

## **Краткое изложение документа по позиции ВОЗ в отношении вакцин против коклюша, 1 октября 2010 г.**

Этот документ по позиции заменяет соответствующий документ, опубликованный в Еженедельном эпидемиологическом бюллетене в январе 2005 г., и включает последние новые данные и современные рекомендации ВОЗ в области иммунизации против коклюша. Документ также включает основные ссылки и пути выхода на более полный список библиографии, а также пути выхода на классификационные таблицы по оценке качества научных данных, используемых для подготовки основных выводов.

*Bordetella pertussis* вызывает около 16 миллионов случаев коклюша и около 195 000 случаев смерти ежегодно, в основном, среди детей младенческого возраста в развивающихся странах. Широкомасштабная вакцинация, проводимая в 50-60-е годы, снизила заболеваемость коклюшем в промышленно развитых странах более чем на 90%. В мире около 82% всех младенцев получает первичную серию прививок из 3-х доз вакцины против коклюша, что предотвратило, по расчетам, около 687 000 случаев смерти в 2008 г.

Имеется два типа вакцин против коклюша: цельноклеточные (цК) вакцины, в основе которых убитые бактерии *B.pertussis* и бесклеточные (бК) вакцины, в основе которых 1-5 высокоочищенных отобранных компонентов этого возбудителя. Вакцины цК и бК обычно предлагаются в виде фиксированной комбинации с дифтерийным и столбнячным анатоксинами (АцКДС/АбКДС), а некоторые комбинации включают дополнительные вакцины (полиомиелитная, против гепатита В и против гемофильной b инфекции).

После первичной серии прививок лучшие вакцины цК и бК демонстрируют идентичные действенность и эффективность (80-90%) против тяжелого коклюша. Местная и системная реактогенность более часто ассоциируется с вакцинами, содержащими цК, но обе цК и бК вакцины имеют прекрасную характеристику, связанную с безопасностью в отношении серьезных побочных проявлений, включая неврологические нарушения.

Основной целью вакцинации против коклюша является снижение риска возникновения тяжелого коклюша в течение младенчества благодаря 90% охвату в мире 3 дозами высококачественной цК или бК вакцины. Все младенцы, включая ВИЧ-позитивных, должны быть иммунизированы.

ВОЗ рекомендует введение первой дозы в возрасте 6 недель, а последующее введение доз с интервалом 4-8 недель, т.е. в возрасте 10-14 и 14-18 недель. Последняя доза первичной серии прививок должна вводиться до 6-месячного возраста. Неонатальная иммунизация против коклюша в настоящее время ВОЗ не рекомендует.

Бустерная доза вакцины рекомендуется детям в возрасте 1-6 лет, предпочтительно в течение второго года жизни. Ожидается, что бустерная доза обеспечивает защиту от коклюша, по крайней мере, в течение 6 лет.

Вакцины, содержащие бК, продолжают быть значительно дороже вакцин, содержащих цК, и поэтому содержащие бК вакцины вряд ли в настоящее время приемлемы для применения в большинстве развивающихся стран. В странах, где более высокая нетяжелая реактогенность в связи с применением цК вакцины является препятствием для достижения высокого охвата прививками, бК должна заменить цК вакцину в рамках национальной программы иммунизации детей. Взаимозаменяемость между вакцинами цК и бК и внутри этих групп, вероятно, не оказывает влияния на безопасность и иммуногенность.

В настоящее время нет достаточных данных, чтобы поддержать идею введения дополнительных бустерных доз в подростковом возрасте и взрослым, а также вакцинацию беременных женщин и тесные контакты в домохозяйстве для достижения первичной цели снижения заболеваемости тяжелым коклюшем среди младенцев. Однако в странах, где существует нозокомиальная передача инфекции, рекомендуется проведение вакцинации против коклюша медицинского персонала, особенно родильного и педиатрического отделений, если это возможно экономически и в плане материально-технического обеспечения.

ВОЗ рекомендует тщательный эпиднадзор за коклюшем и выборочные обследования для сравнения заболеваемости по возрастам в странах с разной политикой в отношении бустерной вакцинации.