

Н.Р. Пименова¹, Е.И. Каширская¹, О.В. Лебедева¹, Д.А. Молев², О.А. Тюрина²,
А.В. Алексеева¹, Д.Е. Ушенина¹

¹ Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Российская Федерация

² Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой, Астрахань, Российская Федерация

Клинический случай манифестной формы врожденного сифилиса в сочетании с микоплазменной инфекцией у новорожденного ребенка

Автор, ответственный за переписку:

Каширская Елена Игоревна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии Астраханского государственного медицинского университета

Адрес: 414000, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: +7 (960) 861-13-75, e-mail: kmn2001@mail.ru

Обоснование. Врожденный сифилис является внутриутробной инфекцией, характеризующейся полиорганностью поражения с тяжелыми последствиями, приводящими к инвалидизации. Передача инфекции от матери к внутриутробному ребенку может произойти через плаценту или во время родов посредством прямого контакта с инфицированными родовыми путями матери. Ранний врожденный сифилис у детей до 2 лет может протекать в скрытой форме без клинических признаков с положительными серологическими реакциями и в манифестной форме с вариабельной клинической симптоматикой. Для профилактики врожденного сифилиса крайне важными являются скрининговое обследование беременных женщин на наличие возбудителя заболевания, а также своевременно начатое и полноценное лечение будущих матерей в случае положительных результатов, что в большинстве случаев позволяет избежать заражения внутриутробного ребенка. **Описание клинического случая.** В представленном клиническом случае недоношенный ребенок рожден от женщины с нелеченым сифилисом, подтвержденным серологически на позднем сроке беременности. У ребенка с рождения отмечались признаки внутриутробной инфекции с преимущественным поражением печени. На 7-е сут жизни диагностирована пневмония. При рентгенологическом исследовании трубчатых костей обнаружены признаки остеохондрита. При серологической диагностике выявлены положительные результаты тестов на сифилис и микоплазмоз. Ребенок получал комплексную терапию (этиотропную, патогенетическую, симптоматическую), на фоне которой отмечалась положительная динамика. **Заключение.** В описанном клиническом случае заражение внутриутробного ребенка бледной трепонемой и проявление раннего врожденного сифилиса в неонатальном периоде в активной клинической форме, предположительно, связаны с отсутствием профилактического лечения матери во время беременности. Представленные данные подтверждают важность профилактики врожденного сифилиса, которая должна заключаться в своевременном выявлении и лечении заболевания у будущих матерей.

Ключевые слова: ранний врожденный сифилис, новорожденный, микоплазменная инфекция, клинический случай

Для цитирования: Пименова Н.Р., Каширская Е.И., Лебедева О.В., Молев Д.А., Тюрина О.А., Алексеева А.В., Ушенина Д.Е. Клинический случай манифестной формы врожденного сифилиса в сочетании с микоплазменной инфекцией у новорожденного ребенка. *Педиатрическая фармакология*. 2025;22(3):301–307. doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v22i3.2914>

ОБОСНОВАНИЕ

Врожденный сифилис представляет собой внутриутробную мультисистемную инфекцию, вызываемую бледной трепонемой и передающуюся пренатальному ребенку через плаценту от инфицированной матери. Это заболевание характеризуется широкой клинической вариабельностью с кожными и висцеральными проявлениями, включая мертворождение, неонатальную смерть и бессимптомные случаи. Заражение внутриутробного ребенка при врожденном сифилисе возможно при наличии заболевания у матери еще до зачатия, а также при инфицировании женщины во время беременности. Особенно опасными для внутриутробного ребенка являются те случаи, когда женщина не получала специфическую терапию сифилиса, при этом риск заражения повышается, если беременность наступила в течение первых 3 лет после ее инфицирования [1, 2].

Возбудитель, как правило, не способен проходить через нормальную плаценту и проникает к внутриутробному ребенку с кровью матери через пупочную вену при повреждении плаценты токсинами или другими факторами [3–6]. Известно, что в большинстве случаев характерная клиническая картина врожденного сифилиса наблюдается при инфицировании внутриутробного ребенка после 4-го мес беременности, что связано с незрелостью иммунной системы пренатального ребенка до 16-й нед гестации и с неспособностью реагировать на антиген образованием антител. В противном случае отмечалось бы развитие патологического процесса на ранних сроках, в том числе в период эмбриогенеза, что привело бы к нарушению процесса закладки и формирования органов, систем, а также к тяжелому, возможно, несовместимому с жизнью восполнительному процессу [7, 8].

Патогенез врожденного сифилиса представляет собой сложный процесс, в котором ключевую роль играют иммунный ответ внутриутробного ребенка и, в меньшей степени, цитодеструктивное действие бледной трепонеми [9].

В зависимости от сроков манифестации в настоящее время выделяют ранний врожденный сифилис, который дебютирует до двухлетнего возраста, а также поздний врожденный сифилис с дебютом после 2 лет. Заболевание может протекать в активной форме с поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, нервной системы, печени и других органов или скрыто — без клинической симптоматики, но с положительными серологическими реакциями [1, 9, 10].

В 2020 г. в России зарегистрировано 15 случаев врожденного сифилиса (1,04 на 100 тыс. живорожденных), при этом отмечается ежегодное снижение заболеваемости, что связано с особенностями контроля в женских консультациях, который заключается в скрининговом серологическом обследовании всех беременных женщин и своевременной этиотропной терапии при позитивных результатах тестирования. Однако доступность медицинской помощи не гарантирует полного обследования и наблюдения всех будущих матерей, не все беременные женщины встают на учет в женскую консультацию или посещают ее регулярно, что увеличивает вероятность внутриутробных инфекций, включая врожденный сифилис [10, 11]. Безусловно, для предотвращения заражения внутриутробного ребенка крайне важно начать лечение матери в первой половине беременности [12]. В последние годы отмечается увеличение числа случаев впервые выявленного сифилиса у женщин во второй половине беременности и после родов, таким образом, часть женщин не успевают получить полноценный курс специфической терапии, что повышает риск рождения ребенка с врожденным сифилисом [13, 14].

Вышесказанное приводит к выводу, что проблема

врожденного сифилиса остается актуальной и требует осведомленности будущих матерей, особого внимания специалистов в области акушерства, педиатрии и неонатологии, а также разработки эффективных программ профилактики и лечения, что позволит избежать заражения внутриутробного ребенка и развития тяжелых форм заболевания после рождения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Ребенок Г., мужского пола, рожден от первой беременности, первых преждевременных родов с массой тела 2290 г, длиной тела 45 см, окружностью головы 32 см, оценкой по шкале APGAR 7/8 баллов. Женщина встала на учет в женской консультации за три дня до родов, в начале 34-й нед беременности. Со слов женщины, в анамнезе урогенитальный уреоплазмоз. На 34-й нед беременности была госпитализирована в ГБУЗ «Клинический родильный дом» г. Астрахани в связи с угрозой прерывания, многоводием, хронической плацентарной недостаточностью. Учитывая признаки острой фетальной гипоксии, проведено родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Состояние ребенка при рождении тяжелое, обусловлено дыхательной недостаточностью, угнетением центральной нервной системы (ЦНС). Переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии Клинического родильного дома г. Астрахани, где начата аппаратная искусственная вентиляция легких, введен экзогенный сурфактант. В неврологическом статусе — признаки угнетения ЦНС. Кожные покровы розовые, с иктеричным оттенком, чистые. На коже живота и области грудной клетки — петехии и единичные экхимозы. В легких — жесткое дыхание, хрипы не выслушивались. Частота дыхательных движений (ЧДД) — 58/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений — 160 уд./мин. Живот увеличен в объеме, безболезненный. Перистальтика кишечника осла-

Nailya R. Pimenova¹, Elena I. Kashirskaya¹, Oksana V. Lebedeva¹, Dmitriy A. Molev², Olga A. Tyurina², Anastasiya V. Alekseeva¹, Daria E. Ushenina¹

¹ Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russian Federation

² N.N. Silishcheva Regional Children's Clinical Hospital, Astrakhan, Russian Federation

Manifest Form of Congenital Syphilis in Combination with Mycoplasma Infection in a Newborn Child: Case Report

Background. Congenital syphilis is an intrauterine infection characterized by multiple organ damage with severe consequences leading to disability. Transmission of infection from mother to fetus can occur in utero through the placenta or during childbirth through direct contact with the infected birth canal of the mother. Early congenital syphilis in children under 2 years of age can occur in a latent form without clinical signs with positive serological reactions and in a manifest form with variable clinical symptoms. For the prevention of congenital syphilis, it is extremely important to screen pregnant women for the presence of the causative agent of the disease, as well as timely and full-fledged treatment of expectant mothers in case of positive results, which in most cases avoids infection of the fetus. **Case Report.** In the presented case report, a premature baby was born to a woman with untreated syphilis, confirmed serologically by a blood test at late pregnancy. From birth, the child showed signs of intrauterine infection with predominant liver damage. Pneumonia was diagnosed on the 7th day of life. X-ray examination of the tubular bones revealed signs of osteochondritis. Serological diagnostics revealed positive test results for syphilis and mycoplasmosis. The child received complex therapy (etiotropic, pathogenetic, symptomatic), against which positive dynamics was noted. **Conclusion.** In the described case report, infection of the fetus with *Treponema pallidum* and the manifestation of early congenital syphilis in the neonatal period in an active clinical form is probably due to the lack of preventive treatment of the mother during pregnancy. The presented data confirm the importance of the prevention of congenital syphilis, which should consist in the timely detection and treatment of the disease in expectant mothers.

Keywords: early congenital syphilis, newborn, mycoplasma infection, case report

For citation: Pimenova Nailya R., Kashirskaya Elena I., Lebedeva Oksana V., Molev Dmitriy A., Tyurina Olga A., Alekseeva Anastasiya V., Ushenina Daria E. Manifest Form of Congenital Syphilis in Combination with Mycoplasma Infection in a Newborn Child: Case Report. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2025;22(3):301–307. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v22i3.2914>

блена. Гепатоспленомегалия. При исследовании кислотно-основного состояния крови выявлен выраженный метаболический ацидоз. В биохимическом анализе крови отмечались гипербилирубинемия (прямой билирубин — 65,8 мкмоль/л, норма 8,0 мкмоль/л; непрямой билирубин — 118,9 мкмоль/л, норма 14,0 мкмоль/л), повышение трансаминаз (аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 109,5 Ед/л, норма < 40 Ед/л; аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 321,5 Ед/л, норма < 40 Ед/л), прокальцитонина (≥ 10 нг/мл, норма < 2 нг/мл). По данным коагулограммы — явления гипокоагуляции. Остальные биохимические показатели крови в пределах нормы: глюкоза — 3,4 ммоль/л (норма 2,6–5,5 ммоль/л), общий белок — 53 г/л (норма 40–70 г/л), альбумин — 29 г/л (норма 28–44 г/л), мочевины — 7,0 ммоль/л (норма 1,8–8,0 ммоль/л), креатинин — 54 мкмоль/л (норма 18–88 мкмоль/л), натрий — 142,8 ммоль/л (норма 135–150 ммоль/л), калий — 4,39 ммоль/л (норма 3,5–5,5 ммоль/л), кальций — 2,2 ммоль/л (норма 2,0–2,75 ммоль/л), магний — 0,9 ммоль/л (норма 0,7–1,03 ммоль/л), гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) — 69 Ед/л (норма 10–151 Ед/л), щелочная фосфатаза — 274 Ед/л (норма 50–400 Ед/л). При рентгенологическом обследовании в легких очаговых и инфильтративных изменений не обнаружено, выявлялись тень увеличенной печени, которая занимала 2/3 брюшной полости, и тень увеличенной селезенки. При ультразвуковом исследовании брюшной полости — гепатоспленомегалия. По данным нейросонограммы выявлены признаки умеренной перивентрикулярной ишемии, расширение боковых желудочков. При эхокардиографии визуализирован функционирующий открытый артериальный проток.

Выставлен предварительный диагноз: «Инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная».

Ввиду отсутствия пренатального обследования матери, а также наличия клинических признаков врожденной инфекции у ребенка и подозреваемой бактериальной природы заболевания (предположительно, стрептококковая, грамтрицательная флора, не исключена смешанная инфекция) назначена стартовая эмпирическая антибактериальная терапия: ампициллин + сульбактам 90 мг 2 раза в сутки внутривенно, гентамицин 6 мг 2 раза в сутки внутривенно (продолжительность терапии — 7 дней).

Для бактериологического исследования были взяты образцы трахеобронхиального аспирата, а также кровь для анализа на стерильность. Взята кровь для исследования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на вирус простого герпеса (ВПГ), моча для исследования методом ПЦР на цитомегаловирус (ЦМВ).

Учитывая проявления артериальной гипотензии, назначена кардиотоническая поддержка дофамином в дозе 5 мкг/кг/мин. С гемостатической целью проводилась трансфузия свежезамороженной плазмы.

В динамике на 2-е сут жизни у ребенка отмечались тонико-клонические судороги верхних и нижних конечностей, оральные автоматизмы. С противосудорожной целью было начато введение леветирацетама в дозе 20 мг/кг/сут. Судороги купированы. На 3-и сут жизни по данным гемограммы выявлены тяжелая анемия (гемоглобин — 65 г/л, норма 160–240 г/л, эритроциты — $2,7 \times 10^{12}$, норма $5,5\text{--}6,5 \times 10^{12}$, гематокрит — 18%, норма 55%), лейкопения (лейкоциты — $5,2 \times 10^9$, норма $15\text{--}20 \times 10^9$), тромбоцитопения (тромбоциты — 97×10^9 , норма $150\text{--}400 \times 10^9$). С заместительной целью проводилась трансфузия эритроцитарной взвеси, после чего

отмечалось нарастание уровня гемоглобина до 114 г/л, гематокрита до 31%.

В динамике состояние ребенка оставалось тяжелым. На 5-е сут жизни, учитывая стабильные показатели гемодинамики, кардиотоническая поддержка прекращена. Получены отрицательные результаты анализов крови методом ПЦР на ВПГ 1-го и 2-го типов и мочи на ЦМВ, а также результаты бактериологического обследования трахеобронхиального аспирата и крови — микробного роста не выявлено.

На 7-е сут жизни с диагностической целью проведена люмбальная пункция, при исследовании ликвора патологических изменений не выявлено. К концу 7-х сут жизни, учитывая стойкое спонтанное дыхание, адекватные показатели сатурации, отсутствие судорог, ребенок был экстубирован и переведен на дотацию увлажненного кислорода в кувез 4 л/мин.

На 7-е сут жизни переведен в отделение анестезиологии-реанимации с палатами интенсивной терапии (ОАРИТ) областной детской клинической больницы (ОДКБ), где продолжил получать лечение и был дообследован. Состояние ребенка оставалось стабильно тяжелым. Сохранялась клиника церебральной депрессии. Судорог не отмечалось. Сохранялась кислородозависимость, отмечалось легкое втяжение грудины на вдохе, ЧДД — до 54–56/мин.

Консультирован пульмонологом. С учетом отсутствия очаговых и инфильтративных изменений на рентгенограмме рекомендовано проведение компьютерной томографии (КТ) легких, по результатам которой выявлены признаки правосторонней пневмонии. Сохранялись гепатоспленомегалия, прямая гипербилирубинемия (до 115,9 мкмоль/л), повышение трансаминаз (АЛТ — 268 Ед/л, АСТ — 430 Ед/л). Геморрагических проявлений не отмечалось, по данным коагулограммы — без патологических изменений. В гемограмме сохранялись признаки анемии. Гемодинамика оставалась стабильной, кардиотонической поддержки не требовалось.

Проведен консилиум, по итогам которого вынесено следующее заключение: у недоношенного ребенка с момента рождения диагностирована инфекционная патология, основное заболевание — врожденная инфекция (гепатит, пневмония); ведущим патофизиологическим синдромом на момент осмотра является патология гепатобилиарной системы в виде текущего гепатита с выраженным цитолитическим синдромом. Рекомендовано обследование на урогенитальный микоплазмоз, продолжение проводимой терапии.

Учитывая развитие пневмонии, предположительно, смешанной этиологии с возможным присоединением возбудителей нозокомиальной флоры, проведена ротация антибактериальной терапии, назначены препараты широкого спектра действия (цефоперазон + сульбактам 85 мг 2 раза в сутки внутривенно и линезолид 20 мг 3 раза в сутки внутривенно). С целью профилактики недостаточности витамин-К-зависимых факторов назначен 1% менадиона натрия бисульфит.

Взяты кровь для исследования методом иммуноферментного анализа (ИФА) на микоплазмоз, образцы трахеобронхиального аспирата для повторного бактериологического исследования, а также кровь для анализа на стерильность.

Проведена магнитно-резонансная томография головного мозга — патологических изменений не выявлено.

На 7-е сут пребывания пациента в отделении (14-е сут жизни) получены данные из женской консультации о положительных результатах исследования крови

женщины на сифилис. Проведена консультация дерматовенеролога, рекомендовано серологическое обследование ребенка на сифилис.

При проведении серологической диагностики на сифилис на 16-е сут жизни получены следующие результаты: ИФА — антитела к *Treponema pallidum* (IgM-положительные, IgG-положительные); реакция микропреципитации — положительная (+++), реакция иммунофлуоресценции (РИФ) — положительная (+++), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) — положительная (+++).

При исследовании крови методом ИФА на микоплазмоз обнаружены антитела IgM к *Mycoplasma pneumoniae*.

При бактериологическом исследовании крови, мочи, отделяемого из зева микробного роста не выявлено.

Проведено рентгенологическое исследование трубчатых костей, по результатам которого обнаружены признаки остеохондрита.

На основании полученных данных был выставлен следующий диагноз. Основной: «Инфекция, специфичная для перинатального периода, уточненная (*Mycoplasma pneumoniae* + *Treponema pallidum*): гепатит, пневмония, остеохондрит». Осложнение основного: «Печеночная недостаточность». Сопутствующий: «Анемия недоношенных тяжелой степени. Недоношенность 34 нед. Преретинопатия недоношенных обоих глаз. Судороги новорожденного в анамнезе».

Проведен врачебный консилиум специалистов областного кожно-венерологического диспансера, выставлен диагноз: «Ранний врожденный сифилис с симптомами». Вынесено заключение: учитывая, что ребенок, находясь в стационаре, получал антибиотикотерапию по диагнозу «Инфекция, специфичная для перинатального периода», лечение по диагнозу «Ранний врожденный сифилис с проявлениями» считать проведенным в полном объеме.

Вопрос об отмене грудного вскармливания не стоял, так как ребенок с рождения вскармливался искусственной смесью по причине агалактии у матери.

Мать ребенка обследована в областном кожно-венерологическом диспансере, выставлен диагноз: «*Lues Latens praesens*», назначена специфическая терапия.

Ребенок консультирован специалистами: неврологом (заключение: «Перинатальная энцефалопатия смешанной этиологии. Церебральная депрессия. Неонатальные судороги, ремиссия»); офтальмологом (заключение: «Преретинопатия недоношенных обоих глаз»); хирургом (заключение: «Данных за хирургическую патологию нет»).

На фоне лечения в отделении реанимации состояние ребенка с положительной динамикой. На 19-е сут жизни в связи с отсутствием судорог и пароксизмальной активности на электроэнцефалограмме противосудорожная терапия была отменена. Показатели кислотно-основного состояния в норме. На 23-и сут жизни кислородотерапия прекращена, оксигенируется самостоятельно, проведена повторная КТ легких, по результатам которой отмечалось разрешение признаков правосторонней пневмонии.

Ввиду положительной клинико-инструментальной динамики антибактериальная терапия продолжена ранее назначенными препаратами. Симптоматика угнетения купирована. Явления гепатоспленомегалии уменьшились, по лабораторным данным: прямая билирубинемия и трансаминаземия со значительным снижением (прямой билирубин — 74,6 мкмоль/л, непрямого билирубин — 80,3 мкмоль/л, АЛТ — 75 Ед/л, АСТ — 50 Ед/л), остальные биохимические показатели крови в пределах нормы (прокальцитонин — 0,06 нг/мл, глюкоза — 3,2

ммоль/л, общий белок — 54 г/л, альбумин — 33 г/л, мочевины — 6,2 ммоль/л, креатинин — 47 мкмоль/л, натрий — 136,7 ммоль/л, калий — 4,39 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 245 Ед/л, ГГТ — 64 Ед/л. В гемограмме — без патологических изменений (эритроциты — $4,3 \times 10^{12}$, гемоглобин — 133 г/л, лейкоциты — $6,2 \times 10^9$, тромбоциты — 260×10^9).

Учитывая стойкую положительную динамику, нормализацию лабораторных и инструментальных показателей на фоне проводимой антибактериальной терапии, от назначения препаратов пенициллина в качестве этиотропного лечения сифилиса решено воздержаться.

В возрасте 1 мес 4 дней жизни переведен в педиатрическое отделение, откуда был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение педиатра, дерматовенеролога, невролога, офтальмолога. На момент выписки из стационара показатели прямого билирубина нормализовались, сохранялось незначительное повышение трансаминаз (прямой билирубин — 10,6 мкмоль/л, непрямого билирубин — 45,4 мкмоль/л, АЛТ — 50 Ед/л, АСТ — 44 Ед/л).

Временная шкала

Хронология ключевых событий представлена на рисунке.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ранний врожденный сифилис является заболеванием, при котором бледная трепонема, попадая через плаценту в кровоток внутриутробного ребенка, может поражать различные органы и системы, что обуславливает широкую вариабельность клинических проявлений инфекции после рождения. При этом риски фетального заражения и развития тяжелых постнатальных проявлений повышаются при отсутствии специфического лечения беременной женщины [3, 10].

В представленном клиническом случае инфекция у ребенка манифестировала в активной клинической форме, что с большей вероятностью связано с несвоевременно диагностированным сифилисом у матери и, как следствие, отсутствием специфической терапии во время беременности. Факт перенесенного женщиной сифилиса был установлен уже после родов, когда была получена информация из женской консультации о положительных результатах серологического тестирования крови.

Согласно клиническим рекомендациям, серологическая диагностика сифилиса включает в себя нетрепонемные (реакция микропреципитации, тест быстрых плазменных реагинов, тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний) и трепонемные тесты (ИФА, РИФ, РПГА, реакция иммобилизации бледных трепонем, метод иммунохемилюминесценции, иммунохроматографическое исследование). При этом трепонемные тесты обладают более высокой чувствительностью и специфичностью и используются для подтверждения позитивных результатов нетрепонемных тестов, а также для диагностики сифилиса у пациентов из группы риска. Интерпретацию результатов серологических исследований зачастую затрудняют материнские антитела к возбудителю класса G, которые способны проникать через плаценту к внутриутробному ребенку и определяться у него после рождения. Известно, что специфические иммуноглобулины класса M, которые являются собственными антителами ребенка, обнаруживаются только у 75–80% детей с ранним врожденным сифилисом [1].



Рисунок. Хронология ключевых клинических событий у пациента Г.

Примечание. ОАРИТ ОДКБ — отделение анестезиологии-реанимации с палатами интенсивной терапии областной детской клинической больницы; ПЦР — полимеразная цепная реакция; ВПГ — вирус простого герпеса; ЦМВ — цитомегаловирус.

Figure. Chronology of key clinical events in patient G.

Note. ARICU RCCH (OAPIT ODKB) — anesthesiology, reanimation and intensive care unit of regional children's clinical hospital; PCR (ПЦР) — polymerase chain reaction; HSV (ВПГ) — herpes simplex virus; CMV (ЦМВ) — cytomegalovirus.

В описанном клиническом наблюдении ребенку были проведены нетрепонемные тесты, которые показали положительный результат, и трепонемные реакции, позволившие выявить наличие специфических антител класса М, что указывало на активность инфекционного процесса у новорожденного. Учитывая, что одним из наиболее ранних патогномоничных проявлений врожденного сифилиса является поражение опорно-двигательного аппарата, проведена рентгенография трубчатых костей, по результатам которой выявлен остеохондрит. Совокупность анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных данных позволила выставить диагноз: «Ранний врожденный сифилис».

В соответствии с имеющимися отечественными и зарубежными рекомендациями, этиотропная терапия врожденного сифилиса проводится антибиотиками из групп пенициллинов или цефалоспоринов [1, 6, 15]. В представленном клиническом случае ребенок с рождения получал комбинированную антибактериальную терапию ампициллином и гентамицином с последующей ротацией на комбинацию «цефоперазон + сульбактам» и линезолид в связи с развитием пневмонии.

Специфическую терапию, направленную на микоплазменную инфекцию, ребенок не получал. Учитывая чувствительность микоплазм к макролидам, применение препаратов этой группы в качестве этиотропного лечения, вероятно, способствовало бы более быстрому купированию клинических проявлений и сокращению продолжительности заболевания.

При своевременно начатом лечении прогноз врожденного сифилиса относительно благоприятный. Ухудшению течения заболевания способствуют недоно-

шенность, внутриутробная гипотрофия, наличие сопутствующей патологии [3, 10].

В описанном клиническом случае прогноз для жизни и здоровья благоприятный. После проведенного лечения ребенок выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение специалистов.

Представленный случай доказывает критическую важность пренатального скрининга и своевременного лечения сифилиса у беременных женщин, что позволяет предупреждать фетальное заражение и развитие тяжелых форм заболевания у ребенка. Поздняя постановка женщины на учет по беременности не позволила своевременно диагностировать тяжелое заболевание, что привело к заражению внутриутробного ребенка и развитию проявлений раннего врожденного сифилиса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на редкость манифестной формы врожденного сифилиса в настоящее время, проблема этого заболевания остается актуальной. Скрытое течение инфекции у беременных, поздняя диагностика и отсутствие специфической терапии приводят к инфицированию внутриутробного ребенка и развитию тяжелых проявлений после рождения.

Профилактика врожденного сифилиса, безусловно, является наиболее эффективным методом борьбы с этим заболеванием и должна заключаться в тщательном сборе материнского анамнеза, своевременном выявлении и лечении заболевания у беременных женщин. Повышение осведомленности медицинских работников и населения в целом, постоянное совершенствование скрининговых программ крайне важны для эффективной профилактики врожденного сифилиса.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

От законного представителя ребенка при обращении в медицинское учреждение получено письменное информированное добровольное согласие на использование результатов обследования и лечения с научной целью.

INFORMED CONSENT

Patient's legal representative has signed informed consent on the use of results of treatment and observation for scientific purposes (signed at admission to medical facility).

ВКЛАД АВТОРОВ

Н.Р. Пименова — изучение и анализ отечественной и зарубежной литературы, осмотр пациента, сбор и анализ медицинских данных, систематизация полученных результатов, написание рукописи.

Е.И. Каширская — концепция работы, итоговая переработка статьи, окончательное утверждение версии для публикации.

О.В. Лебедева — анализ полученной работы, поисково-аналитическая работа для написания рукописи.

Д.А. Молев — клинико-диагностическое обследование, анализ медицинских данных.

О.А. Тюрина — курация больного, клинико-диагностическое обследование, сбор и анализ медицинских данных.

А.В. Алексеева — изучение и анализ отечественной и зарубежной литературы, сбор медицинских данных.

Д.Е. Ушенина — изучение и анализ отечественной и зарубежной литературы, сбор медицинских данных.

AUTHORS' CONTRIBUTION

Nailya R. Pimenova — study and analysis of national and foreign literature, examination of the patient, collection and analysis of medical data, systematization of the results obtained, writing.

Elena I. Kashirskaya — study concept, final revision of the manuscript, its final approval for publication.

Oksana V. Lebedeva — obtained data analysis, search and analytical work for manuscript writing.

Dmitriy A. Molev — clinical diagnostic examination, analysis of medical data.

Olga A. Tyurina — patient management, clinical diagnostic examination, collection and analysis of medical data.

Anastasiya V. Alekseeva — study and analysis of national and foreign literature, collection of medical data.

Daria E. Ushenina — study and analysis of national and foreign literature, collection of medical data.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

FINANCING SOURCE

Not specified.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

ORCID

Н.Р. Пименова

<https://orcid.org/0000-0002-0071-9803>

Е.И. Каширская

<https://orcid.org/0000-0002-4271-543X>

О.В. Лебедева

<https://orcid.org/0009-0005-1551-8333>

Д.А. Молев

<https://orcid.org/0009-0001-1196-6631>

О.А. Тюрина

<https://orcid.org/0009-0005-6846-018X>

А.В. Алексеева

<https://orcid.org/0000-0002-4391-094X>

Д.Е. Ушенина

<https://orcid.org/0009-0002-4349-8745>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденного сифилиса / Российская Ассоциация Специалистов Перинатальной Медицины. — М.: 2016. — 35 с. [Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike vrozhdennogo sifilisa. Russian Association of Perinatal Medicine Specialists. Moscow; 2016. 35 p. (In Russ).]
2. Сурганова В.И., Полякова Н.В., Левчик Н.К. и др. К проблеме диагностики раннего врожденного сифилиса: анализ клинического случая // *Лечащий Врач*. — 2021. — № 1. — С. 20–23. — doi: <https://doi.org/10.26295/OS.2021.43.20.004> [Surganova VI, Polyakova NV, Levchik NK, et al. K probleme diagnostiki rannego vrozhdennogo sifilisa: analiz klinicheskogo sluchaya. *Lechashchi Vrach Journal*. 2021;(1):20–23. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.26295/OS.2021.43.20.004>]
3. Sankaran D, Partridge E, Lakshminrusimha S. Congenital Syphilis-An Illustrative Review. *Children (Basel)*. 2023;10(8):1310. doi: <https://doi.org/10.3390/children10081310>
4. Fang J, Partridge E, Bautista GM, Sankaran D. Congenital Syphilis Epidemiology, Prevention, and Management in the United States: A 2022 Update. *Cureus*. 2022;14(12):33009. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.33009>
5. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина, Д.Н. Дегтярева. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2023. — 752 с. [Neonatologiya: National guide. Volodin NN, Degtyarev DN, eds. Moscow: GEOTAR-Media; 2023. 752 p. (In Russ).]
6. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. *Red Book 2021–2024: Report of the Committee on Infectious Diseases*. Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Itasca, IL, USA: American Academy of Pediatrics; 2021.

7. Инфекции, передаваемые половым путем / под ред. В.А. Аковбяна, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского. — М.: Медиа Сфера; 2007. — 744 с. [Infektsii, peredavaemye polovym putem. Akovbyan VA, Prokhorenkov VI, Sokolovskii EV, eds. Moscow: Media Sfera; 2007. 744 p. (In Russ).]

8. Родионов А.Н. Сифилис. — СПб.: Питер; 2007. — 320 с. [Rodionov AN. Sifilis. St. Petersburg: Piter; 2007. 320 p. (In Russ).]

9. Деспиллер Т.П., Драновский В.Л. Случай врожденного сифилиса с неблагоприятным исходом // *Здравоохранение Дальнего Востока*. — 2003. — № 3. — С. 103–104. [Despillier T, Dranovskii VL. Sluchai vrozhdennogo sifilisa s neblagopriyatnym iskhodom. *Public Health of the Far East*. 2003;(3):103–104. (In Russ).]

10. Хохлова А.П., Комарова А.А., Саркисян Е.А. и др. Клинический случай раннего врожденного сифилиса // *Детские инфекции*. — 2024. — Т. 23. — № 2. — С. 61–68. — doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2024-23-2-61-68> [Khokhlova AP, Komarova AA, Sarkisyan EA, et al. A clinical case of early congenital syphilis. *Detskie Infektsii = Children's Infections*. 2024;23(2):61–68. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2024-23-2-61-68>]

11. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Итоги деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю дерматовенерология, в 2020 году: работа в условиях пандемии // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 2021. — Т. 97. — № 4. — С. 8–32. — doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1261> [Kurbanov AA, Bogdanova EV. Dermatovenereology of Russian Federation in 2020: Working Under a Pandemic. *Vestnik*

dermatologii i venerologii. 2021;97(2):8–32. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1261>

12. Кокорева С.П., Куприна Н.П., Карпачева Т.А. и др. Состояние здоровья детей, рожденных от больных сифилисом матерей // *Детские инфекции*. — 2006. — Т. 5. — № 1. — С. 67–70. [Kokoreva SP, Kuprina NP, Karpacheva TA, et al. The state of health of children born to mothers with syphilis. *Detskije Infektsii* = *Children's Infections*. 2006;5(1):67–70. (In Russ).]

13. Wong SP, Yin YP, Gao X, et al. Risk of syphilis in STI clinic patients: A cross-sectional study of 11 500 cases in Guangxi, China. *Sex*

Transm Infect. 2007;83(5):351–356. doi: <https://doi.org/10.1136/sti.2007.025015>

14. Taiwo SS, Adesiji YO, Adekanle DA. Screening for syphilis during pregnancy in Nigeria: a practice that must continue. *Sex Transm Infect*. 2007;83(5):357–358. doi: <https://doi.org/10.1136/sti.2006.023416>

15. Сифилис: клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. — 2024. — 85 с. [Sifilis: Clinical guidelines. Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists. 2024. 85 p. (In Russ).]

Статья поступила: 06.03.2025, принята к печати: 16.06.2025

The article was submitted 06.03.2025, accepted for publication 16.06.2025

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Каширская Елена Игоревна, д.м.н. [**Elena I. Kashirskaya**, MD, PhD]; **адрес:** 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121 [**address:** 121, Bakinskaya Str., Astrakhan, 414000, Russian Federation]; **телефон:** +7 (960) 861-13-75; **e-mail:** kmn2001@mail.ru; **eLibrary SPIN:** 5826-6740

Пименова Наиля Рафаильевна, к.м.н. [**Nailya R. Pimenova**, MD, PhD]; **e-mail:** pimenova.nellya@yandex.ru; **eLibrary SPIN:** 6772-4058

Лебедева Оксана Вячеславовна, д.м.н. [**Oksana V. Lebedeva**, MD, PhD]; **e-mail:** lebedevadoc@gmail.com; **eLibrary SPIN:** 6396-8643

Молев Дмитрий Андреевич [**Dmitriy A. Molev**, MD]; **e-mail:** dimamolev@yandex.ru

Тюрина Ольга Александровна [**Olga A. Tyurina**, MD]; **e-mail:** lampapusya@mail.ru

Алексеева Анастасия Васильевна, студентка [**Anastasiya V. Alekseeva**, student]; **e-mail:** ms-ava@mail.ru; **eLibrary SPIN:** 1899-6764

Ушенина Дарья Евгеньевна, студентка [**Daria E. Ushenina**, student]; **e-mail:** ushenina_darya@mail.ru