

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ
КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ

Н. В. Голобородько, И. Н. Ластовка

ВАКЦИНАЦИЯ МИГРАНТОВ

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением
в сфере дополнительного образования взрослых
по направлению образования «Здравоохранение»



Минск БГМУ 2025

УДК 615.37-054.7(075.9)

ББК 51.9+60.54я73

Г61

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. инфекционных болезней Гомельского государственного медицинского университета Е. И. Козорез; каф. поликлинической педиатрии Гродненского государственного медицинского университета

Голобородько, Н. В.

Г61 Вакцинация мигрантов : учебно-методическое пособие / Н. В. Голобородько, И. Н. Ластовка. – Минск : БГМУ, 2025. – 42 с.

ISBN 978-985-21-2074-6.

Приведены данные по подходам к вакцинации мигрантов, включая оценку документов о пройденной вакцинации, лабораторное подтверждение наличия иммунитета, составление индивидуального календаря профилактических прививок, оценку противопоказаний к вакцинации и состояний, требующих предосторожности, а также представлена информация по вопросам консультирования мигрантов.

Предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальностям «Педиатрия», «Общая врачебная практика», «Инфекционные болезни», повышения квалификации врачей-педиатров, врачей-инфекционистов, врачей общей практики.

УДК 615.37-054.7(075.9)

ББК 51.9+60.54я73

ISBN 978-985-21-2074-6

© Голобородько Н. В., Ластовка И. Н., 2025

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2025

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БЦЖ-М — вакцина от туберкулеза
ВГА — вакцина от вирусного гепатита А
ВГВ — вакцина от вирусного гепатита В
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВО — вакцина от ветряной оспы
ВПЧ — вирус папилломы человека
ДС-М — дифтерия, столбняк-содержащие вакцины с уменьшенным содержанием дифтерийного анатоксина
ИЛП — иммунобиологический (иммунологический) лекарственный препарат
ИПВ — инактивированная вакцина от полиомиелита
ИФА — иммуноферментный анализ
КДС — коклюш, дифтерия, столбняк-содержащие вакцины
КДС-М — коклюш, дифтерия, столбняк-содержащие вакцины с уменьшенным содержанием дифтерийного анатоксина
КПК — вакцина от кори, паротитной инфекции и краснухи
НКП — Национальный календарь профилактических прививок
ОПВ — оральная вакцина от полиомиелита
ПИД — первичный иммунодефицит
ПКВ — пневмококковая конъюгированная вакцина
Хиб — гемофильная инфекция типа b
CDC — центры по контролю за заболеваемостью и профилактике
COVID-19 — коронавирусная инфекция, вызванная SARS-CoV-2
IGRA — тест высвобождения интерферона-гамма
MenACWY — менингококковая конъюгированная вакцина от серогрупп ACWY
PRN — реакция подавления бляшкообразования

ВВЕДЕНИЕ

Миграция является одним из ведущих факторов распространения инфекционных заболеваний. Для обеспечения эпидемического благополучия населения в контексте миграции страны предпринимают целый ряд мер, среди которых вакцинация занимает важнейшее место. При этом исследования демонстрируют недостаточно высокий охват мигрантов вакцинацией, что связано как с низкой осознаваемой потребностью в вакцинации со стороны самих мигрантов, так и с наличием программных и логистических барьеров в доступе мигрантов к вакцинации.

Цель: предоставить информацию по особенностям вакцинации мигрантов для использования в работе врачами-педиатрами, врачами-инфекционистами, врачами общей врачебной практики.

Задачи:

– дать определения терминов, связанных с миграцией, обсудить порядок оказания медицинской помощи мигрантам и алгоритм действий в отношении вакцинации мигрантов;

– обсудить возможности оценки имеющейся поствакцинальной защиты у мигрантов, включая рассмотрение документов о ранее пройденной вакцинации и лабораторное подтверждение наличия иммунитета;

– разобрать особенности догоняющей вакцинации мигрантов, включая составление индивидуального календаря профилактических прививок и вопрос безопасности повторной вакцинации;

– обсудить возможности повышения охвата мигрантов вакцинацией, разобрать вопросы консультирования по вакцинации, рассмотреть включение вакцинации в предоставляемую комплексную помощь мигрантам и ознакомиться с успешным национальным опытом.

Авторы выражают благодарность старшему проектному ассистенту Международной организации по миграции в Беларуси Андрею Фоменко за вклад в разработку концепции данного учебно-методического пособия, а также юрисконсульту отделения общественного объединения «Белорусское движение медицинских работников» в г. Бресте Анастасии Шкутько за редактирование раздела «Мигранты и оказание им медицинской помощи».

МИГРАНТЫ И ОКАЗАНИЕ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ, СВЯЗАННЫХ С МИГРАЦИЕЙ

Мигрант (migrant) — это лицо, которое перемещается или уже переместилось со своего обычного места жительства, внутри страны или за ее пределы [1]. Данный термин может быть использован независимо от правового статуса лица, добровольного или недобровольного характера перемещения, причин перемещения или продолжительности пребывания (временно или постоянно).

Нерегулярный мигрант (irregular migrant) — это мигрант, который пересекает границу страны без официального разрешения от уполномоченных органов. Ранее используемый термин «нелегальный мигрант» в настоящее время считается некорректным: нерегулярная миграция не является преступлением, хотя в большинстве стран влечет административную ответственность [1].

Вынужденный мигрант (forced migrant) — это мигрант, в перемещении которого присутствуют элементы принуждения, в том числе угроза жизни и угроза обеспечению жизненных потребностей, возникающие по естественным (например, стихийные бедствия, голод) или антропогенным (например, техногенная катастрофа, военные действия, политическое либо религиозное преследование) причинам [2].

Иммигрант (immigrant) — это лицо, которое переезжает в новую страну с целью постоянного переселения в эту страну, обычно по официальной иммиграционной визе [1].

Формы правовой защиты, за которыми может обратиться мигрант в стране назначения, включают получение статуса беженца, дополнительной защиты или убежища [73].

Статус беженца (refugee) может быть предоставлен лицу, которое в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследования по признаку расы, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений [3].

Дополнительная защита (subsidiary protection) может быть предоставлена лицу, которое не квалифицировано как беженец (то есть не имеет указанных выше веских оснований опасаться преследования), если в стране его гражданской принадлежности происходит вооруженный конфликт или имеются достаточные основания полагать, что в случае возвращения его жизнь будет под угрозой, имеется обоснованный риск подвергнуться насилию, пыткам или смертной казни [4].

Лицами, ищущими убежища (asylum seekers), называют обратившихся с ходатайством о предоставлении статуса беженца, дополнительной защиты или убежища [1, 73].

В неспециализированной литературе общим термином «беженцы» часто называют как мигрантов, которые уже получили правовую защиту (статус беженца, дополнительную защиту или убежище), так и мигрантов, находящихся на этапе рассмотрения их ходатайства.

Легальный статус иностранцев (иностранцев граждан или лиц без гражданства) в Беларуси включает временное пребывание, временное проживание и постоянное проживание.

Временное пребывание — нахождение иностранца на территории Беларуси в течение срока не более чем 90 дней в календарном году на основании визы или в порядке, не требующем получения визы [5]. В ряде случаев требуется регистрация в подразделении по гражданству и миграции по месту пребывания в Беларуси: например, для граждан Украины — не позднее 30 суток со дня въезда [6], для граждан Литвы, Латвии и Польши, въезжающих по безвизовому режиму, — не позднее 10 суток со дня въезда [74].

Для нахождения в Беларуси более чем 90 дней в полугодии иностранцам нужно получить разрешение на **временное проживание** или разрешение на **постоянное проживание** (служит основанием для выдачи вида на жительство) [5]. Разрешение на временное проживание выдается на срок до 1 года (с возможностью продления), разрешение на постоянное проживание — бессрочно.

Статус беженца дает право на получение разрешения на постоянное проживание (вида на жительство), дополнительная защита дает право на получение разрешения на временное проживание [6].

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МИГРАНТАМ

Для определения порядка оказания медицинской помощи иностранцам следует оценить следующие позиции:

- гражданство;
- легальный статус в Беларуси: временное пребывание (в том числе оформление регистрации временного пребывания), временное проживание, постоянное проживание (вид на жительство);
- формы правовой защиты: поданное ходатайство или получение статуса беженца, дополнительной защиты;
- наличие страхового полиса.

Говоря в целом, скорая медицинская помощь большинству иностранцев предоставляется на бесплатной основе. Плановая медицинская помощь наравне с гражданами Беларуси предоставляется лицам, получившим статус беженца или дополнительную защиту, большинству иностранцев, получивших вид на жительство, а также временно пребывающим гражданам Украины [7], временно проживающим (работающим по договору найма) гражданам России и некоторым другим категориям лиц.

Подробные рекомендации по порядку оказания медицинской помощи гражданам отдельных стран можно найти на сайте Министерства здравоохранения [8], в обновляемом юридическом обзоре [9], а также обратившись в службу по консультированию беженцев ОО «Белорусское движение медицинских работников» [10] или на информационную платформу WeHELP.by [6].

Введение вакцин в рамках рутинной (плановой) иммунизации относится к плановой медицинской помощи. Введение ИЛП для постконтактной профилактики (например, столбняка, бешенства, кори), а также введение ИЛП с лечебной целью (например, при дифтерии, столбняке) относится к скорой медицинской помощи [11].

Плановая медицинская помощь может быть предоставлена как по запросу самого мигранта (например, для защиты себя от инфекций или решения текущих проблем со здоровьем), так и по инициативе системы здравоохранения страны назначения (например, с целью обеспечения эпидемического благополучия населения). Так, медицинский работник может активно предложить мигранту проведение вакцинации и в случае получения его согласия выполнить прививку.

Помимо бесплатного медицинского обслуживания, получение статуса беженца или дополнительной защиты дает иностранцам право пользоваться и остальными социально-экономическими правами наравне с гражданами Беларуси (например, работать без специального разрешения, открывать счет в банке, получать бесплатное образование). Кроме того, дети лиц, получивших статус беженца или дополнительную защиту, имеют право на бесплатное медицинское обслуживание, получение дошкольного и среднего школьного образования наравне с гражданами Беларуси [6].

МИГРАНТЫ В БЕЛАРУСИ

На конец 2023 г. на территории Беларуси находилось более 217 тыс. иностранцев, в том числе 48 тыс. лиц, имеющих разрешение на временное проживание (включая 22 тыс. прибывших на учебу и 9 тыс. — для осуществления трудовой деятельности), а также более 168 тыс. постоянно проживающих (имеющих вид на жительство) [12].

Внешняя трудовая миграция занимает значимую часть миграционного потока. В 2022 г. мигранты составили 0,4 % от всех трудовых ресурсов в Беларуси. В 2023 г. произошло дальнейшее упрощение порядка трудоустройства мигрантов [13]. Количество обучающихся в Беларуси иностранцев растет ежегодно, и в 2022/2023 учебном году составило 29,7 тыс. человек [14].

Вынужденная миграция на территорию Беларуси в 2022 г. выросла пятикратно, 2572 человек обратились с ходатайствами о защите. В 2023 г. с ходатайствами о защите обратились 1395 человек (из которых 78 % составили мигранты из Украины), статус беженца получили 16 мигрантов, дополнительную защиту — 1219, а в отношении 2107 человек были приняты решения о продлении срока ранее предоставленной защиты [12]. Всего в Беларуси в 2023 г. проживали 206 человек со статусом беженца и 3384 иностранца, которым предоставлена дополнительная защита [14]. С 24 февраля 2022 г. по август 2023 г. в Беларусь прибыли более 110 тыс. граждан Украины (данные Государственного пограничного комитета [15]), из которых одномоментно на территории Беларуси в 2023 г. проживало около 6 тыс. человек (данные матрицы учета перемещений Международной организации по миграции [16]).

Нерегулярная миграция была связана с использованием территории Беларуси в качестве транзитного коридора в государства Европейского Союза. В 2023 г. на территории страны выявлено 596 групп незаконных мигрантов в количестве 3931 лица [12].

В исследовании доступа мигрантов из стран СНГ к медицинской помощи в Беларуси были оценены потребности мигрантов, их информированность о возможностях и реальная практика получения медицинской помощи [17]. Вакцинацию детей мигранты часто считали значимой потребностью (30 % опрошенных), в отличие от собственной вакцинации (лишь 4 %). Наиболее же часто мигранты озвучивали потребность в выполнении диагностических обследований, приеме узкого специалиста, получении рецептов на лекарства и наблюдении врача по поводу хронического заболевания.

Факторами, которые могли затруднять получение медицинской помощи мигрантами, явились: наличие более приоритетных задач, чем забота о здоровье в период адаптации к новым условиям жизни (вопросы безопасности, получения жилья, поиска работы, удовлетворения первоочередных гуманитарных потребностей); недостаточная информированность о возможностях получения медицинской помощи (какие права, куда обратиться, что можно получить бесплатно); отсутствие на руках документов о состоянии здоровья;

отсутствие медицинской страховки; отсутствие закрепления на обслуживании в поликлинике по месту жительства (особенно в первые месяцы нахождения в стране); языковой барьер.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ВАКЦИНАЦИИ МИГРАНТОВ

Причины для проведения вакцинации мигрантов

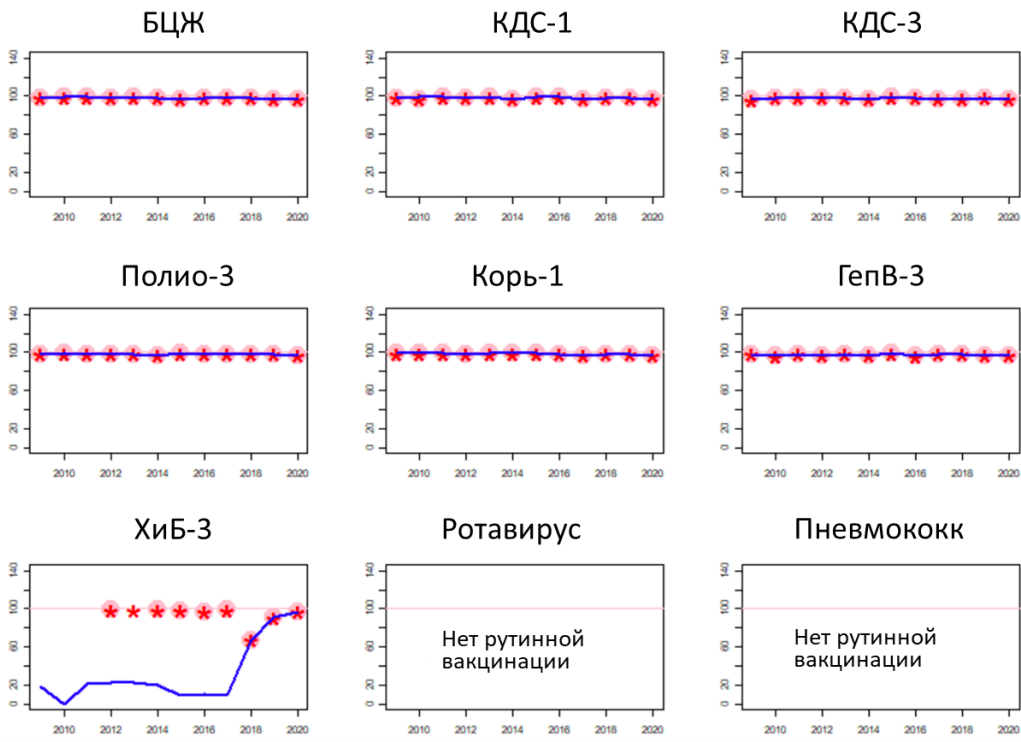
Три основные причины вакцинировать мигрантов включают: высокий риск возникновения у них инфекционных заболеваний, необходимость обеспечения права мигрантов на здоровье и необходимость создания коллективного иммунитета для защиты всего общества.

Беженцы и другие мигранты относятся к группам лиц с **повышенным риском возникновения инфекционных заболеваний**. Более высокая заболеваемость вакцино-предотвращаемыми инфекциями в том числе была показана в систематическом обзоре исследований, проведенных в странах с уровнем дохода выше среднего и высоким [18]. Эта ситуация может быть связана с такими причинами, как коллапс системы здравоохранения на родине, проживание в антисанитарных условиях и употребление загрязненной воды в период до отъезда и во время транзита, срыв выполнения графика рутинной иммунизации в процессе миграции, относительно высокий порог доступа к услугам здравоохранения в стране пребывания, широкая распространенность посттравматического стрессового расстройства. Особо уязвимыми являются дети, в том числе дети, оставшиеся без родителей или опекунов [19]. Одним из недавних примеров может служить неравномерное распределение глобального бремени пандемии COVID-19, оказавшей наибольшее влияние на беднейшие и наиболее уязвимые слои населения, к которым относятся беженцы и мигранты (особенно те, кто не имеет постоянного статуса) [20].

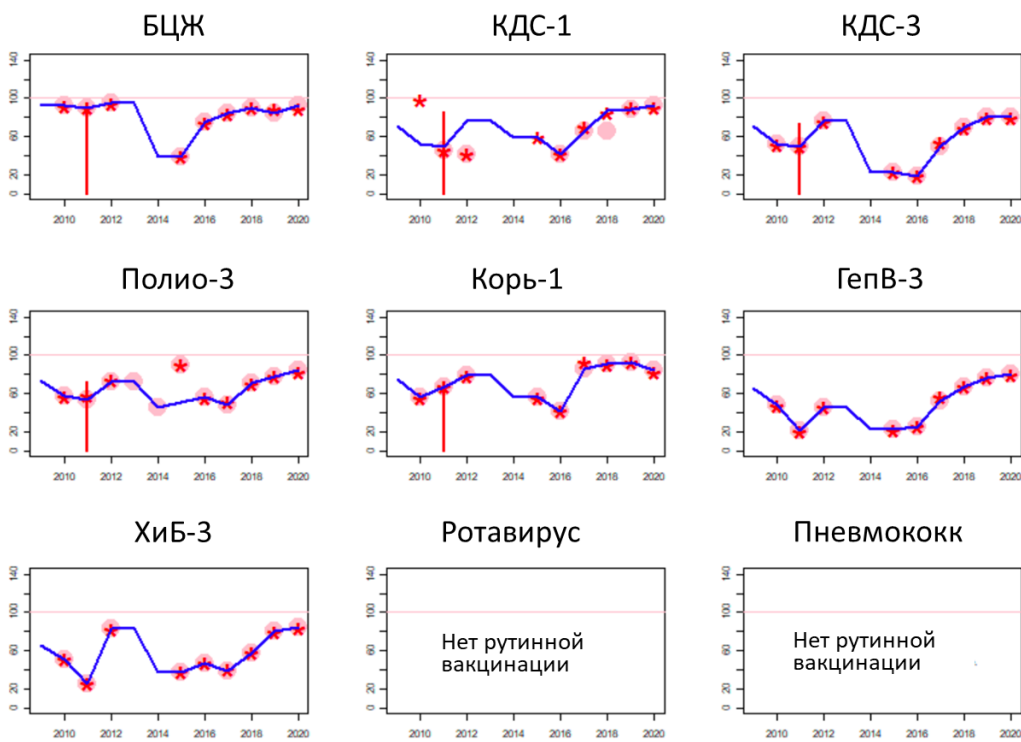
Достижение должного охвата населения вакцинацией позволяет **обеспечивать коллективный иммунитет**, ограничивающий распространение инфекций в популяции. Оценочные охваты вакцинацией в рамках расширенной программы иммунизации ВОЗ традиционно высокие в Беларуси, значительно варьируют в отдельных странах и регионах мира [21] (рис. 1).

Метаанализ показал, что мигранты имеют в два раза меньший охват вакцинацией в сравнении с остальными категориями населения ($OR = 0,50$ ($0,37-0,66$), $n = 7\,375\,184$) [22]. Меньший охват мигрантов вакцинацией также показал систематический обзор исследований, проведенных в странах с уровнем дохода выше среднего и высоким [18].

Беженцы и мигранты, совместно перемещаясь и проживая в тесных сообществах, могут создавать кластеры низкого охвата вакцинацией, которые потенциально могут реализоваться в очаги возникновения вспышек тех или иных инфекционных заболеваний.



Беларусь



Украина

Рис. 1. Оценочный охват детей вакцинацией против отдельных инфекционных заболеваний за 2010–2020 гг. (горизонтальные красные линии соответствуют 100%-ному охвату) [21]

Примером осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки, связанной с миграцией, может служить вспышка кори, которая наблюдалась в 2016 г. в Бресте и была связана с временным пребыванием граждан Российской Федерации и некоторых других стран с целью пересечения государственной границы с Польшей для получения статуса беженца (рис. 2) [23].



Рис. 2. Ситуация в Бресте в 2016 г. («Зарегистрированы заболевания корью среди иностранных граждан, временно пребывающих в целях дальнейшего выезда в Евросоюз») [24]

Право на здоровье является одним из основных прав человека. Предоставление беженцам и мигрантам возможности получения рутинной вакцинации вносит вклад в **обеспечение глобального равенства**.

Не оставлять никого в стороне — один из принципов повестки дня в области устойчивого развития. Он предполагает покончить с дискриминацией и исключением, сократить неравенство и факторы уязвимости [25].

ВОЗ рекомендует охватить всех беженцев и мигрантов независимо от их правового статуса, возраста и гендера качественными и экономически доступными услугами по охране здоровья, включая вакцинацию, а также социальной защитой [26]. Агентство ООН по делам беженцев отмечает, что охват мигрантов и беженцев вакцинацией от COVID-19 был в целом ниже, чем общепопуляционный, и его повышению препятствовало неравенство, возникшее главным образом из-за логистических проблем и высокопороговых административных требований [27]. ВОЗ призвал предоставить беженцам и мигрантам полноценный недискриминационный доступ к вакцинам от COVID-19 [28].

ИНФЕКЦИИ, ОТ КОТОРЫХ НУЖНО ЗАЩИТИТЬ МИГРАНТОВ

Вакцины, предоставляемые мигрантам, призваны защитить от заболеваний, которые потенциально могут привести к возникновению вспышки либо элиминированы или находятся в процессе элиминации на территории страны [29].

Вакцины, не отвечающие данным условиям (например, вакцины от ВПЧ, herpes zoster, клещевого энцефалита), рутинно мигрантам не предоставляют.

Вакцинацию в Беларуси проводят на добровольной основе [11]. Обязательную вакцинацию, согласно требованиям ВОЗ, проводят только в двух случаях: от желтой лихорадки (для въезда в некоторые страны Африки), менингококковой инфекции серогрупп ACWY (для паломников на хадж или умру (посещение городов Мекка и Медина в Саудовской Аравии) [30].

Вакцинация в Беларуси относится к простым медицинским вмешательствам [31], и перед ее проведением требуется получение устного информированного согласия. Решение о проведении вакцинации ребенка младше 14 лет принимает его родитель (достаточно согласия одного из родителей) либо законный представитель; дети в возрасте от 14 до 18 лет принимают решение о вакцинации самостоятельно [11].

Ранее не привитые дети либо привитые не в рамках НКП прививаются по индивидуальному календарю профилактических прививок, который составляет врач-педиатр (врач-терапевт, врач общей практики) [32].

Страна назначения обычно предъявляет предварительные требования к вакцинации для лиц, подающих документы на получение иммиграционной визы. В отличие от них, прочие мигранты (в том числе вынужденные и нерегулярные мигранты) могут прибывать в страну, имея любой вакцинальный статус. Зачастую по целому ряду позиций их вакцинацию проводят уже только после прибытия в страну назначения (табл. 1).

Таблица 1

Требования CDC к медицинским обследованиям и вмешательствам для иммигрантов, беженцев и прочих мигрантов [33]

Категория лиц	До выбытия из страны пребывания			Медицинское обследование после прибытия в страну назначения
	Общая оценка здоровья	Вакцинация	Прочие вмешательства	
Иммигранты	Требуется	Требуется	Нет	Нет
Беженцы	Требуется	Рекомендована, но не обязательна	Возможны	Рекомендовано
Прочие мигранты	Нет	Нет	Нет	Нет

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ В ОТНОШЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ МИГРАНТОВ

При первом осмотре мигранта в стране назначения медицинскому работнику следует рассмотреть документы о пройденной вакцинации, при необходимости забрать кровь для серологических обследований, составить индивидуальный календарь профилактических прививок и ввести показанные вакцины (рис. 3).

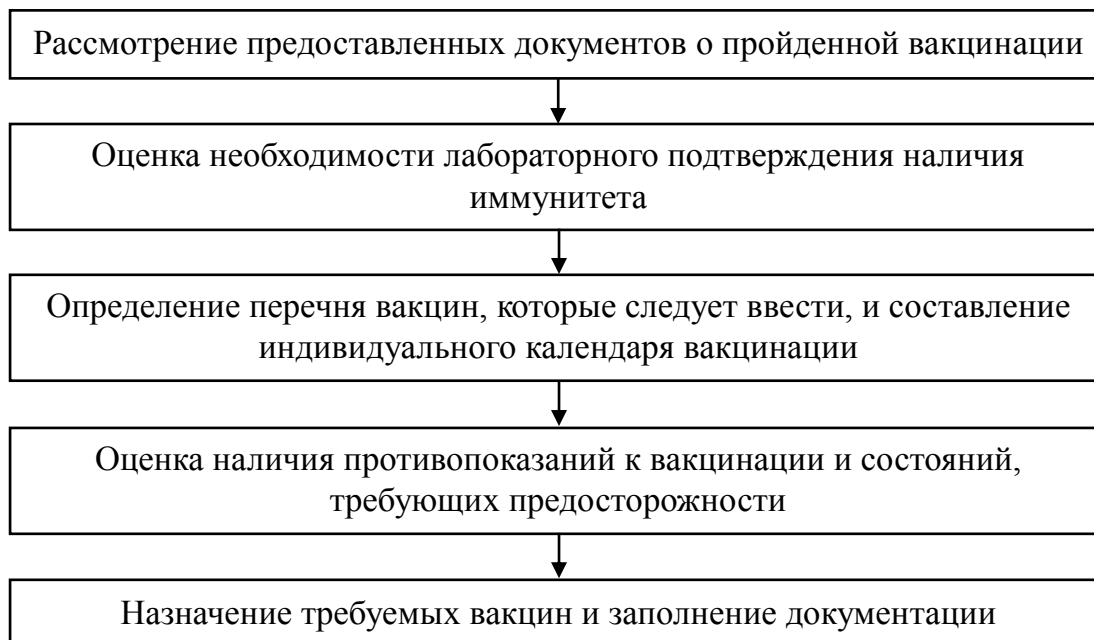


Рис. 3. Алгоритм действий медицинского работника в отношении вакцинации мигрантов

ОЦЕНКА ИМЕЮЩЕЙСЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

ДОКУМЕНТЫ О РАНЕЕ ПРОЙДЕННОЙ ВАКЦИНАЦИИ

Задачей медицинского работника является оценка статуса вакцинации мигранта от инфекций, входящих в НКП Республики Беларусь [34]. НКП отдельных стран различаются, информацию о них можно получить на сайте ВОЗ [35]. На ресурсе Medscape размещен обзор доступных вакцин (по их торговым наименованиям) в отдельных странах мира [36].

Мигранты часто могут не иметь на руках никаких документов, даже паспорта. Но иногда могут быть доступны документы о проведенной ранее вакцинации в виде **выписки из медицинской карты** (копии медицинской карты с записями медицинского работника) или в виде международного **сертификата о профилактических прививках** (рис. 4). В исследовании серологического статуса детей, усыновленных в США из-за рубежа, было показано, что дети без документов о вакцинации значимо реже имели защитные антитела, а лучшим предиктором наличия защитного титра антител являлось число задокументированных доз вакцины [37].

Документы о ранее проведенной вакцинации могут считаться действительными, если они включают **названия вакцин и даты (день, месяц и год) их введения** [29]. Документы не должны иметь следов правок, внесенных в последующем. Даты прививок должны быть разумными, число введенных доз и интервалы между ними должны в целом соответствовать рекомендациям ВОЗ и НКП Беларуси.

This is to certify that [name] _____, date of birth _____, sex _____, nationality _____, national identification document, if applicable _____ whose signature follows _____ has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition) _____ in accordance with the International Health Regulations.

Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician	Manufacturer and batch № of vaccine or prophylaxis	Certificate valid from _____ until _____	Official stamp of administering centre
1.					
2.					

Рис. 4. Форма международного сертификата о вакцинации и профилактическом лечении (утверждена ВОЗ, заполняется на английском либо французском языках) [30]

Большинство вакцин, используемых в мире, **изготавливаются надежными местными или международными производителями**. Поэтому разумно предположить, что указанные в медицинской документации вакцины имеют должное качество [29]. Документы о вакцинации могут быть составлены на различных языках, в связи с этим могут потребоваться услуги переводчика, либо можно воспользоваться краткой мультиязычной таблицей терминов по вакцинопредотвращаемым инфекциям [38].

Устные заявления о проведенной ранее вакцинации без наличия подтверждающей их письменной документации учитывать не следует [29]. Единственным исключением CDC считает вакцинацию от гриппа, для установления факта которой следует принимать и устное заявление [39].

Письменные или устные данные о ранее перенесенной ветряной оспе могут считаться доказательством наличия иммунитета и не требуют вакцинации. Заслуживающие доверия данные должны включать сведения о эпидемиологической связи с другим типичным или лабораторно подтвержденным случаем ветряной оспы либо сведения о лабораторном подтверждении ветряной оспы в период острого заболевания [29].

Не следует принимать в качестве доказательства наличия иммунитета указанные в медицинской документации клинические диагнозы таких ранее перенесенных инфекционных заболеваний, как корь, паротитная инфекция, краснуха и гепатит А (хотя эти анамнестические указания важны, поскольку могут дать медицинскому работнику аргумент для выполнения серологического тестирования) [29].

Также, рассматривая документы о проведенной вакцинации, следует иметь в виду имеющуюся в ряде стран практику выдачи **подложного документа**, указанные в котором прививки по факту проведены не были. Поэтому важна коммуникация с пациентом и выстраивание доверительных отношений.

В целом мигранты могут иметь очень разный вакцинальный статус, а также могут иметь или не иметь документов о проведенной вакцинации.

Если же речь идет об **организованных беженцах**, направляющихся в США [40], или о лицах, заблаговременно **подающих заявление на получение иммиграционной визы США** [29], то CDC регламентируют минимальный объем вакцинации, который они должны сделать еще до приезда в страну назначения. Поскольку для завершения серии вакцин часто требуется несколько месяцев, заявители-иммигранты не обязаны получать все дозы необходимых вакцин в рамках медицинского осмотра иммигранта: они должны получить по крайней мере одну дозу каждой вакцины, требуемой для их возрастной группы. Кроме того, CDC выделяют шесть медицинских причин, позволяющих отступить от общих требований по вакцинации [29]:

1) несоответствие возрасту (например, если ребенок старше 5 лет ранее не получил вакцинацию от Хиб и не относится к группам риска развития инвазивной Хиб-инфекции, то вакцинация от Хиб ему уже не показана);

2) наличие противопоказаний к вакцинации или состояний, требующих предосторожности;

3) недостаточный временной интервал между дозами (в этом случае следует запланировать дату введения следующей дозы вакцины);

4) отсутствие требуемой вакцины в стране настоящего нахождения лица;

5) отсутствие сезонной вакцины от гриппа (обычно она доступна с осени до ранней весны);

6) документированная хроническая инфекция, вызванная вирусом гепатита В (в отношении вакцинации от гепатита В).

Немедицинские причины отказа мигранта от вакцинации могут включать отказ на основании религиозных или моральных убеждений либо на основании прочих личных причин.

СОПОСТАВИМОСТЬ ВАКЦИН

Вакцины, сделанные мигрантом в стране пребывания, могут отличаться от вакцин, используемых в стране назначения. Например, вакцины от одних и тех же инфекций, изготовленные разными производителями, могут отличаться по содержанию и количеству антигенов и дополнительных компонентов. Поэтому теоретически они могут вызывать несколько разный иммунный ответ, хотя исследовательские данные на этот счет ограничены. Тем не менее большинство экспертов все же полагают, что вакцины разных производителей являются взаимозаменяемыми при условии следования рекомендациям инструкций по применению.

Лишь некоторые случаи требуют дополнительного рассмотрения. Например, по рекомендации американского CDC вакцинация от полиомиелита должна быть проведена с использованием трехвалентной ИПВ или трехвалентной ОПВ (тОПВ). Поэтому введенные после 1 апреля 2016 г. дозы ОПВ не учитываются (предполагается, что они являются двухвалентными

или моновалентными ОПВ), и в этом случае требуется введение трехвалентной ИПВ для завершения курса вакцинации [41].

Вакцинация от кори в некоторых регионах мира проводится с использованием моновалентных коревых вакцин, и в этом случае требуется введение комбинированной вакцины КПК для обеспечения защиты также от паротитной инфекции и краснухи.

Некоторые вакцины от гепатита А (например, комбинированная вакцина от гепатита А и В Твинрикс Юниор) содержат уменьшенное количество антигена вируса гепатита А в сравнении со стандартными вакцинами (360 ед. вместо 720 ед. ИФА), поэтому для детей, у которых была использована данная вакцина, может быть рассмотрена повторная вакцинация от гепатита А.

ЛАБОРАТОРНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ НАЛИЧИЯ ИММУНИТЕТА

В случае отсутствия документального подтверждения вакцинации возможно лабораторное определение наличия иммунитета.

Серологическое тестирование позволяет оценить наличие защитных уровней антител к целому ряду микробов (табл. 2), однако против многих микробов (например, коклюша) иммунные корреляты защиты четко не определены, а против некоторых (например, кори и COVID-19) защитный титр антител является неединственным коррелятом защиты. Кроме того, используемые на практике тесты могут быть основаны на различных методах анализа и иметь различную диагностическую точность.

Таблица 2

Серологическое подтверждение иммунного статуса [37, 42]

Возраст детей	Заболевание	Антитела	Метод определения	Защитный титр антител
≥ 5 месяцев	Дифтерия	IgG к токсину	ИФА	> 0,10 МЕ/мл
	Столбняк	IgG к токсину	ИФА	> 0,10 МЕ/мл
	Гепатит В	Anti-HBs	ИФА	≥ 10 мМЕ/мл
	Полиомиелит	IgG к вирусам серотипов 1, 2, 3 ¹	Реакция нейтрализации	≥ 1 : 4–1 : 8
	Хиб-инфекция	IgG к PRP	ИФА	≥ 0,15 МЕ/мл
≥ 12 месяцев	Корь	IgG	PRN ²	> 120 мМЕ/мл
	Краснуха	IgG	Реакция иммунопреципитации	≥ 10 МЕ/мл
	Ветряная оспа	IgG	ИФА ³	Положительный результат
	Гепатит А	IgG	ИФА	≥ 10 мМЕ/мл

¹ Анализ на титр антител к вирусу полиомиелита 3-го типа у ранее вакцинированных часто бывает отрицательным, что не требует проведения повторной вакцинации.

² Для определения IgG к вирусу кори во многих лабораториях используют метод ИФА, который менее чувствительный чем PRN, особенно при низких концентрациях антител.

³ Коммерчески доступные тесты на IgG к VZV имеют низкую чувствительность (≥ 15 % ложноотрицательных результатов в сравнении с золотым стандартом — FAMA).

Выполнение серологического тестирования возможно как в государственных (например, в учреждениях здравоохранения, РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, центрах гигиены и эпидемиологии), так и в коммерческих лабораториях.

Хотя выявление защитных уровней антител и позволяет избежать повторной вакцинации, однако равно приемлема и обратная тактика: вакцинация пациента с неподтвержденным вакцинальным статусом без предварительного серологического тестирования. Даже если пациент был привит ранее, введение ему дополнительных доз вакцин в целом считается вполне безопасным. **И большинство экспертов при вакцинации мигрантов предпочитает проводить введение вакцин для рутинной иммунизации без предварительного серологического тестирования** [39, 43].

Кроме того, широкое использование серологического тестирования ограничивают его недоступность (тестирование выполняет лишь ограниченное число лабораторий) и относительно высокая стоимость (она может быть даже выше стоимости вакцины) [44].

Целесообразность проведения серологического тестирования зависит от степени вероятности того, что ребенок ранее был привит или перенес естественную инфекцию. Например, серологическое тестирование может быть целесообразным для ветряной оспы и гепатита А из-за их высокой распространенности [45]. Серологическое тестирование на корь, паротитную инфекцию и краснуху может проводиться по усмотрению врача, однако можно просто ввести пациенту вакцину КПК.

Показана экономическая эффективность стратегии вакцинации без предшествующего серологического тестирования для вакцин от полиомиелита, в популяциях с низким охватом вакцинацией — для ДС-содержащих вакцин [43], для детей младше 5 лет — для вакцины от ветряной оспы [45].

Выявление антител при серологическом тестировании может быть свидетельством либо проведенной вакцинации, либо перенесенной инфекции и в большинстве случаев не позволяет разграничить эти два состояния. Исключением является гепатит В, где маркером перенесенной инфекции являются anti-HBc (которые после вакцинации не вырабатываются). Поэтому в случае тестирования на иммунитет к гепатиту В (титр anti-HBs) одновременно определяют маркеры самой инфекции (HBsAg или anti-HBcor). Тестирование на HBsAg после вакцинации следует проводить не ранее чем через 4 недели после введения последней дозы вакцины от гепатита В, иначе есть вероятность получения ложноположительного результата теста (поскольку сама вакцина содержит HBsAg) [40].

Сомнительный результат теста на антитела к коклюшу, столбняку и дифтерии у ранее привитого КДС-содержащей вакциной ребенка может свидетельствовать об угасании выработанного иммунитета, и серологическое тестирование следует провести повторно после введения бустерной дозы (и только в случае сохранения сомнительного результата теста после введения бустерной дозы требуется проведение ревакцинации полной серией прививок) [39].

ДОГОНЯЮЩАЯ ВАКЦИНАЦИЯ

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ

При составлении индивидуального календаря профилактических прививок следует ориентироваться на НКП Республики Беларусь (табл. 3) и перечень профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также пользоваться общими рекомендациями по вакцинации, утвержденными в Беларуси [32, 34, 46].

Таблица 3

НКП Республики Беларусь [34]

Инфекции, от которых защищает прививка	Возраст ребенка											
	Первые 12 ч	3–5 сут	2 мес.	3 мес.	4 мес.	6 мес.	12 мес.	18 мес.	6 лет	7 лет	11 лет	16 лет
Гепатит В	+		+	+	+							
Туберкулез		+										
Коклюш			+	+	+			+	+ ¹			
Дифтерия			+	+	+			+	+		+	+ ²
Столбняк			+	+	+			+	+			+ ²
Хиб-инфекция			+	+	+	< 5 лет ³						
Полиомиелит			+	+	+					+		
Пневмококк ⁴			+		+		+					
Корь							+		+			
Паротит							+		+			
Краснуха							+		+			
ВПЧ ⁵											+	
Грипп						6 мес. – 3 года			> 3 лет ⁶			

¹ Бустерная доза прививки от коклюша (в составе комбинированной КДС-вакцины) показана всем детям в 6 лет.

² Прививка от дифтерии и столбняка также показана взрослым в возрасте 26 лет и каждые последующие 10 лет жизни до достижения возраста 66 лет.

³ Прививка от Хиб-инфекции также показана ранее не привитым детям в возрасте до 5 лет, имеющим хронический гепатит, цирроз печени, хронические заболевания почек, сердца и легких, иммунодефицитные состояния, муковисцидоз.

⁴ Прививка от пневмококковой инфекции показана для всех детей.

⁵ Прививка от ВПЧ показана для девочек 11 лет.

⁶ Прививка от гриппа показана ежегодно всем детям в возрасте от 6 месяцев до 3 лет; детям старше 3 лет и взрослым с хроническими заболеваниями; лицам с иммуносупрессией; лицам в возрасте старше 65 лет; беременным; медицинским, фармацевтическим работникам; детям и взрослым, находящимся в учреждениях с круглосуточным режимом пребывания; работникам государственных органов, обеспечивающим безопасность государства и жизнедеятельность населения.

С 2025 г. обновленный НКП расширил использование ПКВ на всех детей первого года жизни, ввел вакцинацию от ВПЧ для девочек 11 лет и бустерную вакцинацию КДС-содержащей вакциной детей в возрасте 6 лет.

Рекомендации по догоняющей вакцинации приводят минимальный возраст, в котором может быть введена первая доза вакцины, и минимальные интервалы между последующими дозами (табл. 4).

Таблица 4

Рекомендации по составлению индивидуального календаря профилактических прививок (модифицировано) [48]

Вакцины	Минимальный возраст для введения первой дозы ¹	Минимальные интервалы между дозами ¹		
		1 и 2	2 и 3	3 и 4
<i>Дети 0–6 лет</i>				
ВГВ (трехдозовая схема) ²	Первые 12 часов жизни	4 недели	8 недель (между первой и третьей дозами — 16 недель)	—
КДС	6 недель ³	4 недели	4 недели, если первая доза введена в возрасте < 12 месяцев	6 месяцев
			6 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте ≥ 12 месяцев	—
ИПВ	6 недель	4 недели	4 недели, если первая доза введена в возрасте < 12 месяцев	6 месяцев (в НКП — 7 лет)
			6 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте ≥ 12 месяцев (в НКП — 7 лет)	—
Хиб ²	6 недель (здоровые дети нуждаются в вакцинации до возраста 5 лет)	4 недели, если первая доза введена в возрасте < 12 месяцев	4 недели, если первые две дозы введены в возрасте < 12 месяцев (максимальный возраст для последней дозы при вакцинации здоровых детей — до 5 лет)	—
ПКВ	6 недель	8 недель (для здоровых детей) или 4 недели (для недоношенных и детей из групп риска), если первая доза введена в возрасте < 12 месяцев	6 месяцев (последняя доза для здоровых детей), если вакцинация была начата в возрасте ≤ 6 месяцев	6 месяцев (последняя доза для недоношенных и детей из групп риска), если вакцинация была начата в возрасте ≤ 6 месяцев

Вакцины	Минимальный возраст для введения первой дозы ¹	Минимальные интервалы между дозами ¹		
		1 и 2	2 и 3	3 и 4
		8 недель (последняя доза для здоровых детей), если первая доза введена в возрасте 12–23 месяцев	4 недели (для недоношенных и детей из групп риска), если вакцинация была начата в возрасте ≤ 6 месяцев	–
			8 недель (последняя доза), если вакцинация была начата в возрасте ≥ 7 месяцев	–
MenACWY-DT ⁴	9 месяцев	8 недель, если первая доза введена в возрасте < 24 месяцев	–	–
MenACWY-TT ⁵	6 недель	2 месяца, если первая доза введена в возрасте ≤ 6 месяцев	В возрасте ≥ 12 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте ≤ 6 месяцев	–
		2 месяца (последняя доза, минимальный возраст ≥ 12 месяцев), если первая доза введена в возрасте 6–11 месяцев	–	–
КПК	12 месяцев	4 недели	–	–
ВГА	12 месяцев	6 месяцев	–	–
ВО	12 месяцев	4 недели	–	–
Ротавирусная вакцина	6 недель (максимальный возраст для первой дозы — 24 месяца) ⁶	4 недели	4 недели	–
Дети 7–17 лет				
ДС-М (либо КДС-М) ²	–	4 недели	4 недели, если первая доза введена в возрасте < 12 месяцев	6 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте < 12 месяцев
			6 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте ≥ 12 месяцев	–

Вакцины	Минимальный возраст для введения первой дозы ¹	Минимальные интервалы между дозами ¹		
		1 и 2	2 и 3	3 и 4
ИПВ	—	4 недели	4 недели, если первая доза введена в возрасте < 12 месяцев	6 месяцев
			6 месяцев (последняя доза), если первая доза введена в возрасте ≥ 12 месяцев	—
ВГВ (трехдозовая схема)	—	4 недели	8 недель (между первой и третьей дозой — 16 недель)	—
ВГА	—	6 месяцев	—	—
КПК	—	4 недели	—	—
ВО	—	4 недели	—	—
ВПЧ	9 лет	6 месяцев (при двухдозовой схеме); 1–2 месяца (при трехдозовой схеме) ¹	6 месяцев (при трехдозовой схеме)	—
Взрослые				
ДС-М (либо КДС-М) ⁷	—	4 недели	6 месяцев	Далее каждые 10 лет
ИПВ	—	4 недели	6 месяцев	Далее по показаниям
ВГВ (трехдозовая схема)	—	4 недели	8 недель (между первой и третьей дозой — 16 недель)	Далее по показаниям
ВГА	—	6 месяцев	—	—
КПК	—	4 недели	—	—
ВО	—	4 недели	—	—

¹ Вакцины вводятся в соответствии с инструкциями производителя.

² При вакцинации с использованием комбинированных вакцин.

³ Детям ≥ 4 лет коклюшный компонент вводят только в виде бесклеточного; детям 4–7 лет дозировка дифтерийного анатоксина может быть как стандартной (Д), так и уменьшенной (Д-М).

⁴ MenACWY-DT — менингококковая вакцина, конъюгированная с дифтерийным анатоксином.

⁵ MenACWY-TT — менингококковая вакцина, конъюгированная со столбнячным анатоксином.

⁶ Коклюшный компонент вводят только в виде бесклеточного; дозировка дифтерийного анатоксина уменьшенная (Д-М).

⁷ В соответствии с рекомендациями ВОЗ возможно off-label использование вакцины от ротавирусной инфекции до возраста 24 месяца.

При составлении индивидуального календаря профилактических прививок для мигранта следует учитывать сроки введения вакцин, полученных им еще в стране пребывания.

CDC полагают, что введение вакцины на несколько дней (≤ 4 календарных дней) раньше регламентированного минимального интервала не приводит к значимому снижению эффективности и является допустимым, если пациент в этот момент обратился к медицинскому работнику. Сокращение регламентированных минимальных интервалов не допускается в случае проведения антирабической вакцинации [47].

Допускается одновременное (в течение одного рабочего дня) введение нескольких вакцин в разные участки тела или на расстоянии не менее 2,5 см при введении в одну конечность. Живые вакцины вводят либо одновременно, либо с интервалом 28 дней, если иное не определено инструкцией по медицинскому применению. При последовательном введении двух и более неживых вакцин или живой и неживой вакцины допустим любой интервал между введением вакцин. Исключения:

1) интервал до и после введения вакцин против туберкулеза от введения других вакцин составляет 28 дней (кроме первичной вакцинации против гепатита В);

2) у лиц с асплинией отдельные вакцины, конъюгированные с дифтерийным анатоксином, в связи с возможными помехами иммунному ответу следует назначать не ранее чем через 28 дней, например, конъюгированную вакцину от менингококка серогрупп ACWY (Мен4-D) следует вводить не ранее чем через 28 дней после введения конъюгированной вакцины от пневмококка;

3) конъюгированные и полисахаридные вакцины от пневмококка (если они показаны обе) следует вводить с интервалом не менее 8 недель, причем первой предпочтительно вводить конъюгированную вакцину.

CDC полагают, что аллергические пробы на туберкулез (кожный туберкулиновый тест или IGRA-тест по крови) можно проводить или одновременно с введением живых вакцин, или с интервалом 28 дней [39].

При подозрении на иммунодефицит (в том числе при ВИЧ-инфекции) следует воздержаться от введения живых вакцин до проведения соответствующих лабораторных исследований [44].

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВАКЦИНЫ

Конечно, в первую очередь следует обеспечить мигрантов догоняющей вакцинацией рутинными (плановыми) прививками в рамках НКП. Однако мигранты могут также иметь показания к введению дополнительных вакцин (например, ПКВ или Хиб-вакцин детям старше 5 лет с серповидно-клеточной анемией и другими факторами риска развития инвазивных инфекций).

Тяжелая мальнутриция в период вакцинации может снижать иммунный ответ на вакцины, хотя механизм этого влияния не до конца понятен, а эмпирические исследовательские данные на этот счет ограничены. Несмотря

на то что большинство детей с мальнутрицией развивают защитный иммунный ответ на вакцины, быстрота его развития, качество и длительность могут быть скомпрометированы [49]. Некоторые эксперты полагают целесообразным провести повторную вакцинацию после разрешения тяжелой мальнутриции у ребенка.

По рекомендации CDC лица из стран, где встречается дикий полиовирус (WPV1) или циркулирующие полиовирусы вакцинного происхождения (сVDPV1, сVDPV2 или сVDPV3), подающие документы на получение иммиграционной визы или планирующие пребывание дольше 4 недель, должны в течение 12 месяцев до прибытия дополнительно получить одну дозу ИПВ [50]. Если ИПВ недоступна, для стран, где обнаруживаются WPV1, сVDPV1 или сVDPV3, приемлемо получить дозу бивалентной ОПВ (бОПВ), она может быть введена в том числе беременным.

Вакцинация от COVID-19 в Беларуси включена в перечень профилактических прививок по эпидемическим показаниям. ВОЗ рекомендует всем лицам в возрасте 18 лет и старше получить первичные дозы и первый бустер вакцины от COVID-19. Последующие бустеры с частотой каждые 6 или 12 месяцев ВОЗ рекомендует использовать для отдельных категорий, таких как лица старших возрастных групп, лица с сопутствующими заболеваниями, иммуносупрессией, беременные и медицинские работники [51]. ВОЗ также рекомендует странам рассмотреть возможность предоставления первичных доз и первого бустера вакцины от COVID-19 здоровым детям в возрасте от 6 месяцев до 18 лет с учетом локального бремени заболевания у детей, данных о стоимости и эффективности вакцинации и выбранного порядка приоритизации ее предоставления. Последующие бустеры детям рутинно не рекомендованы.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПОВТОРНОЙ ВАКЦИНАЦИИ

Следует учесть, что нежелательные реакции, связанные с проведением повторной вакцинации (реиммунизации), редки и обычно являются легкими [44]. Как уже было сказано выше, повторная вакцинация детей, не имеющих сведений о ранее полученных прививках или получивших их не в соответствии с НКП страны прибытия, считается вполне безопасной и является приемлемой наравне с подходом предварительного серологического тестирования (по крайней мере в отношении вакцин от дифтерии, столбняка, полиомиелита, Хиб, пневмококка, гепатитов А и В, кори, паротитной инфекции, краснухи, ветряной оспы).

Однако дети младше 7 лет не должны получать более шести доз вакцин, содержащих дифтерийный и столбнячный анатоксины из-за повышенного риска местных и системных реакций [52]. Для детей, у которых развилась тяжелая местная реакция после введения предыдущей бустерной дозы КДС-содержащей вакцины, CDC рекомендует перед введением последующих бустерных доз провести серологическое тестирование на IgG к столбнячному и дифтерийному токсинам.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ И СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Противопоказания — это состояния, повышающие риск серьезных нежелательных реакций до степени, которая превышает пользу от вакцинации [47]. При наличии противопоказаний вакцину вводить не следует (табл. 5).

Состояния, требующие предосторожности — это состояния, которые могут:

- 1) повышать риск или тяжесть серьезных нежелательных реакций;
- 2) затруднять дифференциальный диагноз в случае возникновения нежелательных реакций на вакцину;
- 3) затруднять развитие поствакцинального иммунитета [47].

Эти состояния, хотя и не являются противопоказаниями, требуют тщательной оценки баланса потенциальной пользы от вакцинации и вероятных рисков. Если риски оцениваются как перевешивающие пользу, от иммунизации следует отказаться; если польза оценивается как перевешивающая риски (например, во время вспышки болезни или зарубежной поездки), следует провести иммунизацию (табл. 5).

Таблица 5

Противопоказания к вакцинации и состояния, требующие предосторожности [54]

Вакцины	Медицинские противопоказания ¹	Состояния, требующие предосторожности ²
Вакцины всех типов	Серьезная аллергическая реакция (анафилактический шок) после введения предыдущей дозы ИЛП или развившаяся на компонент вакцины в анамнезе	Острые заболевания до клинического выздоровления. Хронические заболевания до достижения стабилизации, в том числе на фоне поддерживающего медикаментозного лечения
Живые вакцины	ПИД с дефектом Т-клеточного звена и комбинированные (для живых бактериальных вакцин — также ПИД с дефектом фагоцитоза и хронические нейтропении средней и тяжелой степени)	Беременность. ВИЧ-инфекция в стадии тяжелого иммунодефицита, на период его сохранения. После трансплантации костного мозга, на 24 месяца. Противоопухолевое лечение и иная ятрогенная иммуносупрессия ³ , на период сохранения
Вакцины, вводимые инъекционно	—	Нарушения свертывания крови или тромбоцитопения (при заболеваниях или ятрогенные), инъекцию проводить с осторожностью
Дополнительно для отдельных вакцин		
БЦЖ-М	Перенесенный туберкулез в анамнезе	Масса тела ребенка < 2000 г (при вакцинации в роддоме), < 2300 г (при вакцинации на 2-м этапе выхаживания), < 2500 г (при вакцинации в амбулаторно-поликлинической организации).

Вакцины	Медицинские противопоказания ¹	Состояния, требующие предосторожности ²
		Положительная или сомнительная реакция на туберкулин (аллерген туберкулезный рекомбинантный), текущая химиопрофилактика туберкулеза. Ребенок, матери которого вводили анти-ФНО при беременности, до возраста 6 месяцев
Вакцины, содержащие коклюшный компонент	Острая энцефалопатия (кома, выраженное снижение уровня сознания, длительные судороги), развившаяся в течение 7 дней после введения предыдущей дозы вакцины	Прогрессирующие неврологические заболевания без стабилизации на фоне поддерживающего медикаментозного лечения до прояснения и стабилизации неврологического статуса
Вакцины, содержащие столбнячный анатоксин	—	Реакция Артюса после введения предыдущей дозы вакцины на 10 лет (кроме случаев использования для экстренной профилактики). Синдром Гийена–Барре в течение 6 недель после введения предыдущей дозы по оценке индивидуального баланса пользы и риска от вакцинации
Вакцины от гриппа (живые, инактивированные)	—	Синдром Гийена–Барре в течение 6 недель после введения предыдущей дозы по оценке индивидуального баланса пользы и риска от вакцинации
КПК, ВО	—	Недавняя трансфузия компонентов крови ⁴ ; 2 недели после вакцинации по возможности следует избегать трансфузий компонентов крови. Тромбоцитопеническая пурпура в анамнезе (для коревой и краснушной вакцин) по оценке индивидуального баланса пользы и риска от вакцинации. Для коревой вакцины: положительная или сомнительная реакция на туберкулин (аллерген туберкулезный рекомбинантный). Прием противогерпетических препаратов (для вакцины против ветряной оспы) не показан за 24 часа до и 21 день после вакцинации
Ротавирусная вакцина	—	Инвагинация кишечника в анамнезе, врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта с риском инвагинации либо другие врожденные пороки (spina bifida, экстрофия мочевого пузыря) по оценке индивидуального баланса пользы и риска от вакцинации. Ребенок, матери которого вводили анти-ФНО при беременности, до возраста 6 месяцев

¹ Служит основанием для установления постоянного медицинского отвода от иммунизации.

² Может быть установлен временный или длительный медицинский отвод от иммунизации.

³ Критерии ятрогенной иммуносупрессии: противопухоловая химиотерапия; первые несколько месяцев после трансплантации костного мозга; прием иммуносупрессантов после трансплантации солидных органов; прием системных глюкокортикостероидов ≥ 20 мг/сут по преднизолону в течение ≥ 2 недель для взрослых или ≥ 2 мг/кг/сут по преднизолону в течение ≥ 2 недель для детей; прием цитостатиков в иммуносупрессивных дозах (циклоsporин (CsA) $> 2,5$ мг/кг/сут, азатиоприн (AZA) ≥ 3 мг/кг/сут, циклофосфамид (CTX) внутрь $> 2,0$ мг/кг/сут, лефлуномид (LEF) $\geq 0,5$ мг/кг/сут, микофенолат мофетил (MMF) ≥ 30 мг/кг/сут или > 1000 мг/сут, метатрексат (MTX) ≥ 15 мг/м²/нед. или ≥ 25 мг/нед., такролимус (TAC) $> 1,5$ мг/сут); прием любых доз таргетных синтетических или биологических болезнь-модифицирующих препаратов.

⁴ Введение КПК после трансфузии компонентов крови требует выдерживания интервалов: после трансфузии плазмы крови (в дозе 10 мл/кг и выше) или тромбоцитарной массы — 7 месяцев, цельной крови — 6 месяцев, эритроцитарной массы — 5 месяцев, эритроцитов, обедненных лейкоцитами, в добавочном растворе — 3 месяца (после трансфузии отмытых эритроцитов выдерживания интервала не требуется). После трансфузии нормального человеческого иммуноглобулина для внутривенного введения длительность интервала зависит от использованной дозы препарата: 1,6–2 г/кг — 11 месяцев, 1 г/кг — 10 месяцев, 0,4 г/кг — 8 месяцев; после введения специфических иммуноглобулинов: противостолбнячного иммуноглобулина в дозе 250 ЕД — 3 месяца, антирабического иммуноглобулина в дозе 20 МЕ/кг — 4 месяца, иммуноглобулина против гепатита В в дозе 0,06 мл/кг — 3 месяца.

В Беларуси медицинское применение вакцин, как и прочих лекарственных препаратов, осуществляется в соответствии с инструкциями по их медицинскому применению [34, 53], которые можно найти в Реестре лекарственных средств (www.rceth.by/refbank), введя в строку поиска название вакцины или выбрав нужную вакцину из списка по фильтру «Иммунобиологическое лекарственное средство (вакцины)».

В случае регистрации серьезных нежелательных реакций решение о дальнейшей тактике вакцинации пациента принимает иммунологическая комиссия при организации здравоохранения, уполномоченная принимать решения об установлении медицинских отводов от иммунизации [32].

Американская академия педиатрии рекомендует исключить избыточные обследования до вакцинации (например, проведение общих анализов крови и мочи, осмотр здорового ребенка неврологом) [47]. Национальные нормативные документы также не содержат требований к проведению каких-либо рутинных обследований перед вакцинацией.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫСИТЬ ОХВАТ МИГРАНТОВ ВАКЦИНАЦИЕЙ

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОХВАТ МИГРАНТОВ ВАКЦИНАЦИЕЙ

В систематическом обзоре 55 исследований, проведенных в странах с высоким доходом и доходом выше среднего, ключевыми факторами, влияющими на охват мигрантов вакцинацией, явились страна происхождения мигрантов (их родителей) и то, мигрантами в каком поколении они являлись,

миграционный анамнез, продолжительность проживания в стране назначения, получение гражданства, возраст, социально-экономический статус, трудоустройство, наличие медицинской страховки, культурные, религиозные и личные убеждения, степень владения языком, доступ и практика обращения за медицинской помощью, представления о бремени инфекций и своей восприимчивости к заражению ими [18].

Систематический обзор барьеров и факторов, способствующих рутинной вакцинации мигрантов (вакцины КПК, КДС, полиомиелит, ВПЧ, грипп) и вакцинации от COVID-19 (67 исследований из 16 стран Европы, 366 529 участников), выявил такие барьеры доступа, как владение языком, грамотность и коммуникативные барьеры, практические и юридические препятствия для доступа и предоставления услуг вакцинации, а также барьеры в оказании услуг, такие как отсутствие конкретных руководств и знаний у медицинских работников. Наиболее часто барьеры принятия вакцин описаны среди мигрантов из Восточной Европы и мусульманских стран в отношении вакцин против вируса папилломы человека, кори и гриппа. Наиболее высокому риску непрохождения вакцинации были подвержены мигранты из Африки, недавние мигранты, беженцы и просители убежища. Для устранения барьеров в доступе к вакцинам и их принятия мигрантами, а также для укрепления программ вакцинации в странах с высоким уровнем дохода рекомендован **переход к модели сервисов, системе и политике вакцинации, чувствительных и адаптированных к потребностям мигрантов**, с совершенством адаптированных к сообществам или индивидуализированных вмешательств и направлением четких последовательных сообщений со стороны общественного здравоохранения. Кроме того, необходимо **укрепление системы здравоохранения**, чтобы предоставить возможности и логистику предоставления детям, подросткам и взрослым мигрантам догоняющей вакцинации на всем пути миграции [55].

Быстрый обзор глобального доступа и принятия вакцинации от COVID-19 беженцами, просителями убежища и нелегальными мигрантами показал достаточно высокий охват вакцинацией, но частой обеспокоенностью являлось **недоверие к правительствам принимающих стран** (особенно среди нелегальных мигрантов). Основными факторами, определяющими принятие вакцины против COVID-19, явились предпринятые **усилия по полевой (аутрич) работе и доступ к исчерпывающей информации** из доверенного источника на соответствующем языке. Несмотря на призывы международных организаций обеспечить доступ и включить мигрантов и беженцев в **страновые политики по доступу к вакцинации, они значительно различались** в принимающих странах. Хотя большинство правительств поддерживали инклюзивную политику, доказательства успешной реализации программ часто отсутствовали, что затрудняло более эффективную адаптацию к конкретной стране и реализацию полевой работы по COVID-19 [56].

Изучению причин колебаний беженцев, иммигрантов и мигрантов в США в допандемические годы посвящен систематический обзор 57 иссле-

дований (из которых 22 также были включены в метаанализ). Большинство из таких выявленных барьеров, как незнание языка, слабое знание вопросов здоровья, ограниченный предыдущий опыт вакцинации, низкий доступ к медицинской помощи и недоверие к медицинской системе, **являются модифицируемыми, и на них можно повлиять** путем увеличения выделения ресурсов. Не до конца понятно, какие вмешательства были бы эффективны. Возможно, это повышение доступа к своевременной рутинной медицинской помощи и приближение вакцин к мигрантам с помощью голосов доверенных лиц, медицинских работников из числа членов сообществ и учета культурных особенностей сообществ, также важно продвижение политики федерального финансирования услуг здравоохранения для мигрантов [57].

Исследование доступа нелегальных мигрантов к вакцинации от COVID-19 описывает барьеры доступа со стороны и предложения, и спроса. К **барьерам со стороны предложения** отнесены системные и практические ограничения в предоставлении услуг мигрантам, включая необходимость предоставления отсутствующих/недоступных для мигрантов документов, использование неподходящих мест и графиков вакцинации с учетом условий жизни и работы мигрантов, недружественное отношение со стороны администраторов или медицинских работников (из-за незнания юридических вопросов либо скрытого личного негативного отношения).

К **барьерам со стороны спроса** отнесены колебания мигрантов в отношении вакцин, опасения, что их персональные данные будут переданы медицинским работником иммиграционным службам (что может привести к депортации), низкая осведомленность о своих правах, работе пунктов вакцинации, неудобное время для их посещения, отсутствие информации на понятном языке, распространение дезинформации, опасения по поводу стоимости вакцинации и возможных побочных эффектов.

Авторы отмечают, что гуманитарная деятельность в отношении мигрантов на практике часто оставалась на усмотрение общественных организаций, что сопровождалось **ограниченным интересом правительства, недостаточными ресурсами**, фрагментарным и неполным охватом нуждающихся. В период пандемии COVID-19 многие страны не спешили принять аргумент о коллективной безопасности в области общественного здоровья, столкнувшись с высоким спросом при ограниченном числе вакцин, а также политизировали проблему мигрантов с использованием вопросов здоровья в качестве предлога для изоляции и ужесточения пограничного контроля. Для обеспечения доступа к вакцинации необходим **комплекс мер как со стороны предложения, так и со стороны спроса, адаптированных к особенностям страны и конкретным потребностям мигрантов**. Эти меры должны включать публичное обоснование актуальности вопроса, обеспечение соответствия национального законодательства международным обязательствам, принятие страновых политик, обеспечение открытости и удобства системы вакцинации для мигрантов, решение проблемы колебаний в отношении вакцинации [58].

Внедрение пакетов вмешательств может приводить к повышению охвата вакцинацией, качества помощи и пониманию мигрантами вопросов вакцинации. Так, при организации рутинной вакцинации детей мигрантов в восточном Китае было увеличено время работы и предоставлена возможность более частого обращения за вакцинацией в клиниках для мигрантов, запущена программа обучения медицинских работников, разработан инструмент скрининга для выявления потребности детей мигрантов в вакцинации, проведена социальная мобилизация в отношении вакцинации. В результате охват иммунизацией детей мигрантов первых 4 лет повысился с 71,5 до 88,6 %, а детей 2–4 лет — с 42,2 до 80,5 % ($p < 0,001$). Повысились знания медицинских работников об особенностях вакцинации мигрантов, а верные ответы матерей на вопросы о вакцинации детей составили 86,8–99,3 % [59].

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ВАКЦИНАЦИИ

Вакцинация в современных обществах является социальной нормой. Большинство людей принимает вакцинацию, некоторая часть является колеблющимися в отношении вакцинации и лишь совсем небольшая (хотя и активно заявляющая о себе) часть людей является отказчиками от вакцинации [60]. Причины опасений и низкой приверженности вакцинации множество, при этом большинство из них может не иметь рациональной природы (табл. 6).

Таблица 6

Причины опасений и низкой приверженности вакцинации

Причины	Объяснение причин
Неочевидность потребности	Эффект вакцинации: предотвращение события, которое с некой вероятностью может случиться в будущем. Нет личного опыта встречи с вакцинопредотвращаемыми инфекциями: снижение заболеваемости на фоне широкой вакцинации. Недооценка риска от бездействия (когнитивное искажение: не сделал — не несу ответственности). Сложность восприятия медицинской информации
Базовое недоверие вакцинам	Ценность (моральное основание) чистоты: ребенок воспринимается «чистым», а вакцинация — как его «загрязнение». Природное (болезнь) оценивается как более приемлемое, чем технологическое (вакцина). Переоценка рисков от редких событий (например, вреда от вакцин, риска погибнуть в авиакатастрофе). Боязнь укола (таблетка против инъекции)
Базовое недоверие медицинской системе	Общий уровень доверия разнится от страны к стране. Наивный цинизм (когнитивное искажение: все чиновники и фарма хотят только наживы). Ценность (моральное основание) свободы: отказ от вакцинации как социально неприцаемая возможность сказать «нет» системе
Информационный фон вокруг	Страшные истории — лучший информационный повод (а эмоциональное и повторяемое кажется частым). Позиция в ответ на сделанное обвинение звучит как оправдание. Медиа/соцсети: рейтинг любой ценой. Слабость гражданских структур и локальных сообществ

При этом существуют базовые ценности человека (моральные основания), которые могут способствовать принятию вакцинации [61]. Так, ценность заботы предполагает, что родители испытывают удовлетворение от осознания того, что помогают ребенку быть здоровым: ваш ребенок будет вам благодарен за то, что вы защитили его от тяжелых инфекций. Ценность лояльности к субгруппе предполагает следование образу поведения, демонстрируемому кумиром или лидером сообщества, а также ориентирование на мнение равных себе членов локального сообщества (например, мнение мам с колясками на прогулке может быть более значимым, чем мнение врача). В связи с этим необычайно важно налаживать коммуникации с лидерами сообществ мигрантов и значимыми для них фигурами.

Медицинские работники играют ключевую роль в информировании о прививках, установлении и поддержании приверженности к вакцинации. Как показывают опросы родителей, даже в эпоху доступности множества источников информации врач по-прежнему является основным, заслуживающим доверия источником данных о вакцинах для населения. При этом врачи склонны недооценивать, насколько родители доверяют прививкам [62].

Консультирование по вопросам вакцинации в значительной мере оказывает влияние на итоговое решение пациента о том, получит ли он прививку.

Стратегии консультирования по вопросам вакцинации различны для колеблющихся лиц и для отказчиков (табл. 7).

Таблица 7

Отличительные признаки и стратегии консультирования колеблющихся и отказчиков [63]

Колеблющийся	Отказчик
<i>Как распознать</i>	
Сомневается: – в центре разговора — ребенок: «Я беспокоюсь о ребенке»; – хочет услышать ваше профессиональное мнение	Имеет сформированное мнение против вакцин: – предпочитает говорить о своих представлениях о вакцинах: «Я все знаю о ваших вакцинах»; – обесценивает вас: ставит на один уровень свое бытовательское и ваше профессиональное мнение, заставляет вас оправдываться, радуется «победам» в споре с вами
<i>Как консультировать</i>	
Уточните, в чем обеспокоенность. Расспросите о причинах колебаний (они могут быть разными). Не переоценивайте колебания. Дайте ответ на колебания	Не отказывайтесь от разговора. Выстраивайте доверительные отношения. Не дискутируйте, а обозначайте свою позицию. Информировать о рисках от бездействия. Уточните, что бы заставило человека принять вакцинацию. Проговорите вопрос ответственности родителя за здоровье ребенка

Колеблющиеся представляют собой группу лиц, которые имеют сомнения в эффективности и/или безопасности прививок и перед принятием информированного согласия о вакцинации хотят прислушаться к авторитетному

мнению медицинского работника. Медицинскому работнику следует спросить пациента (законного представителя) о причинах его колебаний (задавая такие открытые вопросы, как «В чем ваша обеспокоенность?», но не переоценивая колебания), а затем с позиций профессионала дать краткий ответ на озвученные колебания. Этот ответ обычно не предполагает разбора тонкостей действия вакцины или литературных данных об эффективности и безопасности прививок, пациенту скорее важно удостовериться в четкой личной провакцинальной позиции медицинского работника и положиться на его опыт.

Отказчики являются убежденными противниками вакцинации. Медицинскому работнику следует выстраивать с отказчиком доверительные отношения. С ним нет смысла дискутировать: следует обозначить свою провакцинальную позицию («Вакцинация — это простой способ защитить вашего ребенка от тяжелых инфекций, и таково мнение всего медицинского сообщества»), уточнить, что могло бы заставить его начать вакцинацию, а также информировать отказчика о его ответственности за принимаемые решения в отношении здоровья. Следует оставить открытой возможность последующей коммуникации с отказчиком («Если ваше решение изменится, я всегда буду готов привить вашего ребенка») и активно предлагать эту коммуникацию в последующем.

При построении диалога с пациентом или его законным представителем следует ориентироваться на нижеперечисленные подходы.

Информирование о необходимости вакцинации. Большинство пациентов не имеют предубежденности против прививок и не ждут от врача долгих обсуждений. Часто сами врачи сеют сомнения в пациентах, начиная обсуждать то, что можно просто предложить [64]. Так, вместо вопроса «Планируете ли вы делать прививку?» скажите: «Сегодня мы собираемся сделать вашему ребенку прививку, которая защитит его от гриппа». Некоторые родители или подростки могут выразить желание получить больше информации о прививке, в этом случае задача врача — предоставить такую информацию.

Позитивное представление прививки. Предлагая вакцинацию, мы часто начинаем с негатива: не с беседы об уникальном основном эффекте прививки, а с оправданий за возможные нежелательные реакции на вакцины. Вместо утверждения «После сегодняшней вакцинации у ребенка, вероятно, поднимется температура, но эти прививки нужно сделать» начните с хороших новостей: «Сегодняшняя вакцинация защитит ребенка от коклюша, дифтерии и столбняка». В период пандемии COVID-19 хорошим аргументом в пользу вакцинации была возможность возвращения к привычной жизни, поездкам, встречам с пожилыми родственниками. В целом прививки безопаснее лекарств, большинство нежелательных реакций на прививку являются легкими, а проводимое медицинским работником краткосрочное наблюдение после прививки позволит своевременно среагировать на очень редкие, но угрожающие осложнения вакцинации.

Избегание патернализма. Врачу следует помнить, что человек как автономный субъект сам дает информированное согласие на вакцинацию и имеет право отказаться от проведения вакцинации по любой причине (например, связанной с религиозными или личными представлениями). Следует поговорить с пациентом о том, что именно он принимает решение о вакцинации или отказе от нее (решение за ребенка принимают его родители или законный представитель, и именно они юридически несут ответственность за здоровье ребенка). Задача врача — информировать о пользе и рисках, связанных с каждым из решений, проговорить упущенные возможности в случае отказа от вакцинации, обозначив понятие «риск от бездействия». Предоставляя пациенту право принять собственное решение, врач зачастую легче получает его согласие, чем навязывает свое «единственно правильное решение».

Уважение автономии ребенка. Следует помнить, что дети 14 лет и старше принимают собственное информированное согласие на вакцинацию. Однако и у детей младше этого возраста следовало бы запрашивать одобрение вакцинации, они также нуждаются в предоставлении им информации на понятном им уровне.

Семейно-ориентированный подход. Как и в других областях педиатрии, в процесс вакцинации следует вовлекать членов семьи ребенка. Поощрять их разговор с ребенком о прививках на доступном его возрасту уровне. Не пугать ребенка прививками и визитом к врачу, не угрожать ему. Объяснять, что во время прививки ребенок может почувствовать кратковременную боль или дискомфорт, но это быстро пройдет. Говорить ребенку, что после прививки он сможет гордиться тем, что защищен от инфекций и не заболеет ими. Для ребенка может быть полезен разговор с кем-то из старших детей в семье или с авторитетным для него взрослым. В прививочном кабинете стоит создать безопасную и удобную для всей семьи среду.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ВАКЦИНАЦИИ МИГРАНТОВ В УСЛОВИЯХ ВСПЫШКИ

В 2016 г. в Бресте была зарегистрирована вспышка кори среди лиц, временно пребывающих на территории Республики Беларусь с целью пересечения государственной границы с Республикой Польша для получения статуса беженца [23]. Всего за время вспышки были зарегистрированы 131 случай кори, 5100 контактных лиц, 82 семейных очага. Санитарно-эпидемиологической службой был принят ряд мер по ликвидации вспышки и недопущению дальнейшего распространения кори, включающий кампанию по вакцинации от кори (табл. 8). Всего за время кампании были привиты 882 иностранных гражданина, временно пребывавших на территории Бреста в целях дальнейшего выезда в Евросоюз (из них 489 детей и 393 взрослых), в том числе 506 человек были привиты на платной основе (298 детей и 208 взрослых).

**Проведенные мероприятия кампании по вакцинации от кори
в условиях вспышки [23]**

Направления действий	Отдельные мероприятия
Обеспечение наличия вакцины	Перераспределение доз коревой вакцины из учреждений здравоохранения других регионов республики. Письмо в Министерство здравоохранения об увеличении годовой заявки на закупку вакцин
Организация вакцинации	Вакцинация иностранных граждан на медицинском пункте железнодорожного вокзала, в том числе на платной основе. Вакцинация сотрудников гостиниц Бреста, водителей и сотрудников скорой медицинской помощи как лиц из групп риска
Разъяснительная работа среди мигрантов по профилактике кори и необходимости вакцинации	Допуск медицинских работников в зал накопления и зал таможенного и пограничного контроля. Совместные действия медицинских работников с проводниками поездов, представителями отдела внутренних дел на транспорте в вагонах поездов по маршруту Брест–Тересполь. Памятка для раздачи мигрантам при проведении поквартирных обходов в очагах, на железнодорожном вокзале и в поездах по маршруту Брест–Тересполь

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ НИЗКОПороГОВОГО ДОСТУПА
К ВАКЦИНАЦИИ**

В период пандемии COVID-19 в Беларуси были открыты пункты вакцинации в торговых центрах, на рынках, вокзалах, станциях метро. Они работали в том числе в выходные дни, их посещение не требовало предварительной записи, их можно было посетить всей семьей или за компанию (рис. 5) [65].



Рис. 5. Низкопороговый доступ к вакцинации от COVID-19 [68]

Также был апробирован опыт вакцинации взрослых в детских поликлиниках. Так, при плановом посещении педиатра сделать прививку от COVID-19 предлагали матерям (в том числе кормящим грудью) [66].

Кроме того, был получен опыт вакцинации выездной бригадой поликлиники на базе общественных организаций [67].

КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ МИГРАНТАМ

Предложение мигранту вакцинироваться должно быть частью предоставляемой комплексной помощи — медицинской, социальной, психологической, юридической.

Содержание комплексной помощи различается в зависимости от региона. Так, например, в соответствии с канадскими рекомендациями мигрантам из групп риска должен быть предоставлен скрининг на гепатит В, туберкулез, ВИЧ, кишечных паразитов, дефицит железа, зубную боль, потерю зрения и рак шейки матки. В зависимости от индивидуальных потребностей мигрантов также рекомендовано выявлять и решать вопросы малярии, депрессии, посттравматического стрессового расстройства, жестокого обращения с детьми, семейного насилия, сахарного диабета и потребностей в противозачаточных средствах [69].

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МИГРАНТАМ ПОМИМО ВАКЦИНАЦИИ

В ряде стран регламентировано, что мигранты после прибытия проходят клинический осмотр врачом, который определяет объем их дальнейшего обследования и необходимость назначения профилактических вмешательств помимо вакцинации. Так, Американская академия педиатрии рекомендует, чтобы усыновленные за рубежом дети прошли комплексную оценку состояния здоровья в течение первых 2 недель после прибытия в США [70].

Еще на этапе до отправления в страну назначения мигрантам из стран Африки, Азии, Ближнего Востока, Латинской Америки и Карибского бассейна может потребоваться обследование и/или назначение профилактического лечения малярии (обычно назначают артемизинин + люмефантрин или артемизинин + амодиахин), назначение профилактического лечения кишечных паразитозов (шистосомоза (празиквантел), стронгилоидоза (ивермектин), прочих гельминтозов, передающихся через почву (албендазол)), а также проведение определенных мероприятий по подготовке к путешествию, включая выявление и медикаментозный контроль сопутствующих хронических состояний [71]. Эти действия еще на этапе нахождения в стране пребывания могут быть скоординированы Международной организацией по миграции (МОМ).

Американские CDC также регламентируют обследование лиц, подающих документы на получение иммиграционной визы, на некоторые прочие

состояния, влияющие на здоровье в процессе миграции или после прибытия и имеющие значение для общественного здравоохранения. К ним относят туберкулез (выполняют кожный тест с туберкулином или IGRA-тест по крови), инфекции, передающиеся половым путем, употребление нелегальных наркотиков, серьезные психические расстройства [29].

Большинство беженцев и мигрантов знают о важности вакцинации и необходимости введения бустеров, но могут быть в меньшей степени осведомлены о необходимости других профилактических вмешательств и медицинского наблюдения. Визиты для проведения вакцинации следует использовать для налаживания взаимодействия по дальнейшему предоставлению услуг первичной медико-санитарной помощи [44].

ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ ПОМОЩЬ МИГРАНТАМ

Структуры ООН, предоставляющие помощь мигрантам:

1. Международная организация по миграции (<https://belarus.iom.int>) — оказывает всестороннюю помощь в соответствии с гуманитарными потребностями мигрантов, внутренне перемещенных лиц, вернувшихся лиц и принимающих сообществ посредством оказания прямой гуманитарной помощи, рекреационных мероприятий и других усилий.

2. Агентство ООН по делам беженцев, Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН, <https://www.unhcr.org>).

3. Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА, <https://belarus.unfpa.org>).

4. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ, <https://www.unicef.org>).

Некоммерческие организации, предоставляющие помощь мигрантам:

1. Общественное объединение «Белорусское движение медицинских работников» (<https://www.wehelp.by/help/organizatsii/skb/1>) — включает службу консультирования беженцев (лиц, ищущих убежище, и лиц, которым предоставлена защита) по юридическим и социальным вопросам.

2. Республиканское общественное объединение «Белорусское Общество Красного Креста» (<https://redcross.by>).

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ МИГРАНТОВ И ВАКЦИНАЦИИ

Источники информации по ситуации с миграцией и подходам к организации медицинской помощи мигрантам в Беларуси и в мире:

1. Информационная платформа WeHELP (<https://www.wehelp.by>).

2. Международная организация по миграции в Беларуси (<https://belarus.iom.int/ru>).

3. IOM UN Migration. Publications Platform (<https://publications.iom.int>).

4. Доклад о миграции в мире 2022 // IOM UN Migration. Publications Platform (<https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022-russian>).

5. Tool 4. Immunization // WHO (<https://www.who.int/tools/refugee-and-migrant-health-toolkit/module-1/tool-4>).

6. Immunizations // CDC (<https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/domestic-guidance/immunizations.html>).

7. Immunization data // WHO (<https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=vaccine-schedule&location=>).

8. Pink Book: Course Textbook. – 14th ed. – 2021 (<https://www.cdc.gov/pinkbook>).

9. Red Book: 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases / Editors D. W. Kimberlin, R. Banerjee, E. Barnett [et al.] // American Academy of Pediatrics, 2024. – 33rd ed. – 1100 p.

10. CDC Yellow Book 2026 // CDC (<https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/yellowbook-home>).

11. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 мая 2018 г. № 42 «О профилактических прививках».

12. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2024 г. № 111 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 мая 2018 г. № 42».

13. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 марта 2014 г. № 191 «Об утверждении Инструкции по тактике проведения профилактических прививок среди населения в Республике Беларусь».

14. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 декабря 2013 г. № 114 «Об утверждении Санитарных норм и правил “Санитарно-эпидемиологические требования к транспортировке, хранению и использованию иммунобиологических лекарственных средств, проведению профилактических прививок, выявлению, регистрации и расследованию побочных реакций после профилактических прививок” и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 января 2010 г. № 3».

15. Закон Республики Беларусь от 23 июня 2008 г. № 354-З «О предоставлении иностранным гражданам и лицам без гражданства статуса беженца, дополнительной защиты, убежища и временной защиты в Республике Беларусь».

16. Закон Республики Беларусь от 4 января 2010 г. № 105-З «О правовом положении иностранных граждан и лиц без гражданства в Республике Беларусь».

17. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 23 января 2024 г. № 48 «Концепция миграционной политики на 2024–2028 годы».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Key Migration Terms*. International Organization for Migration. – URL: <https://www.iom.int/key-migration-terms> (date of access: 18.09.2023).
2. *Asylum and Migration Glossary*. European Migration Network (EMN). – URL: https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary_en (date of access: 18.09.2023).
3. *Конвенция* о статусе беженцев: принята 28 июля 1951 г. Конференцией полномочных представителей по вопросу о статусе беженцев и апатридов, созванной в соответствии с резолюцией 429 (V) Генеральной Ассамблеи от 14 дек. 1950 г. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/refugees.shtml (дата обращения: 18.09.2023).
4. *Council Directive 2004/83/EC*. – URL: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX:32004L0083> (date of access: 18.09.2023).
5. *О правовом* положении иностранных граждан и лиц без гражданства в Республике Беларусь: Закон Республики Беларусь от 4 янв. 2010 г. № 105-З: в ред. от 3 апр. 2024 г. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=H11000105> (дата обращения: 19.09.2024).
6. *Информация* об особенностях правового статуса // WeHELP.by. – URL: <https://www.wehelp.by/help/vidy-pomoshchi/pravovoy-status/informatsiya-ob-osobennostyakh-pravovogo-statusa> (дата обращения 20.09.2023).
7. *Об изменении* Указа Президента Республики Беларусь: указ Президента Республики Беларусь от 14 сен. 2022 г. № 326 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=P32200326> (дата обращения: 15.08.2023).
8. *Оказание* медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – URL: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-inostrannykh-grazhdan/lechenie-v-belarusi/poryadok-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi-inostrannym-grazhdan.php> (дата обращения: 18.09.2023).
9. *Шкутько, А. А.* Памятка по оказанию медицинской помощи иностранным гражданам, лицам без гражданства, беженцам / А. А. Шкутько: [утв. М-вом] Брест, 2024.
10. *Служба* консультирования беженцев // WeHelp. – URL: <https://wehelp.by/help/organizatsii/skb//1> (дата обращения: 18.09.2023).
11. *О здравоохранении*: Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII: с изм. и доп. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=V19302435> (дата обращения: 03.10.2024).
12. *О миграционной* ситуации в Республике Беларусь за 2023 г. МВД Республики Беларусь: Статистика по миграции. – URL: <https://www.mvd.gov.by/ru/page/departament-po-grazhdanstvu-i-migraci/migraciya/statistika-po-migracii> (дата обращения: 06.06.2024).
13. *Об изменении* Закона Республики Беларусь «О внешней трудовой миграции»: Закон Респ. Беларусь от 30 дек. 2022 г. № 233-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12200233> (дата обращения: 06.06.2024).
14. *Об утверждении* Концепции миграционной политики Республики Беларусь на 2024–2028 годы : постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 23 янв. 2024 г. № 48 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22400048> (дата обращения: 15.03.2024).
15. *Более 36,5 тыс.* украинских граждан прибыли в Беларусь с начала года // БелТА. – URL: <https://www.belta.by/society/view/bolee-365-tys-ukrainskih-grazhdan-pribyli-v-belarus-s-nachala-goda-581783-2023/> (дата обращения: 20.03.2024).

16. *Belarus* — опросы граждан Украины: потребности, намерения и трудности интеграции (Jan-Mar 2023) // International Organization for Migration. – URL: <https://dtm.iom.int/reports/belarus-oprosy-grazhdan-ukrainy-potrebnosti-namereniya-i-trudnosti-integracii-jan-mar-2023> (date of access: 20.03.2024).
17. Кечина, Е. А. Доступ международных мигрантов к медицинской помощи и программам общественного здравоохранения в Беларуси. Отчет об исследовании. – Минск : МОМ, 2023 (неопубликованные данные).
18. *Vaccine-preventable diseases and immunisation coverage among migrants and non-migrants worldwide: A scoping review of published literature 2006 to 2016.* / N. A. Charania [et al.] // *Vaccine*. – 2019. – Vol. 37, № 20. – P. 2661–2669.
19. Десять вещей, которые нужно знать о здоровье беженцев и мигрантов // Всемирная организация здравоохранения. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/feature-stories/detail/10-things-to-know-about-the-health-of-refugees-and-migrants> (дата обращения: 18.09.2023).
20. *COVID-19 immunization in refugees and migrants: principles and key considerations: interim guidance* // WHO. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-immunization-in-refugees-and-migrants-principles-and-key-considerations-interim-guidance-31-august-2021> (date of access: 18.09.2023).
21. *WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2020.* – URL: <https://data.unicef.org/resources/immunization-country-profiles> (date of access: 18.09.2023).
22. *Vaccination coverage among migrants: A systematic review and meta-analysis* / M. Rojas-Venegas [et al.] // *Semergen*. – 2022. – Vol. 48, № 2. – P. 96–105.
23. *О принятых мерах по профилактике распространения кори в Бресте в 2016 году* / Г. И. Радченко, Е. В. Уткина, Е. В. Шкред, А. Ю. Говина // *Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины*. – 2020. – Т. 10. – С. 442–451.
24. *Мигранты и беженцы: ситуация под контролем?* / Е. Литвинович // *БрестСИТИ. Новости*. – URL: <https://brestcity.com/blog/migranty-i-bezhency-situaciya-pod-kontrolem> (дата обращения: 18.09.2023).
25. *Не оставлять никого в стороне* // Группа ООН по устойчивому развитию. – URL: <https://unsdg.un.org/ru/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind> (дата обращения: 08.06.2024).
26. *Ensuring the integration of refugees and migrants in immunization policies, planning and service delivery globally* // WHO. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051843> (date of access: 18.09.2023).
27. *UNHCR highlights great progress on refugee vaccine inclusion but inequities hamper rollout* // UNHCR global website. – URL: <https://www.unhcr.org/news/news-releases/unhcr-highlights-great-progress-refugee-vaccine-inclusion-inequities-hamper> (date of access: 18.09.2023).
28. *Strengthening COVID-19 vaccine demand and uptake in refugees and migrants* // WHO. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-immunization-demand_planning-refugees_and_migrants-2022.1 (date of access: 18.09.2023).
29. *Vaccination: technical instructions for panel physicians.* In: *immigrant, refugee, and migrant health* // CDC. – URL: <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/panel-physicians/vaccination.html> (date of access: 08.06.2024).
30. *International health regulations.* – 3rd ed. – 2005. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580410> (date of access: 18.09.2023).
31. *Об установлении перечня простых медицинских вмешательств* : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 31 мая 2011 г. № 49 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – URL: https://minzdrav.gov.by/upload/lcfiles/000127_464830_N49_2011.pdf (дата обращения: 18.09.2023).

32. *Об утверждении Инструкции по тактике проведения профилактических прививок среди населения в Республике Беларусь* : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 27 фев. 2014 г. № 191 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – URL: https://minzdrav.gov.by/upload/lcfiles/000128_710801_prikaz191.pdf (дата обращения: 18.09.2023).
33. *Newly Arrived Immigrants, Refugees & Other Migrants — Posttravel Evaluation* / J. Beeler // CDC Yellow Book, 2024. – URL: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/posttravel-evaluation/newly-arrived-immigrants-refugees-and-other-migrants> (date of access: 18.09.2023).
34. *О профилактических прививках* : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 17 мая 2018 г. № 42 / Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21833221> (дата обращения: 18.09.2023).
35. *Vaccine schedules by country. WHO immunization data* // WHO. – URL: <https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=vaccine-schedule&location> (date of access: 18.09.2023).
36. *Pediatric Vaccines: Global Brands and Country Availability* / K. M. Rolek // Medscape. – URL: <https://emedicine.medscape.com/article/2500038-overview> (date of access: 18.09.2023).
37. *Staat, M. A. Serologic testing to verify the immune status of internationally adopted children against vaccine preventable diseases* / M. A. Staat // *Vaccine*. – 2010. – Vol. 28, № 50. – P. 947–7955.
38. *Quick chart of vaccine-preventable disease terms in multiple languages* // Immunize.org. – URL: <https://www.immunize.org/catg.d/p5122.pdf> (date of access: 18.09.2023).
39. *Persons vaccinated outside the United States* / A. Kroger, L. Bahta, S. Long, P. Sanchez // *General Best Practice Guidelines for Immunization. CDC*. – URL: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/downloads/general-recs.pdf>] (date of access: 08.06.2024).
40. *Vaccination Program for U.S.-bound Refugees and Visa 93 (V93) Applicants. CDC*. – URL: <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/overseas-guidance/vaccination-program.html> (date of access: 08.06.2024).
41. *Guidance for Assessment of Poliovirus Vaccination Status and Vaccination of Children Who Have Received Poliovirus Vaccine Outside the United States* / M. Marin [et al.] // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. – 2017. – Vol. 66, № 01. – P. 23–25.
42. *Plotkin, S. A. Correlates of protection induced by vaccination* / S. A. Plotkin // *Clin. Vaccine Immunol*. – 2010. – Vol. 17, № 7. – P. 1055–1065.
43. *Cohen, A. L. Economic analysis of prevaccination serotesting compared with presumptive immunization for polio, diphtheria, and tetanus in internationally adopted and immigrant infants* / A. L. Cohen, D. Veenstra // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. 117, № 5. – P. 1650–1655.
44. *Immunizations. In: Immigrant, Refugee, and Migrant Health* // CDC. – URL: <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/domestic-guidance/immunizations.html> (date of access: 08.06.2024).
45. *Cost-effectiveness of serotesting compared with universal immunization for varicella in refugee children from six geographic regions* / M. Figueira [et al.] // *J. Travel. Med*. – 2003. – Vol. 10, № 4. – P. 203–207.
46. *Об утверждении Санитарных норм и правил «Санитарно-эпидемиологические требования к транспортировке, хранению и использованию иммунобиологических лекарственных средств, проведению профилактических прививок, выявлению, регистрации и расследованию побочных реакций после профилактических прививок» и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 янв. 2010 г. № 3: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 02 дек. 2013 г.*

- № 114 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21328175p> (дата обращения: 08.06.2024).
47. *Red Book: 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases* / ed. D. W. Kimberlin, R. Banerjee, E. Barnett [et al.] // *American Academy of Pediatrics*. – 33rd ed. – 2024. – 1100 p.
48. *Recommended catch-up immunization schedule for children and adolescents who start late or who are more than 1 month behind* // CDC. – URL: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/catchup.html> (date of access: 08.06.2024).
49. *Prendergast, A. J. Malnutrition and vaccination in developing countries* / A. J. Prendergast // *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* – 2015. – Vol. 370, № 1671. – P. 20140141.
50. *Addendum to technical instructions for vaccinations: polio* // CDC. – URL: <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/panel-physicians/polio-addendum.html> (date of access: 08.06.2024).
51. *WHO SAGE Roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines* // WHO. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Roadmap> (date of access: 18.09.2023).
52. *Extensive swelling after booster doses of acellular pertussis-tetanus-diphtheria vaccines* / M. B. Rennels [et al.] // *Pediatrics*. – 2000. – Vol. 105, № 1. – P. e12.
53. *Об обращении лекарственных средств* : Закон Респ. Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-3: в ред. Закона Респ. Беларусь от 13 мая 2020 г. № 13-3 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12000013> (дата обращения: 08.06.2024).
54. *General best practice guidance for immunization* // CDC. – URL: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/genrec.html> (date of access: 18.09.2023).
55. *Defining the determinants of vaccine uptake and undervaccination in migrant populations in Europe to improve routine and COVID-19 vaccine uptake: a systematic review* / A. F. Crawshaw [et al.] // *Lancet Infect. Dis.* – 2022. – № 9. – P. e254–e266.
56. *Rapid review of COVID-19 vaccination access and acceptance for global refugee, asylum seeker and undocumented migrant populations* / A. A. Nichol [et al.] // *Int. J. Public Health*. – 2022. – № 67. – P. 1605508.
57. *Vaccine hesitancy in the refugee, immigrant, and migrant population in the United States: A systematic review and meta-analysis* / D. Daniels [et al.] // *Hum. Vaccin. Immunother.* – 2022. – Vol. 18, № 6. – P. 2131168.
58. *The challenge of reaching undocumented migrants with COVID-19 vaccination* / S. A. Matlin [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2022. – Vol. 19, № 16. – P. 9973.
59. *Does introducing an immunization package of services for migrant children improve the coverage, service quality and understanding? An evidence from an intervention study among 1548 migrant children in eastern China* / Y. Hu [et al.] // *BMC Public Health*. – 2015. – № 15. – P. 664.
60. *SAGE working group on vaccine hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants* / N. E. MacDonald // *Vaccine*. – 2015. – Vol. 33, № 34. – P. 4161–4164.
61. *Association of moral values with vaccine hesitancy* / A. B. Amin [et al.] // *Nature Human Behaviour*. – 2017. – Vol. 1, № 12. – P. 873–880.
62. *Parent and provider perspectives on immunization: are providers overestimating parental concerns?* / C. M. Healey [et al.] // *Vaccine*. – 2014. – № 32. – P. 579–584.
63. *Halperin, B. Paediatr Child Health* / B. Halperin, R. Melnychuk, J. Downie, N. Macdonald. – 2007. – Vol. 12, № 10. – P. 843–845.
64. *The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits* / D. J. Opel [et al.] // *Pediatrics* 2013. – Vol. 132, № 6. – P. 1037–1046.
65. *В настоящее время в каждом районе столицы открыты пункты вакцинации от COVID-19 вне учреждений здравоохранения* // Комитет по здравоохранению Мингорис-

полкома. – URL: <https://komzdrav-minsk.gov.by/ru/комитет/новости/document-9753.html> (дата обращения: 21.03.2024).

66. Голобородько, Н. В. Доступность вакцинации от COVID-19: мировой опыт и ситуация в Беларуси / Н. В. Голобородько, Е. И. Дунаева // Медицинская антропология и биоэтика. – URL: https://medanthro.ru/?page_id=5953 (дата обращения: 21.03.2024).

67. На базе БОО «Позитивное движение» организован кабинет вакцинации от COVID-19 // Facebook. – URL: https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=pfbid02iV8xNeMPAMYrAtmJ2fBPdgvPscAQ8YLx6Js8SsvUxovGfaRPB8Mg9wZfvCFdKvtAl&id=104228686313642 (дата обращения: 18.09.2023).

68. Репортаж: если человек не спешит вакцинироваться, вакцина сама идет к нему // БЕЛТА. – URL: <https://www.belta.by/regions/view/reportazh-esli-chelovek-ne-speshit-vaktsinirovatsja-vaktsina-sama-idet-k-nemu-460775-2021/> (дата обращения: 18.09.2023).

69. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees / K. Pottie [et al.] // CMAJ. – 2011. – Vol. 183, № 12. – P. E824–925.

70. Barnett, E. D. Immunizations and infectious disease screening for internationally adopted children / E. D. Barnett // *Pediatr. Clin. North. Am.* – 2005. – Vol. 52, № 5. – P. 1287–309.

71. Malaria Guidance. In: Refugee Health Overseas Guidance // CDC. – URL: <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/overseas-guidance/malaria-guidance.htm> (date of access: 08.06.2024).

72. Guidance for overseas presumptive treatment of strongyloidiasis, schistosomiasis, and soil-transmitted helminth infections for refugees resettling to the United States. In: Refugee Health Overseas Guidance // CDC. – URL: <https://www.cdc.gov/immigrant-refugee-health/hcp/overseas-guidance/intestinal-parasite-guidelines.html> (date of access: 08.06.2024).

73. О предоставлении иностранным гражданам и лицам без гражданства статуса беженца, дополнительной защиты, убежища и временной защиты в Республике Беларусь : Закон Респ. Беларусь от 23 июня 2008 г. № 354-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H10800354> (дата обращения: 08.06.2024).

74. Безвизовый въезд в Беларусь для граждан Литвы, Латвии и Польши // Государственный пограничный комитет Республики Беларусь. – URL: <https://gpk.gov.by/pere-sechenie-granitsy/bezvizovyy-vezd-v-belarus-dlya-grazhdan-litvy-i-latvii> (дата обращения: 08.06.2024).

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
Введение	3
Мигранты и оказание им медицинской помощи	4
Определения терминов, связанных с миграцией.....	4
Порядок оказания медицинской помощи мигрантам	6
Мигранты в Беларуси	7
Общие подходы к вакцинации мигрантов.....	8
Причины, чтобы прививать мигрантов	8
Инфекции, от которых нужно защитить мигрантов	10
Алгоритм действий в отношении вакцинации мигрантов	11
Оценка имеющейся поствакцинальной защиты	12
Документы о ранее пройденной вакцинации	12
Сопоставимость вакцин	14
Лабораторное подтверждение наличия иммунитета	15
Догоняющая вакцинация.....	17
Особенности составления индивидуального календаря.....	17
Дополнительные вакцины.....	21
Безопасность повторной вакцинации	22
Противопоказания к вакцинации и состояния, требующие предосторожности.....	23
Возможности повысить охват мигрантов вакцинацией	25
Факторы, влияющие на охват мигрантов вакцинацией.....	25
Консультирование по вопросам вакцинации.....	28
Национальный опыт вакцинации мигрантов в условиях вспышки	31
Национальный опыт низкопорогового доступа к вакцинации	32
Комплексная помощь мигрантам	33
Медицинская помощь мигрантам помимо вакцинации	33
Организации, предоставляющие помощь мигрантам	34
Основные источники информации о здоровье мигрантов и вакцинации	34
Список использованной литературы	36

Учебное издание

Голобородько Николай Владимирович
Ластовка Инна Николаевна

ВАКЦИНАЦИЯ МИГРАНТОВ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Н. В. Микульчик
Редактор А. В. Лесив
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 11.11.25. Формат 60×84/16. Бумага писчая «PROJECTA Special».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,51. Тираж 50 экз. Заказ 795.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

