

IJORCES

**INTERNATIONAL JOURNAL
OF CONFERENCE SERIES ON EDUCATION
AND SOCIAL SCIENCES.**

**PUBLISHER: ÇORUM: O CERINT -INTERNATIONAL
ORGANIZATION CENTER OF ACADEMIC RESEARCH**

IJORCES

**International journal of conference series on education
and social sciences. (Online)**

July 2023

Science Editor: **Cetin Avcı**
(*Kadir Has University*)

Copyright © 2023

By Çorum: Ocerint -International Organization Center of Academic Research

All rights reserved.

Available at ijorces.org

Published:

Çorum: Ocerint -International Organization Center of Academic Research

ISSN 2717-7076

Bursa

Bursa, Turkey

Editorial Board Members

Prof. **Hakan Mete Dogan**, Tokat Gaziosmanpasha University, Turkey

Prof. **Afsun Sujayev**, Institute of Additive Chemistry of the ANAS, Azerbaijan

Prof. **Nadir Mammadli**, Azerbaijan Architecture and Construction University, Azerbaijan

Prof. **Munevver Sokmen**, Konya Food and Agriculture University, Turkey

ELSEVIER



SSRN
Electronic Journals

Universal
Impact Factor

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

Усманова Лобар Надировна

1-Городская клиническая инфекционная больница города Ташкента

Аннотация: Ветряная оспа - высококонтагиозное заболевание, которая вызывается первичной инфекцией вирусом ветряной оспы (ВВО). Заболевание распространено по всему миру и протекает доброкачественно, но у такой группы населения как беременные женщины, может иметь тяжелый исход. Из-за неоптимального вакцинирования относительно большое число женщин детородного возраста во многих странах, имеют серонегативный тест на ВЗВ, и поэтому в настоящее время подвержены риску заражения ветряной оспой во время беременности, особенно если они контактируют с детьми по семейным обстоятельствам или на работе. Имеется немного данных о риске заражения в этих условиях: заболеваемость ветряной оспой может варьироваться от 1,5 до 4,6 случаев на 1000 детородных женщин и от 1,21 до 6 случаев на 10 000 беременных женщин соответственно. Целью многих исследований является сосредоточение внимания на эпидемиологии и клиническом ведении случаев заражения ветряной оспой во время беременности. Особое внимание уделяется точному обследованию детородных женщин во время первого гинекологического осмотра - женщины, которые были подвержены тестированию на инфекцию, могут быть проинформированы о рисках и проинструктированы о процедуре в случае контакта, - а также ранней профилактике контакта с людьми, находящимися в группе риска. В этой обзорной статье мы хотели отметить особенности течения ветряной оспы у беременных женщин.

Ключевые слова: ветряная оспа у беременных, ветряная оспа течение.

Введение.

Ветряная оспа является высококонтагиозным инфекционным заболеванием, вызываемое вирусом ветряной оспы, характеризующееся везикулярной экзантемой и лихорадкой [1]. Вирус распространяется по всему миру и обычно передается от человека к человеку при прямом контакте, например, с кожной сыпью или при вдыхании аэрозольных капель из выделений дыхательных путей пациентов с ветряной оспой [2]. После первичной инфекции ВЗВ остается латентным в чувствительных нервных узлах и может реактивироваться в более позднем возрасте, вызывая ГЦ [2].

Риск первичной инфекции ВЗВ у беременных женщин связан как с распространенностью серонегативных взрослых пациентов в кружении, так и с распространением циркуляции вируса в детском возрасте.

Хорошо известно, что эпидемиология ветряной оспы демонстрирует различия между странами с высоким и низким доходом. В странах с высоким уровнем дохода, до внедрения программы вакцинации младенцев, инфекция обычно приобреталась в детстве, и поэтому серопревалентность защитных антител (а именно класса IgG против ВО) была очень высокой во взрослом возрасте, превышая 95%. С другой стороны, в странах с низким уровнем дохода инфекция по-прежнему чаще передается во взрослом возрасте, и большинство детородных женщин подвержены риску заражения также во время беременности [4, 5].

По исследования Тан и Коррена установлено что передача вируса от матери плоду в течение первого и второго триместров вызывает особую озабоченность

из-за небольшого риска (1%) врожденного синдрома ветряной оспы, который включает в себя ряд аномалий и связан с высоким уровнем летальности (30%) [21-24]. Риск трансплацентарной инфекции возрастает с возрастом беременности, а неонатальная ветряная оспа может возникнуть, если мать инфицирована на поздних сроках беременности. Миллер, Крадок-Ватсон и Ридегальд утверждают что риск наиболее высок, когда заражение происходит менее чем за 5 дней до и через 2 дня после родов, до того, как может быть передан пассивный иммунитет от матери к ребенку [24]. Даже при современной интенсивной терапии новорожденных и медикаментозном лечении неонатальная ветряная оспа является серьезным заболеванием со смертностью до 30% [24].

Первичная инфекция, приобретенная во время беременности, может оказывать влияние как на материнскую заболеваемость и смертность, так и на исход родов [25]. Обычно клиническое течение ветряной оспы характеризуется благоприятным исходом, и примерно в 2-6% случаев, по оценкам в ЕС, могут развиваться серьезные осложнения, включая вторичные бактериальные инфекции, пневмонию, асептический менингит или энцефалит, церебральную атаксию и геморрагические осложнения; [3]. Риск осложнений, таких как пневмония, по-видимому, повышен у беременных женщин по сравнению с пациентами без тяжести, достигая примерно 10-20% случаев ветряной оспы [26, 27]. Некоторые факторы риска были связаны с риском развития у матери пневмонии, связанной с ВЗВ: (i) первичная инфекция, приобретенная в течение третьего триместра беременности, (ii) активное курение и (iii) кожные высыпания свыше 100 очагов [28].

Клинически начало пневмонии протекает незаметно; у пациентки развивается непродуктивный кашель через 2-5 дней после экзантемы, который может быстро прогрессировать до дыхательной недостаточности, требующей интенсивной терапии [29]. Беременных женщин с респираторными симптомами или взвинченной пневмонией следует срочно госпитализировать для наблюдения и начала противовирусной терапии; до 40% женщин могут нуждаться в искусственной вентиляции легких [30]. В тяжелых случаях, а именно у тех, кому требуется искусственная вентиляция легких, уровень смертности в эпоху, предшествующую появлению противовирусной терапии, составлял 20-45%, в то время как в настоящее время, по оценкам, снижен до 3-14% [31, 32]. Кроме того, возможна потеря беременности, особенно из-за материнского сепсиса или гипоксии [33].

Другой важный вопрос, связанный с ветряной оспой у матери, связан с исходом родов и потомством. Данные литературы, по-видимому, указывают на повышенную частоту спонтанных преждевременных родов у беременных женщин с ветряной оспой (14,3%) по сравнению с тяжелобольными пациентками без взвинченной инфекции (5,6%, $p = 0,05$) [34]. Кроме того, сообщалось о риске вертикальной передачи инфекции плоду / новорожденному на внутриутробной стадии (врожденная инфекция), во время родов (перинатальная инфекция) или после рождения (послеродовая инфекция) [35]. Частота вертикальной передачи составляет около 25% до 20-недельной беременности [36]. Инфекция у потомства может привести к гибели плода, аборту, преждевременным родам, задержке внутриутробного развития и различным дефектам, которые уже проявляются при рождении или, что более часто, возникают как последствия [34, 37, 38]. Частота врожденной инфекции в целом составляет 0,91%, причем показатели варьируются от 0,55 в течение первого триместра до 1,4 во время второго, а в течение третьего триместра практически отсутствуют [39, 40].

Выводы: Эти результаты подчеркивают, что определенные группы женщин детородного возраста нуждаются в повышенном внимании: всеобщий скрининг



на антитела к ветряной оспе у женщин, планирующих беременность, оказался неэффективным с точки зрения затрат, но врачи общей практики должны проявлять инициативу при сборе анамнеза ветряной оспы у женщин из стран с умеренным климатом, особенно если они рожают или работают в детских учреждениях. В случае отрицательного анамнеза предыдущей инфекции ветряной оспы женщина должна пройти серотестирование, и если результат отрицательный, рекомендуется выборочная вакцинация до беременности. Если серонегативная женщина забеременела, ей необходимо получить достаточную информацию о том, как избегать контакта с лицами, больными ветряной оспой.

Рекомендации:

1. Вакцинация против ветряной оспы рекомендуется всем женщинам, не обладающим иммунитетом, в рамках предбеременного и послеродового ухода. (II-3B) 2. Вакцинацию против ветряной оспы не следует проводить во время беременности. Однако не следует рекомендовать прерывание беременности из-за непреднамеренной вакцинации во время беременности. (II-3D) 3. Статус антенатального иммунитета к ветряной оспе у всех беременных женщин должен быть подтвержден историей предшествующей инфекции, вакцинацией против ветряной оспы или серологическим анализом на иммуноглобулин G против ветряной оспы. (III-C) 4. Все беременные женщины, не обладающие иммунитетом, должны быть проинформированы о риске заражения ветряной оспой для них самих и их плодов. Их следует проинструктировать обращаться за медицинской помощью после любого контакта с человеком, который мог быть заразным. (II-3B) 5. В случае возможного заражения ветряной оспой у беременной женщины с неизвестным иммунным статусом следует провести анализ сыворотки. Если результаты анализа сыворотки отрицательные или отсутствуют в течение 96 часов после заражения, следует ввести иммуноглобулин против ветряной оспы. (III-C) 6. Женщины, у которых развивается ветряная оспа во время беременности, должны быть осведомлены о потенциальных неблагоприятных последствиях для матери и плода, риске передачи инфекции плоду и доступных вариантах пренатальной диагностики. (II-3C) 7. Всем женщинам, у которых во время беременности развилась ветряная оспа, рекомендуется тщательное ультразвуковое исследование и соответствующее последующее наблюдение для выявления последствий инфекции для плода. (III-B) 8. Женщинам со значительной ветряной оспой (например, пневмонитом) во время беременности следует назначать пероральные противовирусные средства (например, ацикловир по 800 мг 5 раз в день). В случаях прогрессирования ветряной оспы следует серьезно рассмотреть вопрос о госпитализации матери. При тяжелых осложнениях беременности может быть рекомендовано внутривенное введение ацикловира (пероральные формы имеют низкую биодоступность). При ветряной пневмоните доза обычно составляет 10-15 мг / кг массы тела или 500 мг / м² внутривенно каждые 8 ч в течение 5-10 дней, и ее следует начинать в течение 24-72 ч после появления сыпи. (III-C) 9. Медицинские работники новорожденных должны быть проинформированы о перипартальном воздействии ветряной оспы, чтобы оптимизировать раннюю неонатальную помощь с помощью иммуноглобулина varicella zoster и иммунизации. (III-C) Иммуноглобулин против ветряной оспы следует назначать новорожденным всякий раз, когда начало заболевания у матери приходится на период между 5 днями до и 2 днями после родов. (III-C).

Список использованной литературы.

1. Pinkbook | Varicella | Epidemiology of Vaccine Preventable Diseases | CDC. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/varicella.html>. Accessed 5 Apr 2018
2. (2014) Varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper
3. Riera-Montes M, Bollaerts K, Heininger U et al (2017) Estimation of the burden of varicella in Europe before the introduction of universal childhood immunization. *BMC Infect Dis* 17:353
4. Lolekha S, Tanthiphabha W, Sornchai P, Kosuwan P, Sutra S, Warachit B, Chup-Upprakarn S, Hutagalung Y, Weil J, Bock HL Effect of climatic factors and population density on varicella zoster virus epidemiology within a tropical country. *Am J Trop Med Hyg* 64:131-136
5. Maretic Z, Cooray MP (1963) Comparisons between chickenpox in a tropical and a European country. *J Trop Med Hyg* 66:311-315
6. Benoit G, Etchemendigaray C, Nguyen-Xuan HT, Vauloup-Fellous C, Ayoubi J-M, Picone O (2015) Management of varicella-zoster virus primary infection during pregnancy: a national survey of practice. *J Clin Virol* 72:4-10
7. Rawson H, Crampin A, Noah N (2001) Deaths from chickenpox in England and Wales 1995-7: analysis of routine mortality data. *BMJ* 323:1091-1093 Varicella-related deaths among adults-United States, 1997. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00047618.htm>. Accessed 5 Apr 2018
8. Harger JH, Ernest JM, Thurnau GR et al (2002) Frequency of congenital varicella syndrome in a prospective cohort of 347 pregnant women. *Obstet Gynecol* 100:260-265 PubMed Google Scholar
9. Haake DA, Zakowski PC, Haake DL, Bryson YJ Early treatment with acyclovir for varicella pneumonia in otherwise healthy adults: retrospective controlled study and review. *Rev Infect Dis* 12:788-798
10. Cox S, Cunningham F, Luby J (1990) Management of varicella pneumonia complicating pregnancy. *Am J Perinatol* 7:300-301 Article PubMed CAS Google Scholar
11. Sauerbrei A, Wutzler P (2001) Neonatal varicella. *J Perinatol* 21:545-549 Article PubMed CAS Google Scholar
12. Schutte TJ, Rogers LC, Copas PR (1996) Varicella pneumonia complicating pregnancy: a report of seven cases. *Infect Dis Obstet Gynecol* 4:338-346 Article PubMed PubMed Central CAS Google Scholar
13. Daley AJ, Thorpe S, Garland SM (2008) Varicella and the pregnant woman: prevention and management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 48:26-33 Article PubMed Google Scholar
14. Pastuszak AL, Levy M, Schick B et al (1994) Outcome after maternal varicella infection in the first 20 weeks of pregnancy. *N Engl J Med* 330:901-905 Article PubMed CAS Google Scholar
15. Gardella C, Brown ZA (2007) Managing varicella zoster infection in pregnancy. *Cleve Clin J Med* 74:290-296 Article PubMed Google Scholar
16. Sauerbrei A, Wutzler P (2005) Varicella-zoster virus infections during pregnancy: epidemiology, clinical symptoms, diagnosis, prevention and therapy. *Curr Pediatr Rev* 1:205-215 Article Google Scholar
17. Birthistle K, Carrington D (1998) Fetal varicella syndrome-a reappraisal of the literature. A review prepared for the UK Advisory Group on Chickenpox on behalf of the British Society for the Study of Infection. *J Inf Secur* 36(Suppl 1):25-29 Google Scholar
18. Sauerbrei A, Wutzler P (2003) Fetales varizellensyndrom. *Monatsschrift*

Kinderheilkd 151:209-213.

19. Benoit G, Etchemendigaray C, Nguyen-Xuan HT, Vauloup-Fellous C, Ayoubi J-M, Picone O (2015) Management of varicella-zoster virus primary infection during pregnancy: a national survey of practice. *J Clin Virol* 72:4-10 Article PubMed CAS Google Scholar

20. Rawson H, Crampin A, Noah N (2001) Deaths from chickenpox in England and Wales 1995-7: analysis of routine mortality data. *BMJ* 323:1091-1093 Article PubMed PubMed Central CAS Google Scholar

21. Varicella-related deaths among adults-United States, 1997. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00047618.htm>. Accessed 5 Apr 2018

22. Harger JH, Ernest JM, Thurnau GR et al (2002) Frequency of congenital varicella syndrome in a prospective cohort of 347 pregnant women. *Obstet Gynecol* 100:260-265 PubMed Google Scholar

23. Haake DA, Zakowski PC, Haake DL, Bryson YJ Early treatment with acyclovir for varicella pneumonia in otherwise healthy adults: retrospective controlled study and review. *Rev Infect Dis* 12:788-798

24. Cox S, Cunningham F, Luby J (1990) Management of varicella pneumonia complicating pregnancy. *Am J Perinatol* 7:300-301 Article PubMed CAS Google Scholar

25. Sauerbrei A, Wutzler P (2001) Neonatal varicella. *J Perinatol* 21:545-549 Article PubMed CAS Google Scholar

26. Schutte TJ, Rogers LC, Copas PR (1996) Varicella pneumonia complicating pregnancy: a report of seven cases. *Infect Dis Obstet Gynecol* 4:338-346 Article PubMed PubMed Central CAS Google Scholar

27. Daley AJ, Thorpe S, Garland SM (2008) Varicella and the pregnant woman: prevention and management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 48:26-33 Article PubMed Google Scholar

28. Pastuszak AL, Levy M, Schick B et al (1994) Outcome after maternal varicella infection in the first 20 weeks of pregnancy. *N Engl J Med* 330:901-905 Article PubMed CAS Google Scholar

29. Gardella C, Brown ZA (2007) Managing varicella zoster infection in pregnancy. *Cleve Clin J Med* 74:290-296 Article PubMed Google Scholar

30. Sauerbrei A, Wutzler P (2005) Varicella-zoster virus infections during pregnancy: epidemiology, clinical symptoms, diagnosis, prevention and therapy. *Curr Pediatr Rev* 1:205-215 Article Google Scholar

31. Birthistle K, Carrington D (1998) Fetal varicella syndrome-a reappraisal of the literature. A review prepared for the UK Advisory Group on Chickenpox on behalf of the British Society for the Study of Infection. *J Inf Secur* 36(Suppl 1):25-29 Google Scholar

32. Sauerbrei A, Wutzler P (2003) Fetales varizellensyndrom. *Monatsschrift Kinderheilkd* 151:209-213