

# Ведение беременности в контексте вируса Зика

Временное руководство

2 марта 2016 г.

WHO/ZIKV/MOS/16.2



## 1. Введение

### 1.1 Справочная информация

Вирус Зика представляет собой флавивирус, переносимый главным образом инфицированными комарами рода *Aedes*. Эти переносчики, которые передают также вирусы лихорадки денге и чикунгуньи, распространены в тропических и субтропических областях Африки, Америки, Азии и Тихоокеанского региона. Хотя вирус Зика был впервые обнаружен у человека в 1952 г., до 2015 г. было задокументировано очень мало вспышек. У человека эта инфекция нередко протекает бессимптомно, а симптомы, как правило, проявляются в легкой форме и проходят самостоятельно. В то время как обычные особенности протекания этой инфекции у человека не изменились, из-за недавно выявленной возможной связи между вирусной инфекцией Зика и потенциальной врожденной микроцефалией, а также синдромом Гийена-Барре в ряде затронутых областей<sup>1</sup> этот вопрос получил статус чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.<sup>1-3</sup>

### 1.2 Логическое обоснование и цели

Комары-переносчики вируса Зика в большом количестве обитают в областях с теплым климатом и особенно в районах, отличающихся тяжелыми жизненными условиями. Беременные женщины, живущие в таких районах или совершающие поездки в них, подвергаются такому же риску заражения вирусами, которые распространяют эти переносчики, как и остальное население. Заражение матери вирусом Зика может пройти незамеченным, так как у некоторых людей симптомы не проявляются. И хотя во время беременности вирусная инфекция Зика, как правило, протекает в легкой форме, необычный рост числа случаев врожденной микроцефалии, синдрома Гийена-Барре и других неврологических осложнений в районах, где наблюдаются вспышки,<sup>1,2</sup> вызывает значительную обеспокоенность у беременных женщин и их семей, а также у провайдеров медико-санитарного обслуживания и лиц, ответственных за разработку политики.<sup>4</sup>

Хотя вопрос о связи вирусной инфекции Зика с микроцефалией у плода еще находится в стадии изучения,<sup>5</sup> передача вируса от матери ребенку во время беременности уже задокументирована.<sup>6-8</sup> Тот факт, что вирус был в лабораторных условиях выделен из неврологических тканей младенцев с микроцефалией, укрепил подозрения о существовании причинно-

следственной связи.<sup>8</sup> Кроме того, неясно, способствует ли вирусная инфекция Зика самопроизвольным абортam и мертворождению, однако РНК вируса Зика была обнаружена в продуктах зачатия после выкидышей, произошедших у инфицированных женщин.

Цель настоящего документа состоит в предоставлении временного руководства в отношении мероприятий, направленных на сокращение риска, связанного с заражением беременных женщин вирусом Зика, и на ведение потенциальных осложнений во время беременности. Это руководство основано на наиболее надежных доступных фактических данных, полученных в результате исследований, и охватывает вопросы, отнесенные к приоритетным международной междисциплинарной группой специалистов в области здравоохранения и представителей других заинтересованных сторон. В частности, здесь представлено руководство по профилактике инфицирования вирусом Зика; оказанию дородовой помощи и ведению инфицированных пациенток; а также медико-санитарной помощи во время беременности всем беременным женщинам, живущим в затронутых районах, в целях оптимизации результатов, касающихся здоровья матерей и новорожденных. Настоящее руководство призвано предоставить информацию для разработки национальных и местных клинических протоколов и мер политики в области здравоохранения, касающихся помощи во время беременности в контексте распространения вируса Зика. Оно не претендует на предоставление всеобъемлющего практического руководства по профилактике инфицирования вирусом Зика и ведению случаев заболевания.

### 1.3 Сфера охвата руководства

Настоящее руководство касается всех беременных женщин, проживающих в районах, где наблюдается передача вируса Зика, и особенно беременных женщин, в отношении которых существуют подозрения, что они подвергаются риску, или у которых была диагностирована вирусная инфекция Зика. Оно не распространяется ни на небеременных женщин, ни на ведение новорожденных и последующее наблюдение за ними.

### 1.4 Целевая аудитория

Настоящее руководство в первую очередь предназначено для специалистов в области здравоохранения, непосредственно оказывающих

помощь беременным женщинам, включая акушеров-гинекологов, врачей общего профиля, акушерок и медицинских сестер. Кроме того, руководство может использоваться лицами, ответственными за разработку национальных и местных протоколов и мер политики в области здравоохранения, а также руководителями программ охраны здоровья матерей и детей, особенно в регионах, где наблюдается необычное увеличение числа неблагоприятных исходов беременности и неблагоприятных результатов у новорожденных, которое, по подозрениям, может быть связано с инфицированием вирусом Зика.

## 2. Практические рекомендации

### 2.1 Профилактические меры

Меры профилактики заражения у беременных женщин не отличаются от мер, рекомендованных для населения в целом. Тем не менее, при любой возможности необходимо привлекать внимание беременных женщин к важности профилактических мер. Специалисты в области здравоохранения должны содействовать соблюдению описанных ниже мер предосторожности беременными женщинами и их семьями, а также общинами.

**Борьба с переносчиками:** В целях сокращения популяции переносчика необходимо принимать меры воздействия на окружающую среду. Поскольку борьба с комарами представляет собой единственную меру, которая способна успешно прекратить передачу таких вирусов, как Зика, денге и чикунгунья, необходимо сделать все возможное для выявления и ликвидации мест потенциального размножения комаров в жилых домах и рабочих помещениях.<sup>a</sup>

**Меры индивидуальной защиты:** Населению в целом и беременным женщинам в частности рекомендуется принимать следующие меры:

- защита кожи от контакта с комарами с помощью одежды, закрывающей как можно большую часть тела (например, длинные рукава, длинные брюки или юбки)
- использование противомоскитных сеток над кроватями, в том числе во время дневного сна
- защита окон и дверей противомоскитными сетками/шторами/экранами
- использование утвержденных местными органами здравоохранения репеллентов против насекомых (таких как репелленты против насекомых на основе ДЭТА (диэтилтолуамида) или икариндина; на сегодняшний день эти репелленты признаны безопасными при беременности). Репелленты необходимо наносить на открытые участки тела и даже на одежду так часто, как это указано в инструкции, и применять повторно в соответствии

с приведенными на этикетке средства рекомендациями производителя.

- Во избежание передачи инфекции неинфицированным людям следует поощрять применение вышеуказанных мер индивидуальной защиты людьми, инфицированными вирусами Зика, денге или чикунгунья. Эти меры необходимо принимать по меньшей мере в течение первой недели после появления симптомов (виремическая стадия).
- Во избежание потенциальной передачи вируса Зика сексуальным путем половые партнеры беременных женщин, живущие или недавно побывавшие в районах, где в настоящее время наблюдается циркуляция вируса Зика, должны практиковать более безопасное половое поведение (включая правильное и систематическое применение презервативов) либо воздерживаться от половой активности на время беременности.<sup>b</sup>

### 2.2 Диагностика

**Клиническая картина:** По имеющимся сведениям, различий в клинической картине протекания вирусной инфекции Зика у беременных и небеременных женщин не наблюдается. В большинстве случаев вирусная инфекция Зика проходит бессимптомно. При протекании инфекции с симптомами эти последние, как правило, появляются спустя несколько дней после укуса инфицированным комаром. У большинства людей с болезнью, вызванной вирусом Зика, наблюдается небольшое повышение температуры и кожная сыпь. У некоторых также могут присутствовать конъюнктивит, боль в суставах, головная боль, мышечная боль и утомляемость. Эти симптомы сохраняются в течение 2-7 дней. Как правило, они выражены слабо и проходят самостоятельно.

От некоторых стран, где наблюдается активная передача вируса Зика, поступили сообщения о росте числа неврологических синдромов, включая не только синдром Гийена-Барре, но и другие синдромы. Следовательно, целесообразно тестировать на вирусную инфекцию Зика всех беременных женщин с неврологическими осложнениями.

**Определения случая заболевания в отношении болезни, вызванной вирусом Зика:** ВОЗ разработала предварительные определения случая болезни, вызванной вирусом Зика, с которыми можно ознакомиться по адресу: <http://www.who.int/csr/disease/zika/case-definition/ru/>.

**Диагностика:** Этапы диагностики, рекомендуемые в отношении беременных женщин, не отличаются от этапов, рекомендованных для населения в целом. Диагностика предполагает выявление вируса с

<sup>a</sup> Дополнительную информацию о борьбе с переносчиками можно найти на веб-сайте <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/ru/>

<sup>b</sup> Дополнительную информацию о профилактике потенциальной передачи вируса Зика половым путем можно найти по адресу: <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/ru/>

помощью полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР) в материнской сыворотке в течение пяти дней с момента появления симптомов. Кроме того, вирус Зика может быть выявлен в моче, причем период репликации составляет до трех недель с момента появления симптомов. Вирус Зика был обнаружен и в слюне, но период репликации вируса в ней, судя по всему, не отличается от периода его репликации в сыворотке. Методом ОТ-ПЦР можно выявлять РНК вируса в том числе и в амниотической жидкости, хотя чувствительность и специфичность этого тестирования в применении к выявлению внутриутробной инфекции на данный момент не выяснены.

Помимо этого, в целях диагностики вирусной инфекции Зика могут проводиться серологические тесты с выявлением антител IgM посредством иммуноферментного анализа (ИФА) или иммунофлюоресцентного анализа начиная с пятого дня с момента появления симптомов. После того, как человек был впервые инфицирован флавивирусом, перекрестные реакции с другими генетически родственными вирусами в серологических тестах минимальны. Тем не менее, вероятность перекрестной реакции в сыворотке людей, имеющих в анамнезе инфицирование другими флавивирусами, возрастает. Поскольку в отношении значительной доли населения, живущего в районах, где в настоящее время наблюдается передача вируса Зика, можно предположить, что оно и ранее находилось в контакте с другими флавивирусами (в особенности с лихорадкой денге и желтой лихорадкой, включая соответствующую вакцину), существует вероятность перекрестных реакций и получения недостоверных положительных результатов. Необходимо уделить особое внимание обеспечению того, чтобы любые серологические тесты, используемые в качестве руководства при ведении беременности, были утверждены компетентным национальным или международным органом.

### 2.3 Общая медицинская помощь и симптоматическое лечение

На данный момент против вирусной инфекции Зика не существует ни вакцины, ни специфической терапии. Следовательно, лечение направлено на облегчение симптомов, при их наличии.

**Отдых и использование мер индивидуальной защиты:** Беременным женщинам с вирусной инфекцией Зика, у которых наблюдаются ее симптомы, следует рекомендовать отдых и использование описанных выше мер индивидуальной защиты, чтобы снизить вероятность передачи вируса другим людям, особенно в течение первой недели болезни (виремическая стадия).

**Повышенная температура:** Температуру следует снижать путем физического охлаждения (например, использование влажной ткани, легкой одежды, купание или душ) и ацетаминофена (парацетамола).

Использование аспирина или других нестероидных противовоспалительных препаратов следует избегать, пока не будет исключена вирусная инфекция денге.

**Головная боль:** Головную боль также следует лечить ацетаминофеном в дозах, рекомендованных для снижения температуры.

**Зуд:** Хотя исследования, подтверждающие или опровергающие безопасность препаратов для наружного применения при зудящей сыпи во время беременности, отсутствуют, имеется клинический опыт, позволяющий предположить, что эти препараты безопасны. Высокой степенью безопасности отличается и систематическое лечение антигистаминными препаратами. Допускается местное применение каламинового лосьона или водных соединений с ментолом, либо прием внутрь лоратадина.

**Восполнение потери жидкости:** Заболевшие беременные женщины должны потреблять много жидкости во избежание обезвоживания, происходящего из-за сильного потоотделения, рвоты и других незаметных потерь жидкости, которыми может сопровождаться виремическая стадия.

### 2.4 Помощь беременным женщинам, живущим в районах, где в настоящее время происходит передача вируса Зика

На данный момент тестирование на вирусную инфекцию Зика рекомендуется беременным женщинам, в анамнезе которых имеются симптомы или признаки болезни, вызванной вирусом Зика. С учетом потенциального бремени, которое может лечь на доступные в настоящее время местные ресурсы здравоохранения, ВОЗ пока не рекомендует проводить тестирование всех беременных женщин в районах, где циркулирует вирус Зика. Тем не менее, там, где это осуществимо, специалисты в области здравоохранения должны рассмотреть возможность предложить ультразвуковое сканирование в первом триместре беременности всем женщинам, обращающимся за дородовой помощью, с тем чтобы точно установить срок беременности и провести на базовом уровне оценку морфологии плода.

Следует рекомендовать всем беременным женщинам не пропускать запланированные в соответствии с национальными стандартами дородовые консультации и выполнять рекомендации своих провайдеров медико-санитарной помощи. Необходимо советовать женщинам своевременно обращаться за лечением и диагностикой, если у них появятся любые из описанных выше симптомов вирусной инфекции Зика. В ходе всех дородовых консультаций всем женщинам должна предоставляться информация об обозначенных выше стандартных мерах индивидуальной защиты и мерах воздействия на окружающую среду. Необходимо провести

обычные исследования для исключения сифилиса, токсоплазмоза, цитомегаловируса, краснухи и герпеса, которые являются известными причинами внутриутробной инфекции и врожденных пороков.

В **Приложении 1** представлена схема принятия решений по оказанию помощи беременным женщинам, живущим в районах, где в настоящее время происходит передача вируса Зика. На каждой консультации необходимо спрашивать всех беременных женщин о том, не отмечали ли они у себя любые из приведенных выше симптомов или признаков вирусной инфекции Зика с момента последней дородовой консультации. Если женщина пришла на дородовой прием впервые, следует спросить ее о том, не было ли у нее указанных симптомов в ходе текущей беременности.

Вне зависимости от анамнеза болезни, указывающего на вирусную инфекцию Зика, все женщины, проживающие в районах, где в настоящее время происходит передача вируса Зика, должны получать обычную дородовую помощь, и им должно быть предложено пройти сканирование плода для выявления аномалий между 18 и 20 неделями беременности или как можно скорее, если первая консультация состоялась на сроке более 20 недель. Особое внимание необходимо уделить центральной нервной системе плода для выявления любых аномалий, включая микроцефалию и другие внутричерепные структурные нарушения.

Женщины с клинической формой болезни в анамнезе, у которых тестирование на вирусную инфекцию Зика дало отрицательный результат, а в ходе ультразвукового исследования не было обнаружено никаких признаков микроцефалии или других мозговых аномалий у плода, должны и далее получать обычную дородовую помощь. В конце второго или в начале третьего триместра, предпочтительно между 28 и 30 неделями беременности, рекомендуется проводить повторное ультразвуковое исследование плода для выявления у него микроцефалии и/или других мозговых аномалий, которые гораздо проще обнаружить именно в этот период. Это связано с тем, что мать могла быть инфицирована, а плод мог пострадать уже после проведения первоначального тестирования на вирус Зика, показавшего отрицательный результат, и после ультразвукового обследования с показателями в пределах нормы.

Там, где это осуществимо, следует рассмотреть возможность проведения амниоцентеза у женщин с отрицательными результатами тестирования на вирус Зика, у которых УЗИ тем не менее выявило мозговые аномалии плода при сканировании плода для выявления аномалий на сроке 18-20 недель либо при повторном сканировании на сроке 28-30 недель, в целях проверки на наличие генетических аномалий и врожденных инфекций, включая вирус Зика. Необходимо отметить, что чувствительность и специфичность амниоцентеза в применении к

выявлению врожденной вирусной инфекции Зика на данный момент не выяснены.

Положительный результат тестирования на вирус Зика в материнской сыворотке (или в образце околоплодной жидкости) и обнаружение микроцефалии и/или других мозговых аномалий у плода с помощью УЗИ заставляют заподозрить наличие у плода аномалий, связанных с вирусом Зика. Чтобы определить применительно к женщинам, относящимся к указанной категории, связаны ли эти аномалии с вирусом Зика или же они вызваны другими возможными причинами, такими как врожденные инфекции или генетические синдромы, могут использоваться анамнез и дальнейшие исследования.

## 2.5 Дородовая оценка микроцефалии и/или других мозговых аномалий у плода, связанных с вирусом Зика

Рекомендуется проводить ультразвуковые исследования всем беременным женщинам, проживающим в районах, где в настоящее время циркулирует вирус Зика, для выявления, мониторинга или исключения у плода мозговых аномалий, в частности микроцефалии. Всем женщинам должно быть предложено на сроке 18-20 недель пройти сканирование для выявления аномалий, осуществляемое провайдером медико-санитарных услуг с опытом дородовой ультразвуковой диагностики. Там, где это осуществимо, женщинам должно быть предложено пройти ультразвуковое исследование в первом триместре беременности для точного определения срока беременности, поскольку ультразвуковая диагностика аномалий плода нередко требует антропометрических измерений с учетом срока беременности.

В контексте передачи вируса Зика ультразвуковое исследование должно быть направлено на выявление у плода микроцефалии и/или других мозговых аномалий, таких как вентрикуломегалия, кальцификация, аномальные борозды и извилины, атрофия мозга, дисгенезия мозолистого тела, невозможность визуализировать различные части мозга, микрофтальмия и кальцификация глаз, о которых сообщалось, что они были обнаружены в соответствующих случаях беременности.<sup>7</sup> Если с полной картиной врожденных аномалий, которые могут быть вызваны инфицированием плода вирусом Зика, пока нет ясности, на основе имеющихся знаний о других врожденных инфекциях (таких как цитомегаловирус, токсоплазмоз, герпес) можно предположить, что у инфицированных плодов может наблюдаться гораздо более широкий спектр проявлений заболевания: от полного отсутствия симптомов до тяжелых последствий для мозга и других органов, вплоть до внутриутробной смерти плода. В этой связи выявление ранних проявлений слабовыраженных признаков мозговых аномалий у плода в сочетании с положительным либо сомнительным результатом теста на вирус Зика, по

всей вероятности, будет способствовать ранней диагностике и оказанию надлежащей помощи.

Микроцефалия плода представляет собой состояние, при котором размер головы у плода значительно меньше, чем следовало бы ожидать с учетом срока беременности и пола, что может сопровождаться аномальным развитием мозга. Специалисты в области здравоохранения и беременные женщины должны знать, что дородовая ультразвуковая диагностика этого состояния не дает однозначного результата и большинство случаев микроцефалии, диагностированных при рождении или позднее, могло не быть выявлено во время беременности.<sup>9</sup> При том, что абсолютного количественного показателя не существует, такой показатель, как меньшая окружность головы плода на разных уровнях по сравнению со средними значениями у референтной группы, широко применяется для диагностики микроцефалии плода, при этом чем меньше окружность головы, тем выше вероятность такого диагноза.<sup>10,11</sup>

У плода, окружность головы которого на два среднеквадратических отклонения меньше среднего значения для данного срока беременности, следует подозревать микроцефалию, хотя в отсутствие серьезных мозговых аномалий у большинства таких детей после рождения наблюдается нормальное нейропсихологическое развитие. У плода, окружность головы которого на три среднеквадратических отклонения меньше среднего значения для данного срока беременности, корреляция между микроцефалией и ухудшением неврологического развития выше. Окружность головы плода на пять среднеквадратических отклонений меньше среднего значения для данного срока беременности может свидетельствовать о значительном сокращении внутричерепного пространства, и ультразвуковая диагностика может проводиться с приемлемым уровнем достоверности.<sup>12</sup> Эти количественные ультразвуковые исследования могут проводиться врачом-сонологом, имеющим базовый опыт в области биометрического исследования плода, хотя выявление сопутствующих мозговых аномалий может потребовать дополнительной подготовки. Поскольку эти измерения увязаны со средними размерами плода на данном сроке беременности, во избежание ошибочного диагноза принципиально важно обеспечить точное определение сроков беременности, а также использование надлежащей референтной кривой роста плода для данной популяции.

#### **Определения случая заболевания в отношении микроцефалии плода, связанной с вирусом Зика:**

Чтобы облегчить классификацию микроцефалии плода в контексте наблюдаемого в настоящее время распространения вируса Зика, группа экспертов ВОЗ по подготовке временного руководства приняла следующие определения случая микроцефалии плода, связанной с вирусом Зика:

- Микроцефалия плода с молекулярной или эпидемиологической связью с вирусом Зика в

отсутствии других условий, о которых известно, что они ведут к микроцефалии.

Молекулярная или эпидемиологическая связь с вирусом Зика определяется следующим образом:

- у беременной женщины подтверждена болезнь, вызванная вирусом Зика; **или**
- у беременной женщины был половой контакт с человеком, имеющим подтвержденный диагноз, либо у нее во время беременности были в анамнезе симптомы или признаки болезни, вызванной вирусом Зика, и она проживает в районах/совершала путешествия в районы, где в настоящее время циркулирует вирус Зика; **или**
- вирус Зика был обнаружен в околоплодных водах (выявление при помощи амниоцентеза и анализа ОТ-ПЦР); **или**
- вирус Зика присутствует в мозговой ткани плода (выявление посмертно посредством анализа ОТ-ПЦР).

К другим известным причинам микроцефалии, которые необходимо исключить, относятся токсоплазмоз, краснуха, герпес, сифилис, цитомегаловирус и ВИЧ; воздействие токсичных лекарственных средств, химических веществ и радиации; генетические аномалии, например, синдром Дауна; недостаточное питание плода и плацентарная недостаточность.

#### **2.6 Помощь беременным женщинам с обнаруженной у плода микроцефалией и/или другими мозговыми аномалиями, возможно, связанными с вирусом Зика**

При наличии ресурсов, беременные женщины, у которых по результатам ультразвукового исследования подозреваются или была подтверждена микроцефалия и/или другие мозговые аномалии у плода, должны быть направлены на оказание им специализированной помощи, вне зависимости от причины, вызвавшей эти аномалии. Если ультразвуковое исследование подтвердит мозговые аномалии, а тест на вирус Зика в материнской сыворотке или при амниоцентезе даст положительный результат, есть вероятность, что аномалии связаны с вирусом Зика.

В качестве критериев для диагностики микроцефалии у плода использовались значения окружности головы на два, три или пять среднеквадратических отклонений ниже средних показателей для данного срока беременности. Чем меньше окружность головы, тем вероятнее наличие других мозговых аномалий и, следовательно, хуже прогноз. В таких ситуациях женщина (если она пожелает, вместе со своим партнером) должна получить индивидуальную помощь и консультацию. В зависимости от тяжести и достоверности мозговых аномалий у плода и соответствующего прогноза, такое сопровождение может включать в себя от специализированной дородовой помощи и последующих серийных

ультразвуковых исследований для отслеживания любого прогрессирования аномалий до обсуждения потенциальных следующих шагов в ведении беременности. Важно обеспечить, чтобы затронутая этой проблемой беременная женщина получила точную и основанную на фактических данных информацию по прогнозу в отношении выявленных аномалий. Женщине (и ее партнеру, если она пожелает) должна быть предоставлена консультация рекомендательного характера, чтобы она, советуясь со своим провайдером медико-санитарной помощи, могла принять полностью осознанное решение в отношении следующих шагов по ведению беременности.

Женщины, которые будут донашивать свою беременность, должны получить надлежащую помощь и поддержку, чтобы справиться с тревожностью, стрессом и организовать условия для родов. Необходимо обсудить с родителями в консультации с педиатром или детским неврологом (при наличии последнего) планы по уходу за младенцем и ведению его случая вскоре после рождения.

Женщины, которые пожелают прервать свою беременность, должны получить точную информацию об имеющихся вариантах в полном соответствии с законом,<sup>13</sup> включая снижение вреда в случаях, когда желаемый вид помощи пока недоступен.

Всем женщинам, вне зависимости от того, какое именно решение они примут в отношении своей беременности, должно обеспечиваться уважительное и достойное отношение.

### 3. Разработка руководства

#### 3.1 Выражение признательности

Настоящее временное руководство было разработано Департаментом по вопросам репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR) и Департаментом по здоровью матерей, новорожденных, детей и подростков в сотрудничестве с Региональным бюро ВОЗ для стран Америки. Процессом разработки руководства управляла руководящая группа, в состав которой входили А. Метин Гюльмезоглу (A. Metin Gülmezoglu), Олуфемид Оладипо (Olufemi Oladapo), Клара Менендес (Clara Menendez) (RHR/ВОЗ), Бремен де Мусио (Bremen De Mucio), Родольфо Гомес (Rodolfo Gomez) (АМРБ) и Жуан Паулу Соуза (Университет Сан-Паулу, Рибеирау-Прету, Бразилия).

ВОЗ выражает искреннюю благодарность членам группы по подготовке руководства Рим Абу-Рустум (Reem Abu-Rustum, Центр передовых технологий перинатальной помощи, Триполи, Ливан), Мелани Аморим (Melania Amorim, Институт исследований штата Парана им. профессора Жоакина Аморима Нету, Бразилия), Жозе Гильерме Чекатти (Jose Guilherme Cecatti, Университет Кампинас, Кампинас, Бразилия), Писаке Лумбиганону (Pisake Lumbiganon, Кхонкэнский университет, Кхонкэн, Таиланд), Густаво

Малингеру (Gustavo Malinger, Тель-Авивский университет, Тель-Авив, Израиль), Изабель Лепарк-Гоффар (Isabelle Leparac-Goffart, Армейский институт биомедицинских исследований, Франция), Раquel де Алмейда Маркис (Raquel de Almeida Marques, Ассоциация Артемис, Бразилия), Ринтаро Мори (Rintaro Mori, Национальный центр здравоохранения и развития детей, Токио, Япония), Ганешварану Мочиде (Ganeshwaran Mochida, Бостонская детская больница, Бостон, США), Ашрафу Набхану (Ashraf Nabhan, Университет Айн-Шамс, Египет), Алфреду Озоти (Alfred Osofi, Университет Найроби, Найроби, Кения), Лоуренсу Платту (Lawrence Platt, Медицинская школа им. Дэвида Геффена, Лос-Анджелес, США) и Фернанду Беллиссиму-Родригису (Fernando Bellissimo-Rodrigues, Университет Сан-Паулу, Рибеирау-Прету, Бразилия). Вероника Тирадо (Veronika Tirado, Каролинский институт, Швеция) подготовила краткий обзор литературы, который был представлен в ходе технической консультации. Мишель Гриффин (Michelle Griffin, Национальная служба регистрации врожденных аномалий и редких болезней, Министерство общественного здравоохранения Англии, Соединенное Королевство) участвовала в технических консультациях и совместно с руководящей группой работала над ревизией проекта руководства.

#### 3.2 Методы разработки руководства

Настоящее руководство опирается на имеющиеся рекомендации ВОЗ и других международных учреждений. Процесс разработки руководящих указаний включал в себя выявление приоритетных вопросов; краткий обзор имеющейся литературы и поиск фактических данных; оценку и обобщение имеющихся фактических данных, а также согласование рекомендаций. При подготовке проекта рекомендаций по клинической практике и схемы принятия решений по тестированию и оказанию помощи в контексте передачи вируса Зика руководящая группа использовала имеющиеся фактические данные и обращалась за консультацией к экспертам. 16 февраля 2016 г. ВОЗ организовала виртуальную техническую консультацию, в ходе которой группа по подготовке руководства рассмотрела и утвердила рекомендации, основанные на имеющихся фактических данных и мнениях экспертов.

#### 3.3 Декларация интересов

Все члены группы по подготовке руководства заполнили стандартную форму «Декларации интересов» перед тем, как участвовать в технических консультациях или любых мероприятиях, связанных с подготовкой руководства. Все выводы из полученных «Деклараций интересов» были обработаны в индивидуальном порядке в соответствии с руководящими принципами ВОЗ. Участники всех технических консультаций также представили «Декларацию интересов» перед проведением консультации, и при этом не было выявлено никаких конфликтов интересов.

### 3.4 Дата пересмотра

Настоящие рекомендации были подготовлены в соответствии с принятыми ВОЗ процедурами действий при чрезвычайных ситуациях и будут оставаться в силе до августа 2016 г. На Департамент по вопросам репродуктивного здоровья и научных исследований в штаб-квартире ВОЗ в Женеве будет возложена ответственность за пересмотр настоящего руководства к указанному времени и его обновление, если оно потребует. ВОЗ будет благодарна за вопросы и предложения по содержанию настоящего руководства. Просьба направлять предложения по электронному адресу: [mpa-info@who.int](mailto:mpa-info@who.int).

## 4. Библиография

- Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, et al. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65(3): 59-62.
- Всемирная организация здравоохранения. Заявление ВОЗ по итогам первого совещания Комитета Международных медико-санитарных правил (2005 г.) (ММСП 2005 г.) по чрезвычайной ситуации в связи с вирусом Зика и и наблюдаемым ростом неврологических нарушений и неонатальных мальформаций. 1 февраля 2016 г. Доступно по адресу: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/ru/> (по состоянию на 18 февраля 2016 г.).
- Gulland A. Zika virus is a global public health emergency, declares WHO. *BMJ* 2016; 352: i657.
- Ministério da Saúde (Brazil). Microcefalia - Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico 2015. Доступно по адресу: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude/divulga-boletim-epidemiologico> (по состоянию на 18 февраля 2016 г.).
- Tetro JA. Zika and microcephaly: causation, correlation, or coincidence? *Microbes Infect* 2016. doi: 10.1016/j.micinf.2015.12.010.
- Besnard M, Lastere S, Teissier A, Cao-Lormeau V, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. *Euro Surveill* 2014; 19 (13).
- Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47 (1): 6-7.
- Mlakar J, Korva M, Tul N, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med* 2016. doi: 10.1056/NEJMoa1600651.
- Leibovitz Z, Daniel-Spiegel E, Malinger G, et al. Microcephaly at birth - the accuracy of three references for fetal head circumference. How can we improve prediction? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015. doi: 10.1002/uog.15801.
- Chervenak FA, Jeanty P, Cantraine F, et al. The diagnosis of fetal microcephaly. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149(5): 512-7.
- Kurtz AB, Wapner RJ, Rubin CS, Cole-Beuglet C, Ross RD, Goldberg BB. Ultrasound criteria for in utero diagnosis of microcephaly. *J Clin Ultrasound* 1980; 8(1): 11-6.
- Pilu G MG. Microcephaly 2013. <http://www.visuog.com/Page/view.jsp?id=6499122244886988132> (по состоянию на 19 февраля 2016 г.).
- World Health Organization. Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. 2015. Доступно по адресу: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/sa-legal-policy-considerations/en/> (по состоянию на 19 февраля 2016 г.).

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения представлены на веб-сайте ВОЗ ([www.who.int](http://www.who.int)) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

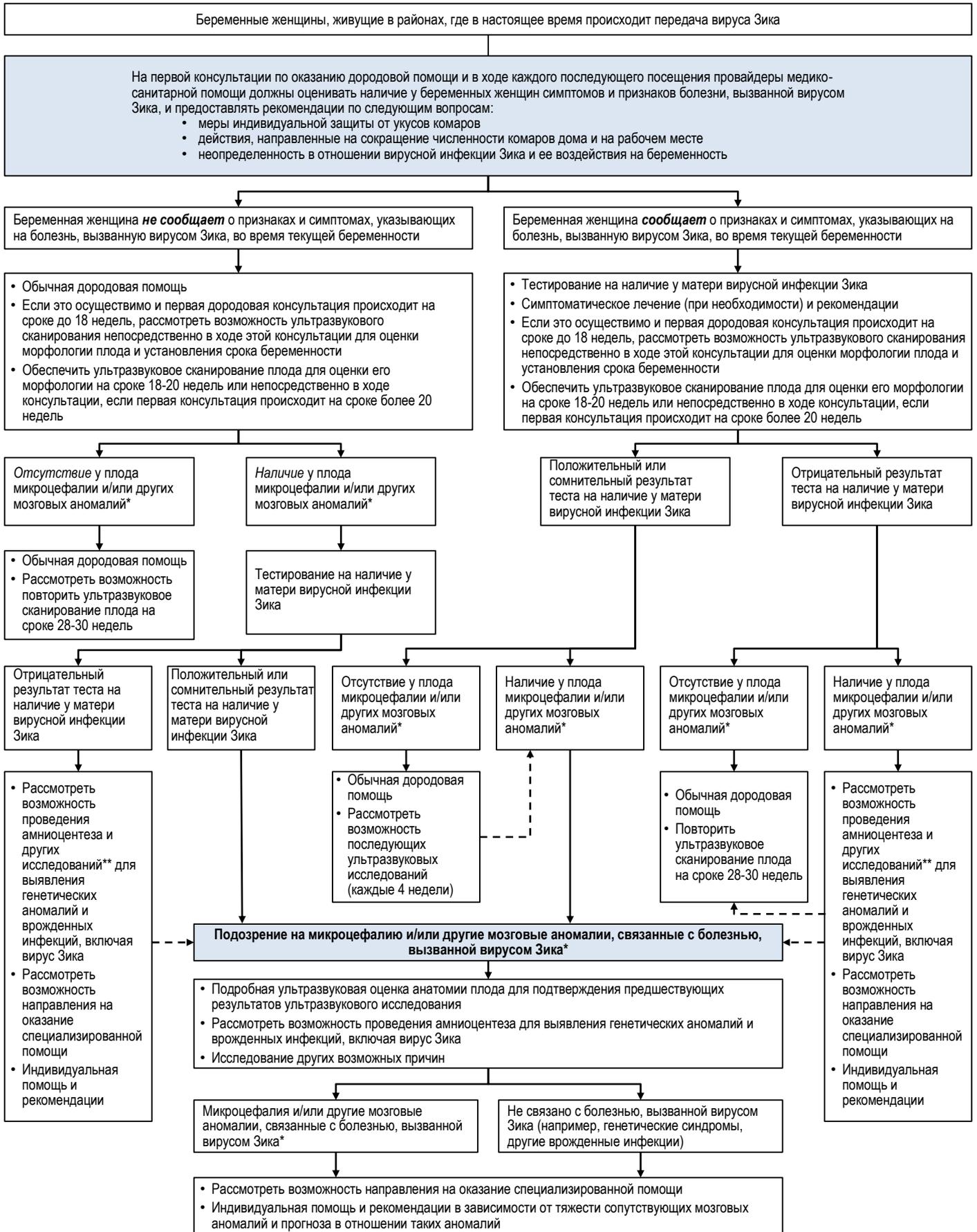
Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ — как для продажи, так и для некоммерческого распространения — следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

## Приложение 1: Схема принятия решений по оказанию помощи беременным женщинам, живущим в районах, где в настоящее время происходит передача вируса Зика.



\* Включая вентрикуломегалию, кальцификацию, аномальные борозды и извилины, атрофию мозга, дисгенезию мозолистого тела, невозможность визуализировать различные части мозга, мозжечковые аномалии, кальцификацию глаз и артрогрипоз.

\*\* На инфекции: сифилис, токсоплазмоз, краснуху, цитомегаловирус и простой герпес.