

Вакцинация и беременность

Н.А. Озерецковский, И.И. Снегирева (Snegiryova@regmed.ru), К.Э. Затолочина

ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России, Москва

Резюме

Проанализированы официальные рекомендации ВОЗ, России и США по показаниям и противопоказаниям к проведению вакцинации у беременных. Приведены результаты клинических исследований по вакцинации беременных и кормящих матерей. Обоснована необходимость максимального охвата вакцинацией женщин детородного возраста до беременности. Рассмотрена возможность вакцинации во время грудного вскармливания. Подчеркивается необходимость разработки документов, регламентирующих вакцинацию женщин во время беременности, а также рекомендаций в помощь врачу по использованию по жизненным показаниям вакцин, применение которых во время беременности не предусмотрено.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, вакцинация беременных, вакцинация кормящих

Vaccination and Pregnancy

N.A. Ozeretskovskiy, I.I. Snegiryova (Snegiryova@regmed.ru), K.E. Zatolochina

Federal State Budgetary Institution «Scientific Centre for Expert Evaluation of Medicinal Products», Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Abstract

Analyzed official WHO and acting in Russia and the United States guidelines to vaccination in pregnancy.

The results of clinical studies on vaccination of pregnant and nursing mothers.

The necessity of the maximum coverage of vaccination of women of childbearing age before pregnancy.

The possibility of vaccination during breastfeeding. Highlights the need for the documents regulating vaccination of women during pregnancy, as well as recommendations to the provider on the use of life-saving vaccines for whose use during pregnancy is not provided.

Key words: vaccination, pregnant women vaccination, vaccination of women of child-bearing age

Говоря об иммунопрофилактике и Календаре профилактических прививок, мы подчас забываем о том, что максимальная реализация последнего обеспечивает здоровье не только настоящего, но и будущего поколения.

Вакцинация преследует следующие цели:

- защиту определенных контингентов, в частности девушек, женщин детородного возраста;
- защиту женщины и ее будущего ребенка от заболевания в периоде беременности;
- защиту новорожденного в первые месяцы жизни.

Успешная реализация этих задач осуществляется путем своевременной и полноценной иммунизации женской половины населения в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Полноценная иммунизация девочек и девушек обеспечивает их защиту от инфекционных заболеваний, а в дальнейшем – защиту и плода, и новорожденного, получившего трансплацентарно антитела от матери. Именно благодаря пассивному иммунитету дети первых месяцев жизни защищены от столбняка новорожденных, коклюша, кори и ряда других инфекций. Этому в определенной степени способствует также передача новорожденному антител с грудным молоком.

Помимо вакцин Национального календаря, которые в основном применяют в детском возрасте, женщинам из групп риска показана иммунизация и другими препаратами. Так, против пневмококковой инфекции следует прививать лиц с болезнями обмена веществ, почек, легких, сердечно-сосудистой системы, получающих иммунодепрессивную терапию.

С учетом роста внутриутробных инфекций и их роли в неонатальной и постнатальной патологии актуальна иммунизация будущих матерей против пневмококковой, цитомегаловирусной и герпетической инфекций с целью создания активного иммунитета у женщины и пассивного – у новорожденного.

Необходимость полноценной иммунизации женщин обусловлена как тяжестью течения большинства инфекционных болезней при беременности, так и неблагоприятным влиянием инфекционного процесса у беременной на развитие плода и новорожденного. Поэтому во время первого же посещения гинеколога при планировании беременности у женщины должен быть уточнен прививочный анамнез, и в случае отсутствия его документального подтверждения она должна быть обследована на наличие антител к вирусам кори, краснухи, ветряной оспы, эпидемического паротита, гепатитов А и В, а также к дифтерийному и столбнячному анатоксинам. Серонегативные женщины до наступления

беременности должны быть привиты соответствующими вакцинами.

Результаты серологических исследований сывороток крови беременных используют также в случае необходимости осуществления постэкспозиционной профилактики препаратами иммуноглобулина человека и для определения вакцин, которыми надлежит прививать после родов (что может быть осуществлено перед выпиской из родильного дома).

Наиболее опасна в период беременности краснуха. Эта инфекция, перенесенная непосредственно перед оплодотворением или в первые 16 недель беременности, может привести к выкидышу, смерти плода и развитию врожденной патологии, известной как синдром врожденной краснухи (СВК). Последний проявляется офтальмологическими (катаракта, микрофтальмия, глаукома, хориоретинит), слуховыми (нейросенсорная глухота), кардиологическими (стеноз легочной артерии, незаращение артериального протока, дефекты межжелудочковой перегородки) и черепно-лицевыми (микроцефалия) нарушениями. В неонатальном периоде могут развиваться менингоэнцефалит, гепатоспленомегалия, гепатит, тромбоцитопения, задержка развития, аутизм, сахарный диабет первого типа, тиреоидит, прогрессирующая энцефалопатия. При эпидемии краснухи в США (1964 – 1965 гг.), когда число заболевших достигло 12,5 млн человек, в стране было зарегистрировано более 20 тыс. случаев СВК, 3580 детей, страдающих слепотой и потерей слуха, 1800 детей с отставанием в умственном развитии [1, 29, 46]. Повсеместное включение в национальные календари прививок против краснухи привело к резкому снижению заболеваемости и как следствие – к снижению частоты развития СВК. Так, в США в 2007 – 2011 годах было зарегистрировано лишь 40 случаев краснухи и два случая СВК [27]. Необходимо отметить, что успешность борьбы с краснухой в США была в основном обусловлена проведением прививок всем неиммунным женщинам детородного возраста при посещении ими учреждений планирования семьи и выписке из любого стационара, в том числе из родильного дома [29].

Для эпидемического процесса краснухи 90-х годов в России характерным был высокий уровень заболеваемости при колебании показателей на 100 тыс. населения от 98,2 (1992 г.) до 399,6 (1999 г.).

С 2006 года в России реализуется Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения в части дополнительной иммунизации населения, что безусловно способствует повышению охвата прививками населения, дальнейшему и существенному снижению заболеваемости. С 2006 по 2010 год в рамках Проекта привито против краснухи свыше 22 млн детей, девушек и женщин до 25 лет [6]. Показатель заболеваемости краснухой в 2010 году составил 1,14 на 100 тыс. населения

[6]. Вместе с тем часть женщин детородного возраста остаются неиммунными. В 2010 году в Москве зарегистрирован случай рождения ребенка с диагнозом «синдром врожденной краснухи», подтвержденным лабораторно. Совершенно очевидно, что снижение заболеваемости краснухой связано прежде всего с высоким уровнем коллективного иммунитета в результате проведения вакцинопрофилактики данной инфекции. Это наглядно видно при проведении анализа заболеваемости взрослого населения – 73,4% заболевших не были привиты, а 19,6% – не имели сведений о вакцинации [6].

Грипп для беременных особенно опасен. Частота развития тяжелых форм инфекции, осложнений и смертность у беременных значительно выше, чем у небеременных [39, 40]. Госпитализируются заболевшие гриппом в третьем триместре беременности в пять раз чаще, чем небеременные [45].

Пандемия гриппа 2009 – 2010 годов показала, что в группе риска по тяжелому течению гриппа с осложнениями помимо лиц с хроническими заболеваниями оказались и практически здоровые люди молодого возраста, лица с избыточным весом и беременные женщины. Поскольку физиологические изменения, происходящие во время беременности, предрасполагают к развитию серьезных осложнений при любой респираторной инфекции, грипп обуславливает высокую частоту отягощенного течения беременности и как следствие – увеличение числа госпитализаций, случаев материнской смертности, формирования эмбриофетопатий плода [10]. Инфицирование вирусом гриппа во время беременности часто является причиной антенатальной гибели плода и новорожденного. Перенесенный во время беременности грипп может привести к преждевременным родам и рождению детей с низкой массой тела. Установлена связь между гриппом у беременных женщин и частотой опухолей мозга или нейроblastом у детей [3]. Всемирная организация здравоохранения относит беременных к группе риска, которым вакцинация против гриппа показана в первую очередь [36].

Летальность при дифтерии у беременных, не получавших специфической серотерапии, достигает 50%, а у одной трети выживших инфекция приводит или к гибели плода, или к преждевременным родам [26].

При ветряной оспе, перенесенной в первой половине беременности, имеется риск развития врожденного синдрома ветряной оспы, а при заболевании, перенесенном накануне родов, – риск развития тяжело протекающей неонатальной ветряной оспы [9].

Вопрос о назначении прививки беременной или кормящей возникает в случае, когда непривитая или привитая по неполной схеме женщина попадает в ситуацию, резко повышающую возможность ее инфицирования и последующего заболевания (прямой контакт с больным, эпидемия, укусы ви-

формным клещом, необходимость посещения эндемичного региона и т.п.).

Врач может также столкнуться с ситуацией, когда женщина, не знающая о своей беременности, оказывается привитой против той или иной инфекции.

По заключению Глобального консультативного комитета по безопасности вакцин (GACVS) ВОЗ [51] и Американского колледжа акушеров и гинекологов [12], в отношении всех инактивированных вакцин отсутствуют данные, свидетельствующие о том, что при их введении беременной существует какая-либо опасность для здоровья женщины и плода. Вместе с тем это положение включено далеко не во все инструкции по применению отечественных и зарубежных препаратов.

В многочисленных исследованиях отечественных [3, 4, 10] и зарубежных авторов [14, 25, 33, 41 – 44, 47, 51] были установлены хорошая эффективность и практически отсутствие побочного действия инактивированных сплит- и субъединичных гриппозных вакцин (сезонных и эпидемических) у беременной и плода, что послужило основанием для рекомендации Минздравсоцразвития России по проведению прививок против гриппа беременным во втором и третьем триместрах беременности в осенне-зимний период [7]. К сожалению, данная рекомендация не включена в инструкции по применению инактивированных гриппозных вакцин, хотя беременность и не отнесена в них к числу противопоказаний.

Заключение о безопасности пандемических гриппозных вакцин для беременной и плода на основании результатов исследований, проведенных в Канаде и США, сформулировано Глобальным консультативным комитетом по безопасности вакцин ВОЗ [51]. Что касается США, то ACIP (Консультативный комитет по иммунизации США) рекомендует осуществлять перед началом эпидсезона гриппа вакцинацию всех беременных независимо от срока гестации, а также женщин, планирующих беременность [19].

Вакцинацию беременных против гриппа не следует осуществлять инактивированной цельновирионной вакциной, а также препаратами, содержащими в качестве консерванта мертиолят, хотя последнее не основывается на каких-либо фактических материалах, а имеет психологический характер в связи с нападками противников вакцинации.

Что касается мертиолята как вспомогательного компонента ряда инактивированных вакцин, то совещание Стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ по иммунизации (Женева, 8 – 10 ноября 2011 г.) подтвердило ранее сделанные заключения экспертов, в том числе Глобального консультативного комитета по безопасности вакцин ВОЗ, о безопасности для здоровья того количества мертиолята, которое используется в вакцинах [49].

Безопасность столбнячного анатоксина для беременных подтверждена результатами Глобальной

программы ВОЗ по вакцинации женщин детородного возраста против столбняка, выполняемой практически всеми странами. Отсутствие негативного влияния препаратов столбнячного анатоксина на течение беременности и развитие плода было установлено и в наблюдениях за несколькими десятками тысяч привитых беременных, проведенных в Венгрии и США [32].

Безопасность и эффективность иммунизации беременных препаратами анатоксинов убедительно показаны результатами повсеместной практики применения адсорбированного стафилококкового анатоксина. Иммунизация, проводимая трехкратно на 32 – 34-й и 36-й неделях беременности, сопровождалась четырехкратным снижением заболеваний стафилококковой этиологии у родильниц и новорожденных [11].

Учитывая тяжелое течение коклюша и высокую летальность при этой инфекции у детей первых месяцев жизни, в 40-х годах прошлого века в США проводили наблюдения за вакцинацией беременных коклюшной вакциной с целью создания у новорожденного пассивного иммунитета. Однако в связи с развитием у привитых сильных местных и общих поствакцинальных реакций данные исследования не получили дальнейшего развития. С 2006 года, после создания значительно менее реактогенной бесклеточной коклюшной вакцины иммунизация против коклюша рекомендована всем ранее не привитым беременным женщинам [24].

В 2008 году ACIP принял рекомендации «Профилактика коклюша, столбняка и дифтерии у беременных и родильниц и их детей» [16, 26]. Этот документ предусматривает применение АДС-анатоксина с уменьшенным содержанием дифтерийного компонента (Td), а также АКДС-вакцины с уменьшенным содержанием бесклеточной коклюшной вакцины и дифтерийного анатоксина (Tdap).

Заключение о возможности иммунизации беременных Tdap-вакциной было сделано на основании результатов ретроспективного анализа материала, полученного от более чем 4500 женщин. Данные свидетельствуют о низкой реактогенности препаратов и отсутствии их повреждающего действия на плод. Утвержденные рекомендации предусматривают следующие варианты вакцинации беременных, ранее не получавших Tdap:

- иммунизация сразу после родов (перед выпиской из родильного дома);
- иммунизация в течение не более чем двух лет после последнего введения Td-вакцины;
- введение Td-вакцины по показанию во время беременности, в частности во втором-третьем триместре, если после последней вакцинации столбнячным анатоксином прошло более 10 лет;
- замена Td-вакцины (по показанию во время беременности) на Tdap-вакцину в раннем послеродовом периоде;
- замена Td-вакцины на Tdap- по показанию во время беременности.

Отечественные инструкции по применению препаратов дифтерийного и столбнячного анатоксинов не относят беременность и период лактации к противопоказаниям к их применению. Что касается коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины для взрослых (Tdap), то такой препарат в РФ не зарегистрирован.

Во всех странах мира беременность не является противопоказанием к проведению постэкспозиционной вакцинопрофилактики бешенства. Более того, рекомендации ACIP предусматривают возможность осуществления и предэкспозиционной вакцинации беременных антирабической вакциной в случае существующей угрозы инфицирования (группа риска) [22].

Что касается применения других инактивированных вакцин, то последним изданием Руководства по вакцинации беременных женщин США [22] полисахаридная и конъюгированная пневмококковая и менингококковая конъюгированная вакцины, а также брюшнотифозная вакцина отнесены к препаратам, в отношении которых не имеется адекватных данных для их применения при беременности. В группу препаратов, не рекомендованных к применению, по понятным причинам отнесена вакцина против вируса папилломы человека. В случае если прививка ею начата до наступления беременности, их завершение заканчивают после родов [22].

Следует указать, что в настоящее время завершается наблюдение более чем за 2 тыс. женщин, привитых во время беременности конъюгированной менингококковой вакциной А в Мали и Буркина-Фасо [8, 53]. И в России, и в США допускается по показаниям осуществлять вакцинацию беременных женщин против гепатита В. Для прививки следует применять препарат, не содержащий мертиолят [5, 35].

Общепринято, что беременность является противопоказанием к применению живых бактериальных и вирусных вакцин, это нашло отражение в инструкциях по применению соответствующих отечественных и зарубежных препаратов [19, 20, 52]. Это противопоказание основано лишь на теоретическом допуске опасности инфицирования плода вакцинными штаммами с последующим развитием патологического процесса [50]. Во многих исследованиях установлено, что у детей, родившихся у серонегативных матерей, случайно привитых во время беременности против краснухи и ветряной оспы, ни в одном случае не были диагностированы СВК, синдром врожденной ветряной оспы или какие-либо другие симптомы, связанные с внутриутробной инфекцией [28, 30, 46, 48].

Наибольший интерес, с нашей точки зрения, представляют данные, полученные при проведении кампании вакцинопрофилактики краснухи в странах Южной Америки (Бразилии, Эквадоре, Парагвае, Коста-Рике, Сальвадоре), во время которой было привито 3264 беременных, восприимчивых к краснухе. В 68 случаях вакцинация привела к

инфицированию плода, подтвержденному серологически, ни у одного из родившихся детей не было выявлено не только симптомов СВК, но и какой-либо другой патологии [34]. Вывод об отсутствии развития СВК у новорожденных, матери которых во время беременности были привиты против этой инфекции, содержится также в Заключении стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ [2].

Тем не менее в последней редакции Руководства по вакцинации беременных женщин США не указано на необходимость проведения перед прививкой теста на беременность, однако рекомендуется предохраняться от беременности в течение 28 дней после прививки вакцинами против кори, эпидемического паротита, ветряной оспы и краснухи. Следует отметить, что эта информация не включена в инструкции по применению вышеперечисленных вакцин, выпускаемых в России. При этом важно учитывать, что случайно проведенная прививка беременным женщинам указанными вакцинами не является показанием к прерыванию беременности [13]. Следствием последних рекомендаций можно признать тот факт, что с 1990 по 2006 год в адрес Системы регистрации побочного действия вакцинации США (VAERS) поступила информация лишь о 80 беременностях, прерванных по желанию случайно привитых женщин [31].

В число противопоказаний к применению отечественной вакцины против желтой лихорадки включена беременность [5], несмотря на отсутствие данных о повреждающем действии прививки на течение беременности и развитие плода. Безопасность прививки была установлена при проведении в 2000 году широкой кампании вакцинации в Бразилии, когда при обследовании 304 детей, матери которых были иммунизированы в течение первых пяти недель беременности, не обнаружили каких-либо нарушений в развитии, за исключением несколько большей частоты образования пигментных родимых пятен [18]. Учитывая тяжесть заболевания, в США допускается вакцинация беременных против желтой лихорадки в случае, когда посещение эндемичной территории является необходимым [22]. Этот же документ рекомендует соблюдение мер контрацепции в течение четырех недель после прививки, в отечественной инструкции данное указание отсутствует.

Обращает на себя внимание тот факт, что в зарубежных инструкциях по применению вакцин не употребляются формулировки, достаточно часто используемые в отечественных инструкциях: «Возможность применения может быть предусмотрена, если потенциальная польза для матери превышает возможный риск для плода», при этом каков этот риск – ни врач, ни будущая мать разъяснений не получают.

В связи с тем что при беременности противопоказано введение живых вирусных вакцин (коровой, паротитной, ветряной оспы, краснушной), экстренную (постэкспозиционную) иммунопрофилактику

этих инфекционных заболеваний у непривитых на всех сроках беременности следует осуществлять препаратами иммуноглобулина человека (нормального, специфического) в соответствии с инструкциями по их применению.

Препараты иммуноглобулина человека могут быть использованы у беременных для экстренной профилактики и лечения других заболеваний, указанных в инструкциях по применению препарата, поскольку беременность не является противопоказанием к их введению [19].

Применение у беременных гетерологичных сывороточных препаратов должно быть сведено к минимуму, поскольку их введение чревато развитием как аллергических реакций немедленного типа вплоть до анафилактического шока, так и сывороточной болезни, представляющих опасность для жизни женщины и плода. Их использование допустимо только по жизненным показаниям при отсутствии гомологичного препарата. В связи с этим можно рекомендовать централизованное хранение дефицитных специфических иммуноглобулинов из сыворотки крови человека (антирабического, противостолбнячного) в нескольких лечебных учреждениях региона с целью экстренного снабжения ими пострадавших беременных и лиц с аллергией к сыворотке крови лошади.

При экстренной профилактике кишечных инфекций могут быть использованы соответствующие бактериофаги, применение которых у беременных не противопоказано.

Отдельно следует остановиться на вопросах иммунопрофилактики у беременных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. Соответствующий документ США [15] предусматривает их вакцинацию против следующих инфекций:

- вирусный гепатит А – неиммунные лица с высоким риском инфицирования; больные хроническими гепатитами В и С, употребляющие наркотики;
- вирусный гепатит В – неиммунные лица;
- грипп (сезонный и пандемический) – ежегодно инактивированными вакцинами, рекомендованными для эпидсезона;
- пневмококковая инфекция – полисахаридными и конъюгированными вакцинами каждые 5 – 7 лет;
- столбнячно-дифтерийная вакцина (Td); в возрасте 19 лет вместо Td рекомендуется использовать столбнячно-дифтерийную и бесклеточную коклюшную вакцину с уменьшенным содержанием антигенов (Tdap) – ревакцинация каждые 10 лет.

Постэкспозиционная пассивная иммунопрофилактика у ВИЧ-инфицированных неиммунных беременных женщин осуществляется для предотвращения целого ряда инфекций:

- корь – иммуноглобулин человека нормальный при контакте больной с клинической симптоматикой ВИЧ с больным;

- гепатит А – иммуноглобулин человека нормальный при тесном контакте с больным;
- ветряная оспа, инфекция герпес зостер – специфический герпес-зостерный иммуноглобулин в первые 96 часов после контакта чувствительного субъекта с больным;
- гепатит В – специфический иммуноглобулин при половом контакте неиммунного субъекта с больным или при контакте с кровью инфицированного.

Что касается вакцинации ВИЧ-инфицированных беременных женщин против желтой лихорадки, то она должна осуществляться только в случае отсутствия признаков тяжелого поражения иммунной системы.

Кормление грудью и вакцинация

Инактивированные и живые вирусные вакцины, введенные кормящим женщинам, не представляют опасности ни для них, ни для детей. Хотя вирусы, входящие в состав живых вакцин, и реплицируются в организме привитой, большинство из них не проникает в молоко. Это было установлено, в частности, для вакцинного штамма вируса ветряной оспы [14]. Вакцинный вирус краснухи экскретируется с молоком, но при этом инфицирует ребенка в исключительно редких случаях, не приводит к появлению клинических симптомов и подтверждается лишь серологическими методами [38]. В случае если инфицирование и происходит, оно переносится без последствий в силу аттенуации вируса [38].

Грудное вскармливание противопоказано только при противооспенной вакцинации из-за возможного риска контактной передачи вируса от матери к ребенку и развития у последнего гетероинокуляционных поражений. Следует отсрочить прививку кормящей против желтой лихорадки [19]. Вместе с тем в случае крайней необходимости прививка может быть сделана.

Все вышеприведенные положения включены в нормативные документы по иммунопрофилактике США, Канады [19, 17]. В инструкциях по применению препаратов, зарегистрированных в РФ, в основном приводятся те же рекомендации по назначению вакцин кормящим матерям. Исключение составляют вакцины против особо опасных инфекций и сыпного тифа, применение которых в период грудного вскармливания противопоказано. В отношении вакцин для профилактики гепатита А единые рекомендации отсутствуют [5].

Антитела, содержащиеся в материнском молоке, не влияют на иммунный ответ ребенка при его последующей вакцинации [26]. Дети, матери которых были привиты в период грудного вскармливания, должны быть впоследствии привиты в соответствии со схемами Календаря прививок [17, 19, 37].

Лица, находящиеся в непосредственном контакте с беременной, могут быть привиты всеми пре-

паратами, за исключением оспенной вакцины в связи с возможностью гетероинокуляции вируса, вероятность которой достаточно высока, поскольку массовая вакцинация не проводилась в течение десятилетий, а также живой полиомиелитной вакцины (в случае, если женщина ранее не была привита против полиомиелита).

Вместе с тем в инструкции по применению вакцины для профилактики ветряной оспы указано, что вакцинированные, у которых выявляются высыпания в течение трех недель после прививки, должны исключить любые контакты с беременными женщинами, особенно с находящимися в первом триместре беременности [5].

В заключение следует отметить, что в Российской Федерации официальные рекомендации по иммунопрофилактике беременных в основном ограни-

чиваются положениями, содержащимися в инструкциях по медицинскому применению вакцин. В США переиздается объемное, регулярно пополняемое Руководство по вакцинации беременных женщин, которое основано на рекомендациях Консультативного комитета по иммунопрофилактике [20 – 24]. Помимо этого, как следует из списка цитируемых источников, вопросы, связанные с иммунопрофилактикой беременных, включаются в официальные документы Департамента здравоохранения США по профилактике того или иного инфекционного заболевания. Данный опыт полезно применять и в нашей стране. Следует также использовать опыт США по организации дополнительного постмаркетингового надзора за применением в первую очередь новых вакцин с целью получения более полной информации об их влиянии на беременных при случайной вакцинации. ■

Литература

1. Вакцины против краснухи // ВОЗ. Еженедельный эпидемиологический бюллетень. 2011. Т. 86. № 29. С. 301 – 316.
2. Вакцины против краснухи // ВОЗ. Еженедельный эпидемиологический бюллетень. 2011. Т. 86. № 21. С. 1 – 15.
3. Афиногенова В.П., Кытько О.В. Грипп и беременность // Лечащий врач. - 2010. № 11. С. 9 – 11. <http://www.lvrach.ru/2010/11/15435073>.
4. Костинов М.П., Черданцев А.П., Сависько А.А. и др. Безопасность и иммуногенность вакцин против гриппа у беременных. – ГУ «НИИВС им. И.И. Мечникова» РАМН, 2011.
5. Медицинские иммунобиологические препараты: Справочник. Т. 1. Вакцины. – М., 2010. – 352 с.
6. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году: Государственный доклад. – М.: – Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2011. – 431 с. http://rospotrebnadzor.ru/c/document_library/get_file?uuid=a19a2822-788f-4690-9eb4-983909954bef&groupId=78791.
7. Рекомендации по организации и проведению вакцинации беременных и родильниц против гриппа А(H1N1). Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации: Информационное письмо от 11.12.2009 г. № 15-4/3108-07 (цит. по правовой системе «Консультант-Плюс», дата обращения – 20.09.2012 г.).
8. Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации, ноябрь 2011 года: выводы и рекомендации // ВОЗ. Еженедельный эпидемиологический бюллетень. 2012. Т. 87. № 1. С. 1 – 16.
9. Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. – М.: Медицина, 2003. – 423 с.
10. Черданцев А.П. Изучение клинической безопасности вакцинации против гриппа у беременных // Медицинский альманах. 2011. № 4 (17). С. 120 – 122.
11. Этиология, эпидемиология, клиника и профилактика стафилококковых инфекций в родовспомогательных учреждениях: Методические рекомендации. Утверждены Ученым советом Иркутского НИИЭМ 20.05.1974 г. Библиотека нормативно-правовых актов СССР. www.libssr.ru.
12. American College of Obstetrics and Gynecology Committee opinion. Immunization during pregnancy // Obstet. Gynecol. 2003. V. 101. № 1. P. 207 – 212.
13. Black S.B., Shinefield H.R., France E.K. et al. Effectiveness of influenza vaccine during pregnancy in preventing hospitalizations and outpatient visits for respiratory illness in pregnant women and their infants // Am. J. Perinatol. 2004. V. 2. P. 333 – 339.
14. Bohlke K., Galil K., Jackson L.A. et al. Postpartum varicella vaccination: is the vaccine virus excreted in breast milk? // Obstet. Gynecol. 2003. V. 102. P. 970 – 977.
15. Care of HIV-Infected Pregnant Women / Guide for HIV/AIDS Clinical Care. Section 4: HIV Treatment. http://aidsetc.org/aidsetc?page=cg-403_pregnant_women.
16. Carrie A. ACIP releases guideline on prevention of pertussis, tetanus, and diphtheria in pregnant women and newborns // Am. Fam. Physician. 2009. V. 79. № 6. P. 513, 514.
17. Canadian Immunization Guide. Seventh Edition. Toronto. 2006. P. 107 – 112.
18. Cavalcanti D.P., Salomao M.A., Lopez-Camelo J. et al. Early exposure to yellow fever vaccine during pregnancy // Tropical Medicine and International Health. 2007. V. 12 (7). P. 833 – 837.
19. CDC. General Recommendations on Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // MMWR. 2011. V. 60 (2). P. 26, 27.
20. CDC. Guidelines for Vaccinating Pregnant Women ACIP: Guidance for Vaccine Recommendations in Pregnant and Breastfeeding Women. – 2012.
21. CDC. Guidelines for Vaccinating Pregnant Women. – Mart 2012. P. 1 – 12.
22. CDC. Guidelines for Vaccinating Pregnant Women. – October 1998 (Updated June 2004). P. 1 – 10.
23. CDC. Guidelines for Vaccinating Pregnant Women. – October 1998 (Updated May 2007). P. 1 – 9.
24. CDC. Guiding principles for development of ACIP recommendations for vaccinating during pregnancy and breastfeeding // MMWR. 2008. V. 57. № 21. P. 580.
25. CDC. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // MMWR. 2010. V. 59 (RR-8). P. 39.
26. CDC. Prevention of pertussis, tetanus, and diphtheria among pregnant and post partum women and their infants. Recommendations of the ACIP // MMWR. 2008. 57 (RR-4). P. 1 – 47.
27. CDC. Reported cases of notifiable diseases – United States, 2003 – 2010. Table // MMWR. 2012. V. 59. № 53. P. 95.
28. CDC. Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine // MMWR. 2001. V. 50. P. 1117.
29. CDC. Rubella Prevention. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) // MMWR. 1990. V. 39 (RR15). P. 1 – 18.
30. CDC. Rubella vaccination during pregnancy – United States, 1971 – 1988 // MMWR. 1989. V. 38. P. 289 – 293.
31. Chang S., Ball R., Braun M.M. Elective termination of pregnancy after vaccination reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS): 1990 – 2006 // Vaccine. 2008. V. 26 (19). P. 2428 – 2432.
32. Czeizel A.E., Rockenbauer M. Tetanus toxoid and congenital abnormalities // Internat. J. Gynecol. Obstet. 1999. V. 64. P. 253 – 258.
33. Deinard A.S., Ogburn P. Jr. A/NJ/8/76 influenza vaccination program: effects on maternal health and pregnancy outcome // Am. J. Obstet. Gynecol. 1981. V. 140. P. 240 – 245.
34. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 18 – 19 June 2008 // Weekly Epidemiological Report. 2008. V. 83 (32). P. 285 – 292.
35. Hepatitis B vaccines // WHO. Weekly Epidemiological Report. 2009. V. 84 (40). P. 405 – 414.
36. Influenza vaccines. WHO position paper // Weekly Epidemiological Report. 2005. V. 80 (33). P. 277 – 288.
37. Kim-Farley R., Brink E., Orenstein W., Bart K. Vaccination and breast feeding // JAMA. 1982. V. 248. P. 2451, 2452.
38. Krogh V., Duffy L.C., Wong D. et al. Postpartum immunization with rubella virus vaccine and antibody response in breast-feeding infants // J. Lab. Clin. Med. 1989. V. 113. P. 695 – 709.

39. Lindsay L., Jackson L.A., Savitz D.A. et al. Community influenza activity and risk of acute influenza like illness episodes among healthy unvaccinated pregnant and post-partum women // Am. J. Epidemiol. 2006. V. 163. P. 838 – 848.
 40. Louie J.K., Acosta M., Jamieson D.J. et al. California Pandemic (H1N1) Working Group. Severe 2009 H1N1 influenza in pregnant and postpartum women in California // N. Engl. J. Med. 2010. V. 362. P. 27 – 35.
 41. Munoz F.M. Immunization and pregnancy / The Jordan Report 2012. Accelerated Development of Vaccines. P. 27 – 32.
 42. Munoz F.M., Englund J.A. Vaccines in pregnancy // Infect. Dis. Clin. North. Am. 2001. V. 15. P. 253 – 271.
 43. Munoz F.M., Greisinger A.J., Wehman O.A. et al. Safety of influenza vaccination during pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. 2005. V. 192. P. 1098 – 1106.
 44. Murray D.L., Imagawa D.T., Okada D.M., St. Geme J. Jr. Antibody response to monovalent A/New Jersey/8/76 influenza vaccine in pregnant women // J. Clin. Microbiol. 1979. V. 10. P. 184 – 187.
 45. Neuzil K.M., Reed G.W., Mitchel E.F. et al. Impact of influenza on acute cardiopulmonary hospitalizations in pregnant women // Am. J. Epidemiol. 1998. V. 148 (11). P. 1094, 1102.
 46. Plotkin S. Vaccines. 5th Edition. Saunders. – Philadelphia: – 2008. P. 773 – 803.
 47. Pool V., Iskander J. Safety of influenza vaccination during pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. 2006. V. 194. – 1200 p.
 48. Resource mobilization and partnerships for achieving the regional goal of rubella and CRS elimination // Pan American Health Organization Immunization Newsletter. 2007. V. 29 (3). P. 1 – 6.
 49. Safety of thiomersal-containing vaccines // WHO. Weekly Epidemiological Report. 2002. V. 77. № 47. P. 390.
 50. The Red Book 1997. Report of the Committee on Infections Diseases 24th Edition. P. 49, 50.
 51. Vaccine safety in pregnancy and lactation // WHO. Weekly Epidemiological Report. 2012. V. 87 (6). P. 2, 56, 57.
 52. Vaccines for pregnant women // National Network for Immunization Information. – 2009. P. 2.
 53. Yellow fever vaccine and HIV infection // WHO. Weekly Epidemiological Report. 2011. V. 86. № 5. P. 37 – 44.

ИНФОРМАЦИЯ CDC

Охват вакцинацией против гриппа беременных женщин в эпидсезон 2011 – 2012 годов в США

Беременные женщины и новорожденные входят в группу повышенного риска по гриппу и связанным с ним осложнениям, приводящим к госпитализации и летальным исходам.

Консультативный комитет по иммунизации США (ACIP) и Профессиональная ассоциация американских акушеров и гинекологов (Американский колледж акушеров и гинекологов – ACOG) рекомендовали вакцинацию против гриппа всем беременным (независимо от триместра беременности) или планирующим беременность во время сезона гриппа.

Чтобы оценить охват вакцинацией беременных женщин в эпидсезон гриппа (октябрь 2011 – январь 2012 г.), в CDC проанализировали данные анкетирования беременных женщин, проведенного на интернет-сайте опросов (Internet panel survey) с 3 по 17 апреля 2012 года. Из 1660 респонденток 46,5% были при-

виты: 9,9% – до беременности, 36,5% – во время беременности, менее 1% – после беременности. Причем 43,7% женщин получили информацию о необходимости прививки против гриппа, и им была предложена вакцинация. Среди этих женщин отмечен значительно более высокий уровень охвата прививками (73,6%), чем среди женщин, которым вакцинация была только рекомендована, но не предложена (47,9%), и женщин, не имевших ни информации, ни предложений сделать прививку (11,1%).

ACIP и ACOG считают необходимым продолжать усилия, направленные на поощрение медицинских работников, в плановом порядке, не только рекомендовать, но и предлагать вакцинацию против гриппа беременным или планирующим беременность женщинам.

Источник: MMWR. 2012. V. 61 (38). P. 758 – 763.

Охват прививками против гриппа медицинского персонала в США (по месяцам эпидсезонов гриппа 2010 – 2011 и 2011 – 2012 гг.)

