

Научная статья

УДК 616.36-002.6

DOI: 10.17816/pmj421125-129

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА С АНТЕНАТАЛЬНОЙ АСФИКСИЕЙ ПЛОДА

М.Ю. Коберник, Г.К. Садыкова, А.П. Коленченко, Ю.С. Наумова*

*Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера,
Российская Федерация*

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CONGENITAL SYPHILIS WITH ANTENATAL FETAL ASPHYXIA

M.Yu. Kobernik, G.K. Sadykova, A.P. Kolenchenko, Yu.S. Naumova*

Ye.A. Wagner Perm State Medical University, Russian Federation

Представлен анализ клинического случая врожденной сифилитической инфекции, закончившейся антенатальной асфиксией плода.

Сифилис – венерическое заболевание, отличающееся системным характером, с поражением кожи, слизистых, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, а также плода в утробе матери. Инфицирование плода происходит на 16–20-й неделе беременности, преимущественно трансплацентарным путем. Исходами врожденного сифилиса являются невынашивание беременности, мертворождение, преждевременные роды, рождение ребенка с активным и скрытым течением сифилиса, рождение здорового ребенка.

Представлен клинический случай нелеченого врожденного сифилиса с антенатальной асфиксией плода. Прежде всего обращает на себя внимание отягощенный акушерский анамнез: первая и вторая беременности закончились внутриутробной асфиксией плода и неразвивающейся беременностью соответственно. Во время настоящей беременности в сроке 8–9 недель были выявлены антитела к *Treponema pallidum* – Ig G, M, титр 1:1280, и рекомендована консультация дерматовенеролога, однако за все время беременности дерматовенерологического осмотра, исследования и лечебных мероприятий проведено не было. Из сопутствующих заболеваний дважды наблюдался и был санирован трихомониаз и острые респираторные инфекции легкой степени. В 27 недель беременности на УЗИ была выявлена антенатальная асфиксия плода.

© Коберник М.Ю., Садыкова Г.К., Коленченко А.П., Наумова Ю.С., 2025

e-mail: margo110875@yandex.ru

[Коберник М.Ю. (*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии, ORCID: 0000-0002-3549-0076; Садыкова Г.К. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, ORCID: 0000-0003-1868-8336; Коленченко А.П. – студентка V курса лечебного факультета; Наумова Ю.С. – студентка V курса лечебного факультета].

© Kobernik M.Yu., Sadykova G.K., Kolenchenko A.P., Naumova Yu.S., 2025

e-mail: margo110875@yandex.ru

[Kobernik M.Yu. (*contact person) – PhD (Medicine), Associate Professor of the Department of Dermatovenereology, ORCID: 0000-0002-3549-0076; Sadykova G.K. – PhD (Medicine), Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, ORCID: 0000-0003-1868-8336; Kolenchenko A.P. – 5th-year Student of the Medical Faculty; Naumova Yu.S. – 5th-year Student of the Medical Faculty].

Вскрытие плода показало внутриутробную пневмонию, а патолого-анатомическое исследование последа – выраженные дистрофические изменения, характерные для врожденного сифилиса.

Данный случай демонстрирует, что игнорирование требуемых дерматовенерологических лечебно-диагностических мероприятий способствует прогрессированию заболевания и служит фактором развития антенатальной асфиксии плода. Для благоприятного течения беременности необходимы своевременное выявление и коррекция всех имеющихся изменений.

Ключевые слова. Врожденный сифилис, беременность, антенатальная асфиксия плода.

Syphilis is a systemic venereal disease that causes skin, mucous membranes, internal organs and musculoskeletal system lesions, and damages the fetus in the womb. The fetus is infected in the 16th–20th weeks of pregnancy, mostly transplacentally. The outcomes of congenital syphilis are miscarriages, stillbirths, premature births, the birth of a child with active and latent course of syphilis, and the birth of a healthy child.

A clinical case of untreated congenital syphilis with antenatal fetal asphyxia is presented. First of all, the attention is drawn to the aggravated obstetric anamnesis: the first and second pregnancies ended in intrauterine fetal asphyxia and therefore a non-developing pregnancy. In the 8th–9th weeks of the current pregnancy antibodies to *Treponema pallidum* were detected – IgG, M, titer 1:1280, and a consultation with a dermatovenerologist was recommended. However, during the entire pregnancy period, no dermatovenerological examination, tests or treatment measures were carried out. Concomitant trichomoniasis and acute respiratory viral infections in a mild form were revealed and sanitized twice. At 27 weeks of pregnancy, antenatal fetal asphyxia was determined by ultrasound examination. The autopsy of the fetus revealed intrauterine pneumonia, and the postmortem examination of the placenta – pronounced dystrophic changes specific to congenital syphilis.

This case demonstrates that ignoring the dermatovenerological therapeutic and diagnostic measures which were required, contributed to the disease progression and resulted in the development of antenatal fetal asphyxia. Timely detection and correction of all existing changes are necessary for a favorable course of pregnancy.

Keywords. Congenital syphilis, pregnancy, antenatal fetal asphyxia.

ВВЕДЕНИЕ

Сифилис – классическое венерическое заболевание [1], характеризующееся длительным волнообразным течением с поражением кожных покровов, слизистых оболочек, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и плода в утробе матери, имеющее неблагоприятные последствия вплоть до инвалидности и летального исхода [2]. За последние 10 лет стабильно отмечается снижение уровня заболеваемости сифилисом. В 2020 г. в Российской Федерации он составил 10,4 на 100 тыс. населения и был представлен ранними формами сифилиса – 5,3 на 100 тыс. населения, поздними формами сифилиса – 3,0 на 100 тыс. населения, другими и неуточненными формами сифилиса – 2,1 на 100 тыс. населения [3]. Было зарегистрировано 15 случаев врожденного сифилиса, из которых 14 – ранний врожденный и один – поздний врожденный сифилис. Несмотря на низкие цифры статистиче-

ских данных, остается вопрос невыявленной сифилитической инфекции, что может иметь более серьезные и глубокие последствия [4; 5]. Выделяют несколько путей инфицирования сифилисом: половой, контактный непосредственно от больного человека к здоровому и/или через предметы обихода, гемотрансфузионный, профессиональный и вертикальный – от беременной женщины к плоду с формированием врожденного сифилиса [6]. Наибольшая вероятность инфицирования плода наблюдается при заражении женщины во время беременности или за год до ее наступления (закон Коссовича). Инфицирование плода происходит на 16–20-й неделе беременности, преимущественно через плаценту, пупочную вену и лимфатические щели пуповины [7]. Плацента увеличивается в размерах, происходят изменения ее сосудов и ворсинок с развитием микроабсцессов, пери- и эндоартериитов, периваскулярных инфильтратов, что приводит к нарушению трофики плода [8].

Врожденный сифилис сопровождается патологией внутренних органов и опорно-двигательного аппарата плода с формированием диффузных воспалительных процессов, в тяжелых случаях приводящих к нежизнеспособности [9; 10]. Исход беременности определяется степенью активности сифилитической инфекции: невынашивание беременности – около 65 %, мертворождение – в среднем 11 %, преждевременные роды, рождение ребенка с активными проявлениями заболевания и скрытым течением сифилиса – в среднем 12 %, рождение здорового ребенка – в среднем 12 % [2; 11].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка М., 36 лет, обратилась в женскую консультацию 27 ноября 2023 г. по поводу задержки менструации с 26 сентября 2023 г.

Акушерско-гинекологический анамнез: в 2006 г. беременность закончилась антенатальной асфиксией плода в 30 недель; в 2011 г. – неразвивающаяся беременность в сроке 7–8 недель; в 2014, 2016 и 2017 гг. срочные роды; в 2023 г. настоящая беременность. Гинекологические заболевания и инфекции, передаваемые половым путем: кольпит, трихомониаз.

Объективно: соматический статус без особенностей; диагностирована беременность в сроке 8–9 недель. По результатам микроскопии влагалищного отделяемого обнаружены трихомонады, подтверждения диагноза молекулярно-биологическим методом не проведено.

Перед посещением акушера-гинеколога самостоятельно сдала анализы: в общем анализе крови: анемия I степени (гемоглобин 93 г/л), маркеры вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции отрицательные, исследование на сифилис было в работе.

Установлен диагноз: беременность 8–9 недель, хроническая железодефицитная анемия I степени, цервицит, трихомониаз. Назначено лечение трихомониаза, железодефицитной анемии, консультации терапевта, окулиста, стоматолога.

После посещения акушера-гинеколога получены результаты иммуноферментного анализа на сифилис: выявлены антитела к *Treponema pallidum* – IgG, М, титр 1:1280.

Течение беременности: повторная явка 20 декабря 2023 г., диагноз: беременность 12–13 недель, ОАГА (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез), хроническая железодефицитная анемия, трихомониаз (санирован). Ранний скрытый сифилис (?). Угрожаема по синдрому задержки роста плода. Выдано направление на консультацию дерматовенеролога. Рекомендовано обследование мужа на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).

Следующее посещение акушера-гинеколога в сроке беременности 17–18 недель. Дерматовенерологического осмотра проведено не было. В 21–22 недели беременности вновь выявлен трихомониаз. Рекомендации врача пациенткой и ее мужем не соблюдались.

На 24–25 неделе беременности появились жалобы на кашель с мокротой, насморк. Впервые обратилась к терапевту, установлен диагноз: острая респираторная инфекция легкой степени. Пациентка совместно с мужем начала лечение трихомониаза метронидазолом. Очередная явка 29 марта 2024 г. в 26–27 недель беременности: трихомониаз санирован. Консультация дерматовенеролога за все время беременности не проведена ни разу.

Плановое УЗИ от 12 апреля 2024 г.: антенатальная асфиксия плода в сроке 27 недель, плод соответствует 23,4 недели беременности, синдром задержки роста плода 1–2-й степени. Направлена в стационар 3-го уровня для родоразрешения. При госпитализации повторно проведен иммуноферментный анализ на сифилис, выявлены *anti-treponema pallidum* IgG, титр 1:1280.

Выполнено патолого-анатомическое вскрытие плода. Установлен основной диагноз: антенатальная асфиксия плода, аспирация околоплодными водами, мацерация кожи, трупные изменения внутренних органов,

трупная водянка полостей. Фоновый диагноз: фетопатия, недоношенность, крайне малая масса при рождении (750 г) и малый размер плода для гестационного возраста (28–29 недель), внутриутробная пневмония.

Данные патолого-анатомического исследования последа: послед соответствует недоношенной беременности, выраженные дистрофические компенсаторные изменения; множественные ложные и истинные инфаркты; хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность, очаговый париетальный хориоамнионит; гипоплазия вартонова студня плодовой части пуповины, посмертные изменения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Представлен редкий показательный случай антенатальной асфиксии плода вследствие отсутствия выполнения необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Из анамнеза известно, что первые две беременности закончились неблагоприятно: внутриутробной гибелью плода в 30 недель и замершей беременностью в сроке 7–8 недель; при этом причины таких исходов беременностей не были определены. В настоящую беременность при выявлении антител к возбудителю сифилиса и высочайшем титре антител (1:1280) не были проведены консультация дерматовенеролога, регламентированные лабораторные методы исследования (микрореакция на сифилис в комплексе с двумя из четырех видоспецифических тестов: РПГА, ИФА, РИФ, РИТ) и лечение сифилитической инфекции. Если бы соответствующие мероприятия были выполнены при постановке женщины на учет, врожденного сифилиса можно было избежать. Если бы они были осуществлены в дальнейшем, можно было успешно вылечить врожденный сифилис и получить живого здорового ребенка. Недооценка серьезности ситуации привела к прогрессированию сифилитической

инфекции, закончившейся антенатальной асфиксией плода.

ВЫВОДЫ

1. Каждой женщине следует проводить прегравидарную подготовку с учетом акушерско-гинекологического анамнеза и соматического статуса.

2. При обнаружении экстрагенитальной патологии во время беременности требуется комплексное ведение и преемственность между акушером-гинекологом и врачом по профилю конкретного сопутствующего заболевания.

3. Необходимо осуществлять своевременное и эффективное лечение выявленных изменений.

4. Каждая беременность должна быть осознанной, планируемой и желанной.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Елькин В.Д., Коберник М.Ю., Микова О.Е. СПИД-индикаторный дерматологический синдром у ВИЧ-инфицированного пациента. Пермский медицинский журнал 2015; 1 (32): 131–134. / *Elkin V.D., Kobernik M.Yu., Mikova O.E.* AIDS-indicator dermatological syndrome in HIV-infected patient. *Perm medical journal* 2015; 1 (32): 131–134 (in Russian).

2. *Stafford I.A., Workowski K.A., Bachmann L.H.* Syphilis complicating pregnancy and congenital syphilis. *N. Engl. J. Med.* 2024; 390 (3): 242–253. DOI: 10.1056/NEJMra 2202762.

3. 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; 97 (4): 8–32. DOI: 10.25208/vdv1261/ *Kubanov A.A., Bogdanova E.V.* Dermatovenereology of russian federation in 2020: working under a pandemic. *Vestnik dermatologii i venerologii* 2021; 97 (4): 8–32. DOI: 10.25208/vdv1261 (in Russian).

4. Cruz A.R., Castrillón M.A., Minotta A.Y., Rubiano L.C., Castaño M.C., Salazar J.C. Gestational and congenital syphilis epidemic in the Colombian Pacific Coast. *Sex. Transm. Dis.* 2013; 40 (10): 813–818. DOI: 10.1097/OLQ.000000000000020.PMID: 24275735

5. Thean L., Moore A., Nourse C. New trends in congenital syphilis: epidemiology, testing in pregnancy, and management. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2022; 35 (5): 452–460. DOI: 10.1097/QCO.0000000000000875.

6. Simms I., Broutet N. Congenital syphilis re-emerging. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2008; 6 (4): 269–272. DOI: 10.1111/j.1610-0387.2008.06490.x

7. Rac M.W.F., Stafford I.A., Eppes C.S. Congenital syphilis: a contemporary update on an ancient disease. *Prenat. Diagn.* 2020; 40 (13): 1703–1714. DOI: 10.1002/pd.5728.

8. Кошкин С.В., Черных Т.В., Рябова В.В., Евсеева А.Л. Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клинические проявления, диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа 2021; 136. / Koshkin S.V., Chernnyh T.V., Rjabova V.V., Evseeva A.L. Sifiliticheskaja infekcija na sovremennom jetape: jepidemiologija, klinicheskie projavlenija, diagnostika i lechenie. Moscow: GJEOTAR-Media 2021; 136 (in Russian).

9. Pascoal L.B., Carellos E.V.M., Tarabai B.H.M., Vieira C.C., Rezende L.G., Salgado B.S.F., de Castro Romanelli R.M. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop. Med. Int Health.* 2023; 28 (6): 442–453. DOI: 10.1111/tmi.13881.

10. Keuning M.W., Kamp G.A., Schonenberg-Meinema D., Dorigo-Zetsma J.W., van Zuiden J.M., Pajkert D. Congenital syphilis, the great imitator – case report and review. *Lancet Infect. Dis.* 2020; 20 (7): e173–e179. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30268-1.

11. Самцов А.В., Барбинов В.В., Терлецкий О.В. Сифилис. СПб.: ДЕАН 2007; 192. / Samcov A.V., Barbinov V.V., Terleckij O.V. Syphilis. Saint Petersburg: DEAN 2007; 192 (in Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов:

Коберник М.Ю. – концепция и дизайн исследования, подготовка основного варианта статьи, утверждение окончательного варианта текста статьи.

Садыкова Г.К. – идея исследования, редактирование, утверждение окончательного варианта текста статьи.

Коленченко А.П. – сбор необходимой информации, утверждение окончательного варианта текста статьи.

Наумова Ю.С. – первичная обработка информации, утверждение окончательного варианта текста статьи.

Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации, одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, протокол № 1 от 06.02.2025. Перед началом исследования пациентка подтвердила свое участие письменным информированным добровольным согласием.

Поступила: 13.12.2024

Одобрена: 06.02.2025

Принята к публикации: 10.02.2025

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом: Клинико-эпидемиологические особенности врожденного сифилиса с антенатальной асфиксией плода / М.Ю. Коберник, Г.К. Садыкова, А.П. Коленченко, Ю.С. Наумова // Пермский медицинский журнал. – 2025. – Т. 42, № 1. – С. 125–129. DOI: 10.17816/pmj421125-129

Please cite this article in English as: Kobernik M.Yu., Sadykova G.K., Kolenchenko A.P., Naumova Yu.S. Clinical and epidemiological features of congenital syphilis with antenatal fetal asphyxia. *Perm Medical Journal*, 2025, vol. 42, no. 1, pp. 125-129. DOI: 10.17816/pmj421125-129