

ЗИКА ВИРУСНА ИНФЕКЦИЈА

ВОВЕД

Зика вирусна инфекција е заболување предизвикано од истоимениот Зика вирус (ZIKV), а кое го пренесуваат комарци од родот *Aedes*, истиот тип комарци кои ја пренесуваат и болеста денга, *Chikungunya* и жолта треска.

Зика заболувањето се манифестира како блага фебрилна болест со макулопапулозен исип, коњуктивитис и мускулно-зглобни болки.

Пред 2007 година, циркулација на вирусот и неколку епидемии се документирани во тропска Африка и во некои области во Југоисточна Азија. Од 2007 година, неколку острови на Пацификот се соочија со епидемиска појава на ова заболување. Најголемата епидемија се случи истата година на островот *Yap* (*Micronesia*), каде заболело околу 75% од населението.

Во тек на големите епидемии во Француска Полинезија во 2013 и Бразил 2015, националните здравствени власти пријавиле потенцијални невролошки и автоимуни компликации на Зика вирусната болест. Забележано е значително зголемување на пациенти со *Guillain-Barre* синдром (ГБС) за време на епидемијата во Француска Полинезија во 2014 година. Сличен пораст, заедно со невообичаено зголемување на вродена микроцефалија кај новороденчиња е забележана во некои региони во североисточен Бразил во 2015 година. Поврзаноста на Зика вирусните инфекции и микроцефалијата кај новороденчиња во моментот е под истрага.

Не постои превенција, лекување или вакцина за заштита од Зика вирусна инфекција. Поради тоа, се препорачуваат лични превентивни мерки за избегнување на каснувања од комарци.

ПРЕДИЗВИКУВАЧ

Зика вирусната болест е предизвикана од Зика вирусот кој припаѓа на родот *Flavivirus*, фамилија *Flaviviridae*, група *Spondweni*.

Вирусот за прв пат е изолиран во 1947 година кај мајмуни, во Зика тропските шуми на Уганда, од каде го добил и името. Во истиот регион во 1948 година е докажан и кај комарци (*Aedes africanus*) а кај луѓето за прв пат е изолиран во Нигерија во 1952 година. Постојат две ZIKV линии: Африканска и Азиска, која неодамна се појави во Пацифичкиот регион и регионот на Америка.

КЛИНИЧКИ КАРАКТЕРИСТИКИ И ПОСЛЕДИЦИ

Инкубациониот период се движи од околу 3 до 12 дена по каснувањето од заразениот комарец. Повеќето од инфекциите се асимптоматски (од 60 до 80%).

Симптомите на заболувањето обично се благи и болеста вообичаено се карактеризира со краткотрајни самоограничувачки фебрилни состојби со времетраење од 4-7 дена, без тешки компликации. Се работи за болест со ниска стапка на хоспитализација и досега не се регистрирани смртни случаи.

Главни симптоми се макуларен или папуларен исип, треска, артралгија, негноен конјунктивитис/ конјунктивална хиперемија, болки во мускулите и главоболка. Макулопапулозниот исип често започнува на лицето, а потоа се шири низ телото. Поретко се присутни ретро-орбитална болка и гастроинтестинални знаци.

Пријавени се автоимуни, невролошки и нарушувања на невролошкиот развој, како што се Guillain-Barre синдром и микроцефалија кај фетуси и новороденчиња од мајки кои можеби биле изложени на Зика вирусот во првите две тримесечја од бременоста за време на неодамнешните епидемии (Француска Полинезија и Бразил). Потребни се и понатамошни докази за утврдување на причинско-последичната врска помеѓу овие невролошки/ невролошко-развојни нарушувања и Зика вирусната инфекција.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Серолошки испитувања во Африка и Азија укажуваат на најверојатно "тивка" циркулација на ZIKV со детекција на специфични антитела во различни животини (големи цицачи како што се орангутани, зебри, слонови, биволи) и глодари.

Податоците за географската дистрибуција на ZIKV се врз основа на резултатите од серолошките испитувања и вирусната изолација од комарци и луѓе, извештаи за случаи поврзани со патување и многу малкуте документирани и објавени епидемии. Пред 2007 година, подрачја со циркулација на ZIKV беа тропска Африка и Југоисточна Азија.

На островот Yap (Микронезија) од април до јули 2007 беше регистрирана епидемија. Тоа беше првата епидемија на ZIKV идентификувана надвор од Африка и Азија. Помеѓу 2013 и 2015 година, пријавени се неколку значајни епидемии на острови и архипелази од Пацифичкиот регион, меѓу кои голема епидемија во Француска Полинезија.

Во март 2014 година за прв пат беше регистрирана автохтона трансмисија на Зика вирусот во Јужна Америка - во Чиле, а во мај 2015 година и во Бразил. Од октомври 2015 година, други земји и територии во регионот на Америка рапортираа присуство на вирусот, во некои од нив во форма на широко распространети епидемии (пр. Бразил и Колумбија).

Од февруари 2014 до 17 јануари 2016 година, има 18 земји и територии во Америка кои потврдиле автохтона циркулација на Зика вирусот во 2015 и 2016: Бразил, Барбадос, Колумбија, Еквадор, Ел Салвадор, Француска Гвајана, Гватемала, Гвајана, Хаити, Хондурас, Мартиник, Мексико, Панама, Парагвај, Порторико, Свети Мартин, Суринам и Венецуела. Помеѓу ноември 2015 и јануари 2016 година, автохтон пренос на вирусот беше откриен во 14 земји и територии.

ТРАНСМИСИЈА

Зика вирусот го пренесуваат комарците. Изолиран е од *Aedes aegypti* комарците, а експериментални студии покажаа дека овој вид на комарци може да го пренесува Зика вирусот.

Другите *Aedes* видови (*Ae. africanus*, *Ae. albopictus*, *Ae. polynesiensis*, *Ae. unilineatus*, *Ae. vittatus* и *Ae. hensilli*) се сметаат за потенцијални вектори на ZIKV. Овие видови каснуваат денски (особено на утро и помеѓу доцните попладневни часови и самракот).

Идентификувани се дополнителни можни начини на трансмисија. Перинатален пренос може да се случи најверојатно со трансплацентарен пренос или за време на породувањето, кога мајката е инфицирана. Сексуална трансмисија е пријавена кај два случаи. Иако вирусот е изолиран од сперма, со сигурност не е докажано дека се пренесува со сексуален контакт.

Другите начини на трансмисија се предмет на дополнителни студии.

Постои потенцијална опасност од ZIKV-инфекција при трансфузија.

ДИЈАГНОЗА

Дијагностиката на Зика вирусот се поставува првенствено врз основ на откривање на вирусна РНК од клинички примероци од акутно болни пациенти.

Се чини дека периодот на виремија е краток, овозможувајќи директна детекција на вирусот во текот на првите 3-5 дена по почетокот на симптомите. ZIKV-РНК е откриена во урината и до 10 дена по почетокот на болеста.

После 5-тиот ден од почетокот на треската, може да се прават и серолошки испитувања со откривање на Зика-специфични IgM антитела и потврда со неутрализација, сероконверзија или четирикратно зголемување на титарот на антитела парни примероци.

Серолошките резултати треба да се толкуваат во согласност со вакциналниот статус и претходна изложеност на други флавиовирусни инфекции (денга, чикунгуња).

МЕНАЏИРАЊЕ НА СЛУЧАИ И ЛЕКУВАЊЕ

Не постои вакцина или лек за превенција, ниту специфична терапија.

Диференцијално дијагностички треба да се земе во предвид, но и како ко-инфекција со други болести кои се пренесуваат преку комарци како што се денга треска, чикунгуња и маларија.

Третманот е симптоматски и главно се базира на намалување на болката, намалување на температурата и давање на антихистаминици за осипот.

Третманот со ацетил-салицилна киселина и не-стероидни антиинфламаторни лекови не се препорачува поради потенцијален зголемен ризик од хеморагичен синдром, кој е регистриран кај другите флавиовируси, како и ризикот од Рејевиот синдром по вирусна инфекција кај децата и тинејџерите. Се препорачува давање на парацетамол или ацетаминофен.

ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНИ КОНТРОЛНИ МЕРКИ

Не постои вакцина или лек за превенција.

Интегрирана програма за управување со векторите со цел намалување на популацијата на комарци на одржлив начин е од примарно значење. Потребна е меѓусекторска соработка и ефикасна комуникациска стратегија за да се обезбеди учество на заедницата за одржлива програма за контрола на векторите.

Активностите за намалување на популацијата на комарците преку прекин на размножувањето во отворени/ затворени области преку исушување на извори на застојните води на ниво на заедница вклучуваат:

- Редовно отстранување на сите отворени контејнери со застоена вода во домовите и нивната околина (саксии, тенџериња, употребени гуми, базени) или, доколку тоа не е можно – ларвицидна дезинсекција,
- Покривање на контејнери за вода, буриња, бунари и резервоари за складирање на вода,
- Широка употреба на мрежи на прозорците и вратите од страна на населението.
- Мерките за контрола на ларвите и возрасната популација на комарци може да се применат во согласност со програмските цели и засилено во ситуација на епидемија.
- Во областите зафатени со епидемија, може да се земе во предвид елиминирање на возрасната популација на комарци преку авионско прскање со инсектициди.

МЕРКИ ЗА КОНТРОЛА НА ЗАБОЛУВАЊЕТО, ЛИЧНИ ЗАШТИТНИ МЕРКИ И ПРЕВЕНЦИЈА

Превенцијата исто така се базира на заштита од каснување од комарец. *Aedes* комарците имаат дневна активност во затворени и отворени средини. Затоа треба да се применуваат мерки за лична заштита во текот на целиот ден, а особено за време на највисоката активност на комарците (наутро, во зорите и помеѓу доцните попладневни часови и самракот).

Треба да се применуваат мерки за лична заштита за да се избегнат каснувања од комарци кога се престојува во области со ризик:

- Користење на репеленти, облека со долги ракави и долги панталони, особено за време на највисоката активност на комарците.
- Користење на мрежи против комарци околу креветите третирани со инсектицид со долготрајно дејство, што е од суштинско значење во обезбедувањето на заштита од комарците.
- Отстранување на местата за размножување на комарците.
- Користењето на репелентите мора строго да се направи во согласност со инструкциите наведени на етикетата на производот. За новородени деца под три месечна возраст, репеленти не се препорачуваат.
- Патниците, особено деца, бремени жени и лица со имунолошки заболувања или тешки хронични болести, треба да се консултираат со својот лекар или да побарате совет за препораки за употреба на репеленти и заштита, пред да заминат на пат;
- Слични заштитни мерки се применуваат на пациенти со симптоми, со цел да се спречи пренесување на болеста на неинфицирани комарци.