездка. Профилактический прием противомалярийных препаратов (Мефлохина, Хлорохина в сочетании с Прогуанилом или др.) рекомендуется людям, выезжающим в очаги средней и высокой эндемичности. Препараты следует принимать накануне поездки, в течение всего периода пребывания в очаге (в сезон, когда существует риск заражения), а также на протяжении еще 4 недель после возвращения. В настоящее время разрабатывается вакцина против малярии.

**Дракункулез**, или ришта, – это тканевый гельминтоз (нематоз), обусловленный циркуляцией гельминта в подкожной клетчатке человека. Заболевание регистрируют в Восточной и Центральной Африке, на Аравийском полуострове, в Азии и Южной Америке. Паразит попадает в организм человека перорально: при заглатывании воды, содержащей веслоногих раков, зараженных личинками ришты. После спаривания самцы гибнут, а самки мигрируют в кожу, где локализуются в подкожной клетчатке. Обитающие в подкожной клетчатке крупные нематоды провоцируют возникновение легко вскрывающихся зудящих гнойников.



Основную опасность представляет вторичное заражение раневой области. Симптомы развиваются на 9–14-й месяц после заражения, появляются в виде крапивницы, слабости, одутловатости лица, одышки, бронхообструктивного синдрома. В очагах локализации паразитов наблюдаются аллергические отеки, которые держатся от нескольких дней до 2–3 месяцев и исчезают после выхода гельминта на поверхность кожи. На коже соответственно месту головного отдела самки формируется язва (псевдофурункул) диаметром 2 см, которая вскрывается через 5–7 суток и обнажает тело гельминта. В настоящее время используются только оперативные методы лечения дракункулеза.

Приложение

### **Памятка родителям, выезжающим с детьми дошкольного возраста в другие страны**

1. Выезжайте с ребенком за пределы привычной климатической зоны не ранее чем ему исполнится три года: к этому возрасту формируется иммунная система.
2. Отдыхайте с ребенком более 14 дней. Детям требуется больше времени для адаптации к новым условиям, чем взрослым.
3. Не перевозите ребенка из одного сезона в другой и обратно. Большинство детей по возвращении начинают часто болеть респираторными инфекциями.
4. Заранее посетите педиатра, получите его рекомендации.
5. Узнайте список обязательных прививок для безопасного пребывания ребенка в выбранной стране. Эти прививки нужно сделать заранее.
6. Составьте и возьмите с собой дорожную аптечку маленького путешественника.
7. Не пейте местную воду из-под крана или фонтанов, используйте питьевую воду из бутылок. В странах с жарким климатом для умывания, чистки зубов применяйте кипяченую воду.
8. Помните, что бассейны общего пользования в отелях – это места скопления микроорганизмов, в т. ч. возбудителей болезней. Бассейны с морской водой предпочтительней хлорированных.
9. Не купайтесь в стоячих водоемах и медленно текущих реках.
10. Не ходите босиком, особенно по влажной и заболоченной земле.

#### **Примерная аптечка маленького путешественника**

1. **Для обработки ран:** стерильные вата и бинты, пластырь, перекись водорода, йод.
2. **От синяков и ушибов:** мазь Троксевазин или Спасатель.
3. **От солнечных ожогов:** мази Пантенол, Бепантен, Спасатель.



4. **От кишечных расстройств:** активированный уголь (абсорбент), Смекта (при вздутии живота, диарее); Эрсефурил (при отравлении), Мезим-форте, Креон (ферменты для улучшения пищеварения); Регидрон (при обильной диарее или рвоте для восстановления потерянной жидкости).

5. **При аллергии:** антигистаминные препараты Фенкарол, Цетиризин, Супрастин.

6. **От укачивания:** драже и карамель Авиа-море.

7. **Средства, применяемые при ОРЗ:**

– от заложенности носа: сосудосуживающие препараты Отривин, Длянос, Виброцил (принимать их можно не более 5–7 дней); Акваларис (для промывания носа);

– от кашля: Аскорил (при влажном кашле); АЦЦ (при сухом);

– от боли в горле: спреи Тантум Верде, Гексорал.

8. **Жаропонижающие и болеутоляющие средства:** сиропы или свечи Парацетамол, Нурофен. Если повышение температуры сопровождается спазмами конечностей – спазмолитик Но-шпа.

9. **От воспаления глаз:** капли Альбуцид.

10. **Для ушей** – капли Отипакс (без осмотра врача нельзя их капать, нужно смочить ими ватную турунду и вставить в ушко ребенку).

11. **От укусов комаров:** спреи, карандаши-репелленты, отпугивающие насекомых (при покупке нужно обращать внимание на возраст, с которого разрешено применение); фенистил (антигистаминное средство, снимающее зуд от укуса), бальзамы, содержащие ментоловое масло;

12. **А также:** градусник, бактерицидные влажные салфетки, медицинская груша, пипетки, детский крем.