

Маракушев А.В.



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-98

29 МАР 2016 № 15-4/10/2-1893

На № _____ от _____



Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет информационное письмо «Ведение беременных с подозрением на инфицирование вирусом Зика» для использования в работе лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и детям.

[Handwritten signature]

Т.В. Яковлева

Терехова Ю.Е.
627-25-67, 627-24-00 доб.1544



ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Ведение беременных с подозрением на инфицирование вирусом Зика

Информационное письмо подготовлено директором Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России – Е.Н. Байбариной; заместителем директора по научной работе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главным внештатным специалистом по акушерству и гинекологии Минздрава России, академиком РАН – Л.В. Адамян; заместителем директора по научно-клинической работе ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, академиком РАН – В.В. Малеевым; профессором кафедры репродуктивной медицины и хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стома­тологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России – Кузьминым В.Н.; директором Научно - исследовательского института детских инфекций ФМБА России, главным внештатным специалистом Минздрава России по инфекционным болезням у детей – Лобзинным Ю.В.

Вводная информация

Вирус Зика относится к семейству Flaviviridae, роду Flavivirus. К этому же роду относятся циркулирующие в Российской Федерации вирус клещевого энцефалита, Западного Нила, омской геморрагической лихорадки, вирус Повассан, а также широко распространенные в странах тропического климата вирус денге и желтой лихорадки. Существует две генетические линии вируса: африканская и азиатская. Вспышки в 2015-2016 годах вызваны азиатской популяцией вируса. Вирус Зика был открыт в 1947 году, но на протяжении многих лет выявлялись только отдельные случаи заболевания людей в Африке и Южной Азии. В 2007 году в Западной части Тихого океана произошла первая документально зарегистрированная вспышка болезни, вызванной вирусом Зика. С 2013 года вспышки и случаи заболевания регистрируются в Западной части Тихого океана, Америке и Африке. С учетом того факта, что в результате урбанизации и глобализации потенциально возможны крупные эпидемии болезни, вызванной вирусом Зика.

Эпидемиологическая ситуация в мире.

Распространение лихорадки Зика отмечается как на территориях Южноамериканского и Азиатско-тихоокеанского регионов, так и за пределами.

Случаи инфицирования зарегистрированы в 35 странах мира Североамериканского, Южноамериканского и Азиатско-тихоокеанского региона: Барбадос, Боливия, Бразилия, Кабо-Верде, Колумбия, Эквадор, Сальвадор, Фиджи, Французская Гвиана, Гваделупа, Гватемала, Гайана, Гаити, Гондурас, Мальдивы, Мартиника, Мексика, Новая Каледония, Панама, Парагвай, Пуэрто-Рико, Виргинские о-ва (США), Сен-Мартен, Самоа, Соломоновы острова, Суринам, Таиланд, Венесуэла, Никарагуа, Американская Самоа, Тонга, Коста-Рика, Сант-Мартин, о. Кюрасао, Ямайка.

В CDC поступила информация о 52 лабораторно подтвержденных случаях лихорадки Зика на территории США у лиц, которые недавно побывали в странах, где протекает эпидемия. Случаев, когда заражение произошло на материковой части США, не зафиксировано. О девяти случаях местного заражения и одном случае, связанным с путешествием, сообщено с территорий США (Пуэрто-Рико и Виргинские острова).

Более 60-ти завозных случаев лихорадки Зика зафиксированы в 14 странах Европейского региона (Австрия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Ирландия, Италия, Мальта, Нидерланды, Португалия, Испания, Швеция, Словения и Великобритания).

Одной из наиболее неблагоприятных стран остается Бразилия, где по разным данным могло быть инфицировано от 350 тыс до 1,5 млн жителей. По состоянию на 30 января 2016 года в Бразилии зарегистрировано 4 783 возможных случая микроцефалии, среди них 1 132 (24%) изучены и классифицированы. Из этих случаев 404 (36%) подтверждены как случаи микроцефалии и/или поражения ЦНС, а 17 из них этиологически связаны с вирусом Зика. Из 76 случаев летальных исходов, возможно связанных с поражением ЦНС, в 15 случаях подтверждена микроцефалия, а в пяти из 15 случаев в тканях органов обнаружен вирус Зика. В основном микроцефалия регистрируется в северо-восточных штатах страны. В штате Пернамбуку микроцефалия наблюдается у 1-2% новорожденных.

Заражение вирусом Зика происходит при укусах инфицированными комарами *Aedes* – тем же типом комаров, который распространяет лихорадку Денге, Чикунгунью и желтую лихорадку.

С учетом того факта, что в результате урбанизации и глобализации становится все больше мест, подходящих для жизни и размножения комаров, потенциально возможны крупные эпидемии болезни, вызванной вирусом Зика.

Пути заражения:

- трансмиссивный при укусе комара (предполагается, что концентрация вируса в крови больного человека достаточна для заражения комара, размножения в нем вируса и последующей передачи при кровососании);
- половой (возможна передача как в инкубационном периоде, так и через несколько недель после выздоровления);
- вертикальный;
- при переливании крови;
- вирус обнаруживается в грудном молоке (однако не зафиксирована передача при грудном вскармливании).

Диагностика

Лабораторная диагностика лихорадки Зика основывается на выявлении РНК вируса в биологических жидкостях и обнаружении сероконверсии специфических антител в сыворотке крови. Изоляция вируса также может осуществляться с целью диагностики заболевания, но проводится только в учреждениях, лицензированных на работу с микроорганизмами II группы биологической опасности.

Обнаружение РНК вируса Зика методом ОТ-ПЦР с детекцией в режиме реального времени считается на сегодняшний день основным методом диагностики лихорадки Зика в первую неделю заболевания.

Обнаружение вируса обнаруживается в следующих биологических жидкостях больных лихорадкой Зика:

- плазме и сыворотке крови (в первую неделю заболевания);
- слюне (первая неделя заболевания);
- моче (с 3-5-го дня заболевания до 10-15-го дня болезни);
- сперме (обнаруживается, возможно, в инкубационном периоде и позднее двух недель после выздоровления);
- грудном молоке.

В случае трансплацентарной передачи вируса от инфицированной матери плоду РНК вируса может быть обнаружена в амниотической жидкости (амниоцентез не проводится ранее 14-й недели гестации).

После рождения живого ребенка исследуется плацента, сыворотка пуповинной крови и сыворотка ребенка на наличие РНК вируса Зика. В случае гибели плода во время беременности или родов исследуются ткани плаценты, пуповины и ткани внутренних органов плода на наличие РНК вируса Зика.

Клиника

Инкубационный период колеблется от 3-12 дней.

У 74-81% инфицированных вирусом Зика заболевание протекает бессимптомно.

Обычно вирус Зика вызывает легкое заболевание с симптомами, появляющимися через несколько дней после укуса инфицированным комаром.

Клинические проявления лихорадки Зика – характерная макулопапулезная сыпь, возникающая на лице и туловище, а затем распространяющаяся на другие части тела, конъюнктивит, головная боль, боли в суставах и спине, возможны также ощущение усталости, субфебрильная температура, озноб. Возможны неврологические осложнения: энцефалит, менингит, неврит зрительного нерва, менингоэнцефалит, полинейропатия Гийена-Барре.

В целом симптомы лихорадки Зика похожи на симптомы другой африканской тропической вирусной болезни – лихорадки Денге, но они значительно мягче. Заболевание длится около недели.

Меры предосторожности:

- ✓ Не рекомендуется выезд в страны, охваченные эпидемией, беременным женщинам, а также планирующим беременность в ближайшие месяцы
- ✓ При планировании отдыха в странах тропического и субтропического климата важно заблаговременно уточнить в территориальных органах Роспотребнадзора и у туроператоров сведения об эпидемиологической ситуации в стране планируемого пребывания, выбрать для отдыха за рубежом страны, благополучные в эпидемиологическом отношении.
- ✓ При нахождении в упомянутых странах рекомендуется носить одежду, максимально прикрывающую тело, использовать репелленты (важно обращать внимание на инструкции в части разрешения для применения у беременных и детей). Нанулучшей защитой от вируса Зика является предупреждение укусов комаров.
- ✓ Мужчинам, вернувшимся из стран, охваченных эпидемией, рекомендуется в течение двух недель после возвращения использовать барьерные методы контрацепции. Вирус Зика сохраняется в течение более чем 2-х недель в семенной жидкости после выздоровления.

- ✓ При появлении таких симптомов, как жар, высыпания на коже, боли в области глаз, мышечные боли следует незамедлительно обратиться к врачу
- ✓ Проводить инструктаж о мерах личной профилактики, симптомах лихорадки Зика и необходимости незамедлительного обращения за медицинской помощью при появлении симптомов инфекционного заболевания и мерах профилактики.

Выявление групп риска:

- ✓ При сборе анамнеза у беременных необходимо обращать внимание женщины и членов ее семьи на поездки в страны с эпидемиологическим неблагополучием;
- ✓ Выявлять наличие в анамнезе заболеваний, протекавших с лихорадкой и сыпью.

Дифференциальный диагноз:

Лихорадку, вызванную вирусом Зика надо дифференцировать с другими арбовирусными лихорадками, которые наиболее распространены в подобном ареале тропиков и субтропиков лихорадки Денге и Чикунгунья, с лихорадкой Паппатачи, вызываемой вирусами из группы *Fluviridae*, а также с любыми лихорадками неясного генеза у прибывающих из эндемичных территорий. Трудности своевременной диагностики лихорадки Зика обусловлены отсутствием характерных патогномоничных симптомов, запаздыванием с разработкой экспресс-методов лабораторной диагностики и отсутствием до настоящего времени рекомендованного определения случая. В этих условиях значительную помощь может оказать умение выявить наводящие факторы эпидемиологического анамнеза: пребывание в ареале распространения лихорадки Зика (страны Южной и Центральной Америки, Полинезии, Африки, Юговосточной Азии), в местах с обилием комаров, без использования средств защиты и профилактики комаринных укусов, наличие в окружении больных, имеющих лихорадочные проявления.

Поскольку лихорадка Зика почти в 80% случаев протекает субклинически, имеет принципиальное значение выявление в анамнезе начальных признаков лихорадки, которым большой не придаёт значение: познабливание, чувство разбитости, немотивированная усталость, недомогание, мышечные и суставные боли. В случаях манифестных проявлений, в отличие от наиболее распространённой лихорадки Денге,

У больных отсутствует симптоматика предрасположенности к геморрагиям в виде отрицательных симптомов щипка, жгута, менее выражена инъекция склер и конъюнктив, среди элементов сыпи не определяются микрогеморрагии, вследствие меньшей генерализации практически не нарушается гемодинамика, реже регистрируется диарея. При лабораторном обследовании у больных лихорадкой Зика, в отличие от лихорадки Денге, отсутствуют цитолитические нарушения функции печени в виде повышения уровня трансаминаз, лактатдегидрогеназы, гаммаглутамилтранспептидазы, в периферической крови менее выражена лейкопения, возможно незначительное снижение числа тромбоцитов, не регистрируются нарушения гемостаза.

При лихорадке Чикунгунья больных в большей степени беспокоят суставные и мышечные боли, наблюдается нарушение походки, депрессия, нарушения со стороны периферической нервной системы, лимфоаденопатия. Лихорадка Паппатачи чаще встречается в странах Средиземноморья, Ближнего и Среднего Востока, в ряде районов Индии и Китая и патогномичным для диагноза является своеобразная инъекция сосудов склер в виде симптомов Туассига, Пика, светобоязнь. Дифференциация лихорадки Зика от лихорадок другой этиологии представляет известные трудности и должна проводиться на основе повышенного внимания к эпидемиологическому анамнезу и применения комплекса клинических и лабораторных исследований.

Лечение лихорадки Зика

В настоящее время специфического лечения болезни или вакцин против нее не существует.

Симптомы болезни, вызванной вирусом Зика, можно лечить с помощью болеутоляющих, жаропонижающих лекарств, дезинтоксикационных растворов. Для беременных женщин с признаками заболевания рекомендовано раннее назначение терапии. Врачам-клиницистам не следует ожидать результаты анализов лабораторного исследования для начала терапии, поскольку медицинские препараты действуют наиболее эффективно, если их применение начато в максимально короткий срок после появления первых признаков заболевания. Также важно соблюдение противозидемического и санитарно-гигиенического режима.

Ведение беременных с лихорадкой Зика

Беременность является отягчающим фактом с точки зрения повышения риска возникновения осложнений у матери и плода. Госпитализация показана всем беременным с синдромом интоксикации (лихорадка) и инфицированных вирусом Зика.

Ведение таких больных проводится врачом-инфекционистом и акушер-гинекологом.

Следует обращать внимание на необходимость медикаментозного снижения высокой температуры, так как гипертермия сама по себе оказывает неблагоприятное влияние на плод. **Не рекомендуется использование ацетилсалициловой кислоты.**

Наибольшую тревогу в отношении лихорадки Зика вызывает возможная связь заболевания с резко возросшим числом случаев микроцефалии новорожденных. Значительное увеличение внутриутробных аномалий развития (микроцефалия и фетальные неврологические дефекты) приводят к умственной задержке, необратимым расстройствам развития плода, задержке внутриутробного развития и антенатальной гибели плода.

Все беременные женщины, вернувшиеся из районов, где регистрируется лихорадка Зика, должны быть обследованы независимо от наличия или отсутствия клинических симптомов болезни.

Госпитализация показана всем беременным с симптомами заболевания, особенно лихорадки, и с клиникой, не исключающей лихорадку Зика в течение двух недель после поездки.

Лихорадка у беременных должна быть купирована, поскольку является риском, ставящим под угрозу развития ребенка. Высокая температура у матери во время беременности и родов является фактором риска в плане неблагоприятных неонатальных последствий для развития ребенка, включая судороги у новорожденного, энцефалопатию, церебральный паралич и смерть новорожденного.

Беременные с лихорадкой, у которых выявляются признаки угрозы для жизни, должны помещаться в блок интенсивной терапии, персонал которого должен быть специально подготовлен к оказанию квалифицированной помощи.

Пациентка остается заразной в течение всего периода вирусемии.

Меры предосторожности: использовать барьерные методы контрацепции, воздержаться от кормления новорожденного грудью (во время заболевания), соблюдать санитарно-гигиенические правила.

Особенности ведения беременных, перенесших лихорадку Зика

✓ С целью дальнейшего алгоритма действий по диагностике, лечению, ведению беременности, родов и новорожденного необходимо выделить группу повышенного риска.

✓ Рекомендуется проведение ультразвукового динамического исследования для выявления размеров головы плода, кальцификатов головного мозга, изменений в плаценте, количества и качества околоплодных вод.

✓ При выявлении признаков микроцефалии у плода, кальцификатов в головном мозге и плаценте показано проведение амниоцентеза для выявления вируса Зика. Амниоцентез должен быть предложен беременным, находящимся в эндемичной зоне при наличии клинических симптомов и положительных лабораторных тестов на эту инфекцию. Амниоцентез рекомендуется для проведения ПЦР диагностики в амниотической жидкости после 14 – 15 недель беременности, что уменьшает риск развития осложнений у плода. (Тестирование амниотической жидкости на наличие РНК вируса Зика).

✓ При выявлении микроцефалии у плода или других серьезных осложнений у женщин, перенесших лихорадку Зика, по желанию женщины возможно проведение прерывания беременности по медицинским показаниям.

При заболевании в начале 1-го триместра беременности, особенно в случаях средних и тяжелых вариантов течения, целесообразно провести комплексное обследование беременной и плода.

Прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с большим числом осложнений: угнетение основного заболевания и вызванных им осложнений, развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности, возникновение акушерских кровотечений, интранатальная гибель плода, послеродовые гнойно-септические осложнения.

В случае развития спонтанной родовой деятельности на фоне лихорадки, родоразрешение предпочтительно произвести через естественные родовые пути под мониторингом контролем состояния матери и плода. Проводить тщательное обезболивание, детоксикационную, антибактериальную терапию, респираторную поддержку, вводить препараты, улучшающие функции фетоплацентарного комплекса. Во втором периоде родов для профилактики развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности ограничить потуги путем проведения пудендальной анестезии и/или эпидуральной, при необходимости применить вакуум-экстракцию или акушерские щипцы. В случае оперативного родоразрешения в качестве анестезиологического пособия следует считать предпочтительными методы спинномозговой анестезии. Всем пациенткам, независимо от срока беременности, показана профилактика кровотечений. В послеродовом (постабортном) периоде – назначить утеротоники и продолжить лечение лихорадки.

Во всех случаях вопрос о времени и методе родоразрешения решается индивидуально консилиумом врачей.

Особенности наблюдения за ребенком, родившимся у женщины, перенесшей лихорадку Зика.

Обследование новорожденных с возможно внутриутробным инфицированием вирусом Зика рекомендуется:

1) детям с микроцефалией и внутричерепными кальцификатами, рожденным от матерей, которые во время беременности были на эндемичной по лихорадке Зика территории;

2) детям, рожденным от матерей с положительным результатом исследования на наличие инфицирования вирусом Зика.

Наиболее выявляемые симптомы перинатально или сразу после рождения — микроцефалия или внутричерепные кальцификаты.

Необходима консультация педиатра, невролога, офтальмолога, инфекциониста. При обследовании важно уделять внимание измерению динамики роста головы и состоянию зрительного нерва.

Необходимо провести исследование на выявление вируса Зика в сыворотке крови ребенка, пуповинной крови, плаценте. Положительный или сомнительный результат исследования требует дальнейшего наблюдения за развитием зрения, слуха, навыков у ребенка в течение первого года жизни. Рекомендуется ежемесячный УЗИ-контроль, а также клинико-инструментальное обследование нервной системы.

Меры предосторожности при уходе за новорожденным, родившимся у женщины, перенесшей лихорадку Зика.

Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима.

Грудное вскармливание разрешается после выздоровления матери.

БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ЗИКА У ДЕТЕЙ

Клиника. Инкубационный период болезни точно не известен и в среднем составляет несколько суток.

Лихорадка Зика характеризуется относительно легким течением, часто отмечается сублингвическое и бессимптомное течение.

Симптомы заболевания: повышенная температура тела, сыпь на коже, конъюнктивит, боль в мышцах и суставах, недомогание и головная боль. Эти симптомы обычно слабо выражены и сохраняются в течение 2–7 дней.

Возможно развитие синдрома Гийена-Барре.

Диагностика

Для лабораторной верификации лихорадки Зика используются серологические методы — РСК, РГА, РНИФ, ИФА. Эпидемиологическая диагностика лихорадки Зика методом ПЦР с определением РНК вируса Зика в крови осуществляется преимущественно в острый период заболевания или не позднее 5 дней после него.

Лечение

Заболевание не требует специфического лечения. Для уменьшения явлений общей инфекционной интоксикации используются лекарственные препараты симптоматического действия.

Прогноз

В большинстве случаев заболевание, включая инкубационный период, протекает в пределах 14 суток после инфицирования. Продолжительность болезни не зависит от лечения. Чаще всего никаких осложнений не возникает и заболевание проходит практически бесследно с полным выздоровлением.

Профилактика:

Сокращение численности комаров путем устранения условий для их вышлота, снижение вероятности контакта людей с комарами (репелленты, спец. одежда, физические барьеры - сетки, закрытые двери и окна, противомоскитный полог для сна).

В настоящее время специфической профилактики болезни Зика не существует.