

СМЯТОСН
ИНОКЕТИ

4
2000

КОВАЛЕВА Н.М.

Национальный медицинский университет, Киев

кафедра инфекционных болезней

зав.кафедрой член-кор.АМН, профессор Возианова Ж.И.

УДК 616-022-057.68(048.83)

БОЛЕЗНИ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ

ключевые слова:

*болезни путешественников, проявления,
лечение, профилактика*

Медицина путешествий — это междисциплинарная сфера деятельности, которая занимает существенное место в работе практикующих врачей, органов охраны общественного здоровья, включена в университетские программы всех развитых стран. Существует Международное общество медицины путешествий, издаются ежегодные публикации “Информация о здоровье для международных путешествий”, есть консультанты по болезням путешественников. Медицина путешествий значительно шире предмета тропической медицины как таковой, так как включает также физиологические аспекты акклиматизации, десинхронозов и др. Специалисты по медицине путешествий изучают структуру заболеваемости при выезде в различные регионы мира, описывают региональные спектры инфекционных заболеваний, особенности их течения, осложнений, исходов, диагностики, разрабатывают программы иммунизации, рекомендации по лечению и профилактике.

В нашей стране пока нет специальной службы или таких специалистов, но практика инфекционистов свидетельствует о необходимости их создания в связи со значительно возросшим миграционным процессом — увеличением международного туризма, постоянным прибытием в страну мигрантов из эндемичных стран. Анализ случаев завозной малярии, амебиаза, лейшманиоза и других заболеваний свидетельствует о неподготовленности врачей в вопросах ранней диагностики заболеваний и пациентов в тактике поведения при появлении первых симптомов заболевания.

Частота возникновения тех или иных болезней, связанных с путешествиями, зависит от определенных регионов пребывания, длительности нахождения там, условиями обитания и характером деятельности. Возможность возникновения заболевания в стране пребывания обуславливает необходимость для путешественника знать, с чем он может столкнуться, как помочь себе, куда и в каких случаях обращаться за медицинской помощью. Фактор завоза инфекционного заболевания в страну проживания после возвращения из путешествия и возможность эпидемического распространения его обуславливает необходимость для местных врачей ориентироваться в диагностике, лечении и профилактике таких болезней.

Предотъездная подготовка к путешествию предусматривает медицинское обследование перед выездом, особенно для лиц с имеющимися хроническими заболеваниями или выезжающими на длительный срок. С собой рекомендуется иметь (в зависимости от

того, куда, на сколько планируется выезд, какие будут условия проживания и питания) выписку о последнем обследовании, пленку с последней ЭКГ, браслет с гравировкой в определенных случаях (сахарный диабет, эпилепсия), медицинскую страховку на случай госпитализации, необходимо провести предотъездную вакцинацию, консультирование у специалиста о болезнях путешественников [11]. Предусматривается обеспечение обследования и наблюдения после возвращения. Пациенты с хроническими заболеваниями должны иметь с собой набор необходимых медикаментов, жизненно важные из них должны быть всегда с собой в ручной клади. Для остальных выезжающих рекомендуется иметь набор медикаментов, потенциально необходимых [1].

Обычный набор содержит: термометр, бинты, марлевые тампоны, жгут, бактерицидный мыльный раствор, аспирин, антациды, препараты для купирования морской или воздушной болезни, антигистаминные и антиастматические препараты (в первую очередь для лиц с осложненным аллергическим анамнезом), антибиотики широкого спектра действия, противогрибковые и противовоспалительные мази. Отъезжающему должны быть даны подробные объяснения, как и когда применять антибиотики в случае тяжелых инфекций нижних дыхательных путей и кишечных инфекций.

Общие советы путешественнику предусматривают профилактику солнечных ожогов, перегрева или переохлаждения, смягчения периода акклиматизации, десинхронизации, профилактику укусов насекомых (комаров, клещей) как переносчиков малярии, риккетсиозов, профилактику шистозомозов (запрещение купания в открытых водоемах). Профилактика инфекционных заболеваний, передающихся через пищевые продукты, включает рекомендации по воздержанию от употребления холодных закусок, салатов, предпочитанию горячей свежеприготовленной пищи, термически достаточно обработанной (мясо, рыба); фрукты надо есть только свежие, с неповрежденной кожурой, которую счищают перед едой. Вода и лед из нее часто становятся фактором передачи кишечных инфекций и инвазий, в связи с чем надо употреблять воду, обеззараженную кипячением. Одежда в тропическом климате должна быть пропитана репеллентами, необходимо использовать противомоскитные сетки, избегать пребывания вне помещения с сумерек до рассвета.

ИММУНИЗАЦИЯ (по International Travel and Health; WHO; 1994). Выделяют вакцинацию обязательную, рекомендуемую, а также вакцинацию в соответствии с определенным риском инфицирования в зависимости от конкретных обстоятельств (продолжительные или частые повторяющиеся выезды, пребывание в сельской местности, сезоны повышенного риска). В настоящее время единственной обязательной вакцинацией является вакцинация против желтой лихорадки для всех въезжающих в большинство стран тропической Африки и Южной Америки. Поствакцинальный иммунитет формируется уже через 10 дней и длится до 10 лет. Вакцинация может без опасности осложнений проводиться всем здоровым лицам, начиная с 9-месячного возраста и старше. Противопоказания к вакцинации: нарушенный иммунный статус, гиперчувствительность к яичному белку и яичным продуктам, беременность. Однако, если беременная вынуждена ехать в район с высоким риском инфицирования желтой лихорадкой, то вакцинация должна быть произведена. Особа, которая не может быть вакцинирована, должна иметь письменное свидетельство о наличии имеющихся противопоказаний, на именном бланке врача с его подписью. Поствакцинальные реакции на вакцину против желтой лихорадки редки и обычно в легкой форме (легкая головная боль, миалгия, незначительное повышение температуры тела в период 5-10 дней после вакцинации) [11].

Обязательная вакцинация против **ХОЛЕРЫ** отменена по рекомендациям ВОЗ с 1988 года. Эффективность прежней парентеральной вакцины не превышала 50%. Неспецифические меры профилактики представляются более эффективными и целесообразными: доброкачественная вода и пища. Сейчас на смену прежним парентеральным пришли новые оральные вакцины. Применение оральных вакцин ограничивается использованием в лагерях беженцев и работающих там медицинских работников. Оральные вакцины не рекомендованы путешественникам, а их использование для предотвращения эпидемий сомнительно и противоречиво, так как они снижают вибрионосительство только в пределах 40% [10].

Вакцинация против МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ введена как обязательная для паломников в Мекку (ВОЗ, 1991г.) вакцина должна быть введена не менее чем за 10 дней до выезда и поствакцинальный иммунитет эффективен в течении 2 лет. Эта вакцинация также рекомендуется лицам выезжающим в эндемичные регионы (страны субсахарной Африки, "Африканский менингококковый пояс"), особенно для возрастных групп 1-30 лет и в течение эпидемического сезона (январь - май) [5].

К широко рекомендуемым вакцинациям в настоящее время относятся вакцинации против вирусных гепатитов А и В.

Вероятность инфицирования вирусом гепатита А при выезде в эндемичные регионы в настоящее время расценивается в 1000 раз выше, чем холеры и в 100 раз выше, чем брюшного тифа. В связи с этим рекомендации по профилактике вирусного гепатита А претерпели изменения: прежние рекомендации по введению иммуноглобулина человека заменены рекомендациями вакцинации неиммунным лицам (предварительное тестирование на наличие анти-ВГА IgG) старше 12 лет. Используется убитая инактивированная культуральная вакцина в дозе 25 ед. (1мл), подкожно или внутримышечно. Защитный эффект формируется через 1 месяц. У взрослых с повышенной массой тела рекомендуется дополнительно использовать одну или две инъекции с интервалом 2 - 4 недели. Поствакцинальный иммунитет сохраняется в течение года. При введении повторной дозы через 6 - 12 месяцев после первой удается пролонгировать иммунитет до 10 лет.

При необходимости вакцинации и против вирусного гепатита В целесообразно использовать комбинированную А\В вакцину. При трехкратной иммунизации (0, 1, 6 мес.) через 7 месяцев анти-ВГА обнаруживаются у 100% вакцинированных, анти-НВs — у 98% [2].

Иммунизация против ВГА рекомендована лицам, выезжающим в эндемичные или неблагоприятные по ВГА регионы: Африка, Юго-Восточная Азия, Латинская Америка, Южная и Восточная Европа, страны бывшего Советского Союза, Ближний Восток.

Вакцинация против БРЮШНОГО ТИФА рекомендуется лицам выезжающим в регионы с низким гигиеническим уровнем пребывания в сочетании с невозможностью обеспечения качественных условий проживания там.

К рекомендуемым вакцинациям относятся вакцинации против дифтерии и столбняка, полиомиелита. В подавляющем большинстве стран эти вакцинации относятся к плановым в детском возрасте, в связи с чем перед выездом, в зависимости от предшествующего иммунного статуса, рекомендуется введение бустерной дозы.

К вакцинациям, рекомендуемым в соответствии с определенным риском инфицирования, относятся вакцинации против бешенства, японского и клещевого энцефалитов — при выезде в конкретные регионы и определенном характере деятельности там [3].

В индивидуальном порядке решаются вопросы по вакцинации против гриппа, пневмококковой инфекции и инфекции, обусловленной гемофильной палочкой — для лиц пожилого возраста, серьезными заболеваниями сердца, легких, почек, а также иммуносупрессированным, после спленэктомии, трансплантации [2].

ЧАСТОТА тех или иных болезней при пребывании в развивающихся странах представляется следующим образом. Диарея путешественников — 60% и более; малярия, респираторные инфекции, вирусный гепатит А, заболевания, передающиеся половым путем, укусы животных с риском бешенства, вирусный гепатит В, брюшной тиф (Индия, Северная и Северо-Западная Африка, Перу), ВИЧ-инфекция, брюшной тиф (другие регионы), полиомиелит (асимптомный), легионеллезы (Средиземноморье), холера, полиомиелит (паралитический).

ДИАРЕЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ : причинами ее являются большое количество бактерий, вирусов, простейших. Спектр возбудителей по обобщенным данным по разным регионам следующий: энтеротоксигенные — *E.coli* -40-60%, энтеропатогенные *E.coli* -15%, энтероинвазивные *E.coli* -менее 5%, шигеллы 5%, сальмонеллы 5%, кампилобактеры 5%, вибрионы 5%, аэромонады 5%, ротавирусы 5%, лямблии 5%, амебы 5%, криптоспоридии 5%. Нерасшифрованными остаются до 40% случаев диареи путешественников.

Учитывая общность основных клинических симптомов при диарее путешественников различной этиологии (энтерит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит), рекомендации по лечению сводятся в первую очередь к использованию стандартных регидратационных оральных солевых растворов по традиционным методикам. В большинстве случаев антибиотики назначать не следует. Профилактическое применение антибиотиков широкого спектра, рекомендовавшееся в прежние годы, признано нецелесообразным, так как риск, частота и тяжесть побочных эффектов в этих случаях превышает угрозу самого заболевания. Целесообразней начинать лечение сразу при возникновении заболевания. Антибактериальная терапия рекомендуется в случаях тяжелого течения кишечных инфекций с фебрильной температурой свыше 2-3 дней, наличием гемоколита. На первом месте стоят фторхинолоны: норфлоксацин, цiproфлоксацин в терапевтических дозах (400 мг 2 раза в сутки). Доксициклин и триметоприм-сульфаметоксазол уже менее пригодны в связи со значительным процентом (40-60%) устойчивости возможных возбудителей. Утратили свое значение оксихинолиновые препараты (энтеросептол). В определенных случаях (до 65%) оказывается эффективным висмут-субсалицилат (пепто-бисмол), что, очевидно, связано с его воздействием на кампилобактер. Использование препаратов лоперамида (имодиум) возможно только в отдельных случаях, но противопоказано при бактериальных инвазивных инфекциях (шигеллезы, сальмонеллезы, эшерихиозы) [6,11].

К наиболее часто встречающимся кишечным инфекциям, передающимся через пищевые продукты (как основной фактор передачи) при несоблюдении правил термической обработки, относятся следующие: при употреблении рыбы — описторхоз, клонорхоз, анисакиоз, парагонимоз; при употреблении молока — бруцеллез, туберкулез; при употреблении мяса — тениоз, цистицеркоз, трихинеллез, токсоплазмоз. Профилактика этих заболеваний является стандартной для кишечных инфекций с пищевым фактором передачи.

Группа ТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ, передающихся через укусы насекомых представлена следующими заболеваниями: малярия, риккетсиозы, арбовирусные инфекции (желтая лихорадка, японский энцефалит, клещевой менингоэнцефалит — могут быть предотвращены вакцинацией), филяриатозы, боррелиоз, чума, лейшманиоз, трипаносомоз. Особое внимание уделяется болезни Лайма и ее вакцинопрофилактике [4,3]

ПРОФИЛАКТИКА МАЛЯРИИ остается основной проблемой во многих странах в тропиках и субтропиках. Недостаток точных сведений из многих частей мира, различные уровни эндемичности и изменяющийся характер лекарственной устойчивости затрудняет точное определение районов, где риск заражения малярией высок. Наиболее точная и современная информация может быть получена от местных органов здравоохранения.

Схемы профилактики малярии в разных странах могут различаться, но в принципе сводятся к следующему.

Группа стран 1: нет хлорохиноустойчивости. Рекомендуется хлорохин по стандартной схеме. Группа стран 2: есть хлорохиноустойчивость. Рекомендуется комбинация прогуанила и хлорохина. Для профилактического лечения в случае появления фебрильной лихорадки могут применяться галофантрин, мефлохин, хинин. Группа стран 3: высокая и полирезистентная лекарственная устойчивость. Рекомендуется мефлохин.

Для регионов Юго-Восточной Азии как один из вариантов профилактики рекомендуется доксициклин (в сезон с марта по август). Однако, если отмечена эффективность профилактического приема доксициклина в отношении *Pl. vivax*, то в отношении *Pl. falciparum* эффект не столь очевиден.

Рекомендации по профилактическому использованию фансидара ограничиваются в связи с увеличением числа тяжелых осложнений синдромом Стивенса-Джонсона (в том числе со смертельным исходом). Фансидар может быть использован для неотложного лечения, если больной с профилактической целью ранее получал хлорохин, прогуанил, или оба эти препарата.

Для беременных можно использовать хлорохин, прогуанил и, возможно, фансидар; нельзя рекомендовать доксициклин, мефлохин, примахин [1,8].

К основным болезням путешественников, передающихся **ПОЛОВЫМ ПУТЕМ** относятся следующие: вирусные болезни — герпетическая инфекция (вирус простого герпеса), цитомегаловирусная инфекция, инфекция, вызываемая вирусом Эпштейна-Барр, ВИЧ-инфекция, инфекция, обусловленная вирусом папилломы человека, вирусные гепатиты В и С, инфекция, обусловленная HTLV-I; бактериальные болезни - гонорея, сифилис, урогенитальные микоплазмоз и хламидиоз. Широко встречаются также протозойные, грибковые и паразитарные: трихомоноз, кандидозы, чесотка.

РАНЕВЫЕ инфекции (инфекции наружных покровов), угрожающие путешественнику преимущественно в развивающихся странах: столбняк, сибирская язва, шистосомозы, кишечные нематодозы с дополнительным перкутантным путем заражения (стронгилоидоз, анкилостомидоз), бешенство, лептоспироз, фелиноз (доброкачественный лимфоретикулез, болезнь кошачьей царапины).

К основным болезням путешественников с **ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ** механизмом передачи относятся: туберкулез, дифтерия, менингококковая инфекция (их профилактика указана выше).

После возвращения из путешествия самой частой причиной обращения пациента к врачу является фебрильная лихорадка. В зависимости от сочетания лихорадки с другими основными синдромами, первоначальный алгоритм диагностического поиска состоит в следующем.

ЛИХОРАДКА в сочетании с синдромом **ДИАРЕИ** чаще всего обусловлена: шигеллезами, сальмонеллезами, кампилобактериозом, вирусными гепатитами А и Е, а также возможна малярия (особенно у детей младшего возраста).

ЛИХОРАДКА в сочетании с синдромом **ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИИ** может быть проявлением: ВИЧ-инфекция, лихорадка Денге и другие арбовирусные заболевания, африканский трипаносомоз, лейшманиоз; при наличии регионарного лимфаденита — чума.

ЛИХОРАДКА в сочетании с **ГЕПАТОМЕГАЛИЕЙ**: амебиаз, вирусные гепатиты, малярия, лейшманиоз.

ЛИХОРАДКА в сочетании со **СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ**: бруцеллез, малярия, брюшной тиф, боррелиоз, лейшманиоз, африканский трипаносомоз.

ЛИХОРАДКА в сочетании с синдромом **ЖЕЛТУХИ**: вирусные гепатиты, лептоспироз, малярия, желтая лихорадка.

ЛИХОРАДКА в сочетании с **КОЖНЫМИ СЫПЯМИ**: брюшной тиф, риккетсиозы, африканский и южно-американский трипаносомозы, арбовирусные заболевания, лептоспироз, первичная стадия ВИЧ-инфекции, вторичный сифилис, гельминтозы.

ЛИХОРАДКА в сочетании с **МЕНИНГЕАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ** : злокачественная (церебральная) малярия.

В представленном обзорном материале отражены только самые основные и общие положения относящиеся к обширной проблеме медицины путешествий. В нашей стране, по аналогии с развитыми странами, необходимо создание и развитие соответствующих структур (консультативные и информационные центры по подготовке специалистов по медицине путешествий), в чем нуждаются врачи всех специальностей, но в первую очередь инфекционисты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Benenson A. Control of Communicable Diseases Manual. 16th ed. Washington DC: American Public Health Association; 1995.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended childhood immunization schedule — United States, 1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1999;48(1): 8-16.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Inactivated Japanese encephalitis virus vaccine. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1993;42(RR-1): 5, 11-12.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the use of Lyme disease vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1999;48(RR-7): 1-24.

5. Centers for Disease Control and Prevention. Change in recommendation for meningococcal vaccine for travelers. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48(5):104.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of plague: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1996;48(RR-14): 1-15.
7. Grove D.I. Strongyloidiasis in Allied ex-prisoners of war in Southeast Asia. *BMJ.* 1980;280:598-601.
8. Hoffman S.L. Diagnosis, treatment and prevention of malaria. *Med.Clin.North.Am.* 1992;76:1327-1355.
9. Rose S. *International Travel Health Guide.* 10th ed. Northampton, Mass: Travel Medicine Inc; 1998.
10. Steffen R. Travel medicine: prevention based on epidemiological data. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1991;85:156-162.
11. US Department of Health and Human Services, Public Health Services. Health information for the international traveler, 1996-1997. 1996;17-77,128-137.

УДК 616-022-057.68(048.83)

Ковальова Н.М.

Хвороби мандрівників

В огляді приведені дані з лікування та профілактики хвороб, які можуть виникнути при відвідуванні різних регіонів світу.

UDK: 616-022-057.68(048.83)

Kowaleva N.M.

Illnesses of the travellers

In the review the data on treatment and preventive maintenance of infectious illnesses are given which can arise at visiting various regions of the world.