

DOI: <https://doi.org/10.25208/vdv16900>

EDN: yimesi

Ранний врожденный сифилис в условиях современной медицины

© Улитина И.В., Павлова Е.В., Каргапольцева Е.А., Биро Ю.В.*

Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер, Сургут, Россия

Клинический случай рождения мальчика в сроке 33 недели беременности от матери с низким социальным и моральным статусом. При рождении у ребенка были симптомы, патогномоничные для врожденного и не встречающиеся при приобретенном сифилисе (диффузная инфильтрация кожи Гохзингера), общие и локальные симптомы, встречающиеся и при других внутриутробных инфекциях («старческий вид» новорожденного, гепатоспленомегалия и др.). При условии своевременного полного обследования, включая серологические исследования на сифилис, консультации смежных специалистов, ребенку был поставлен основной диагноз «ранний врожденный сифилис», назначено специфическое лечение в соответствии с протоколом ведения больных сифилисом. На протяжении всего курса лечения ребенок находился в стабильно тяжелом состоянии, отмечалась положительная динамика лабораторных показателей. После окончания лечения и реабилитации ребенок выписан домой для продолжения реабилитации и наблюдения.

Ключевые слова: клинический случай; врожденный сифилис; бледная трепонема; трансплацентарная передача; беременность

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: рукопись подготовлена и опубликована за счет финансирования по месту работы авторов.

Согласие пациента: законный представитель пациента добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Вестник дерматологии и венерологии».

Для цитирования: Улитина И.В., Павлова Е.В., Каргапольцева Е.А., Биро Ю.В. Ранний врожденный сифилис в условиях современной медицины. Вестник дерматологии и венерологии. 2025;101(4):XX-XX. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv16900> EDN: yimesi



DOI: <https://doi.org/10.25208/vdv16900>

EDN: yimesi

Early Congenital Syphilis in the Context of Modern Medicine

© Irina V. Ulitina, Evgeniya V. Pavlova, Evgeniya A. Kargapoltseva, Yuriy V. Biro*

Surgut Clinical Skin and Venereological Dispensary, Surgut, Russia

A case report describing a boy born at 33 weeks of gestation via emergency cesarean section to a mother with low social and moral status. At birth, the child had symptoms that were pathognomonic for congenital syphilis and not occurring with acquired syphilis (Hochsinger diffuse infiltration of the skin) as well as general and local symptoms that are also found in other intrauterine infections (the “senile appearance” of the neonate, hepatosplenomegaly, etc.). After a timely and complete examination, including serological tests for syphilis and consultations with related specialists, the child was diagnosed with early congenital syphilis and prescribed specific treatment in accordance with the protocol for syphilis management. Throughout the course of the treatment, the child’s condition remained severe but stable, and there was a positive trend in laboratory parameters. After completing the treatment and rehabilitation, the child was discharged to continue home rehabilitation and monitoring.

Keywords: case report; congenital syphilis; *treponema pallidum*; transplacental transmission; pregnancy

Conflict of interest: the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Funding source: the work was done through funding at the place of work of the authors.

Patient consent: patient’s legal representative voluntarily signed informed consent for the publication of personal medical information in an anonymous form in the journal “Vestnik Dermatologii i Venereologii”.

For citation: Ulitina IV, Pavlova EV, Kargapoltseva EA, Biro YuV. Early Congenital Syphilis in the Context of Modern Medicine. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2025;101(4):XX–XX. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv16900> EDN: yimesi



Актуальность

Врожденный сифилис — это внутриутробная инфекция, передающаяся плоду трансплацентарным путем от больной сифилисом матери [1]. Тот факт, что сифилис может передаваться потомству, был подмечен вскоре после «великой эпидемии сифилиса» в Европе несколько сотен лет назад. Передача инфекции от матери к плоду может произойти в любом триместре беременности. При полноценном лечении беременной женщины до формирования плацентарного кровотока (16–18-я недели гестации) вероятность заражения плода минимальна. По некоторым данным, вероятность развития раннего врожденного сифилиса у детей, родившихся от матерей, страдающих вторичным сифилисом, практически равна 100% [2]. Совокупность вирулентных свойств возбудителя и особенностей реакции иммунной системы на его внедрение обуславливает многообразие клинических проявлений и хроническое рецидивирующее течение заболевания [3]. Врожденный сифилис характеризуется различными клиническими проявлениями, поражает большинство органов и систем и может приводить к мертворождению и гибели больного ребенка. Передача сифилиса от матери ребенку остается важной глобальной проблемой общественного здравоохранения [4]. В основном это связано с низким социальным уровнем матери, при отказе беременных женщин от обследования и наблюдения за беременностью. При полноценно проведенном скрининге и своевременном лечении сифилиса во время беременности удается избежать заражения плода. Медицинская и социальная значимость проблемы врожденного сифилиса обусловлена сохраняющейся заболеваемостью детей этой инфекцией в Российской Федерации, мультиорганной патологией и высокой летальностью новорожденных, сложностью диагностики [5]. Заболеваемость врожденным сифилисом быстро растет во всем мире: с 2016 по 2023 г. ежегодно регистрировалось от 700 тыс. до 1,5 млн случаев [6]. В 2023 г. заболеваемость врожденным сифилисом в Российской Федерации по отношению к 2009 г. снизилась на 55,6% — с 0,9 до 0,4 случая на 100 тыс. соответствующего населения. Число случаев раннего врожденного сифилиса сократилось с 187, зарегистрированных в 2009 г., доля которого составляла 29,3% общего числа всех случаев, выявленных среди детей 0–14 лет, до 11 случаев в 2023 г., составив 32,5% [7]. В Ханты-Мансийской автономной области — Югре с 1999 по 2024 г. было зарегистрировано 8 случаев заболеваемости врожденным сифилисом (1999 г. — 3; 2000 г. — 2; 2002 г. — 1; 2016 г. — 1; 2024 г. — 1)*. При сифилитической инфекции отмечаются эпидемиологические подъемы заболеваемости, которые совпадают с ухудшением экономико-политической ситуации в государстве и, соответственно, социального положения населения. В нашей стране пик заболеваемости приходился на годы Гражданской, Великой отечественной войн, послевоенного периода до 1949 г. [8]. С 1989 г. начался самый мощный за весь послевоенный период подъем заболеваемости сифилисом. На фоне распада СССР, падения

производства, разрушения финансовой системы страны, резкого социального расслоения и криминализации общества, роста безработицы, алкоголизма, наркомании, проституции произошел взрывной рост числа больных. В этот период было отмечено и резкое увеличение заболеваемости врожденным сифилисом, который до 1990 г. регистрировали казуистически редко [9]. По некоторым данным, новый рост заболеваемости отмечается с 2021 г. Исходя из этого актуальность проблемы врожденного сифилиса в настоящее время высока.

Описание случая

Анамнез

Мальчик А., рожден в сроке 33 недели. Ребенок от третьей беременности, вторые роды путем экстренного кесарева сечения. Масса тела при рождении — 1950 г, рост — 40 см. Оценка по шкале Апгар — 4–5 баллов.

Акушерский анамнез: первая беременность — самопроизвольный выкидыш в 2021 г. — выскабливание полости матки; вторая беременность — срочные роды в 2023 г. путем экстренного кесарева сечения на сроке гестации 25 недель. Судьба старшего ребенка неизвестна, с матерью не проживает.

Из анамнеза матери ребенка: на учете в женской консультации во время беременности не состояла, УЗИ не проходила, к гинекологу не обращалась. При обследовании в родильном отделении была выявлена положительная кровь на сифилис, назначено дообследование: ИХЛ на сифилис от 21.08.2024 положительно — 25.83 (1.0); РСК, МРП от 22.08.2024 — 4+ титр 1:16; РПГА от 22.08.2024 — 4+; ИФА на сифилис от 22.08.2024 — сум.3+, IgG 3+, IgM 1+. 22.08.2024 пациентка самостоятельно покинула послеродовое отделение, от консультации врача-дерматовенеролога отказалась, от ребенка отказалась.

При обследовании ребенка ИХЛ на сифилис от 21.08.2024 положительно — 20,52 (1.0); МРП от 22.08.2024 — 1+; РПГА от 22.08.2024 — 4+; ИФА на сифилис — сум.3+, Jg M 2+, JgG 3+. Переведен в отделение детской реанимации.

Через 17 дней после рождения витальные параметры от 15.09.2024: термометрия — 36,6 °С; ЧСС — 136/мин; ЧД — 42/мин; сатурация — 99%; антропометрия: масса тела — 2120 кг, рост — 42 см, окружность головы — 29 см, окружность груди — 30 см.

Физикальное исследование

Состояние тяжелое. Не стонет. Крик писклявый. Поза полуфлексии. Реакция на осмотр живая. Двигательная активность снижена. Цвет: розовый с иктеричным оттенком. На волосистой части головы, бровях, ресницах очагов алопеции нет. Лицо напоминает «старческий вид», одутловатое, кожа с умеренной инфильтрацией, грязно-желтого цвета, тургор и эластичность снижены (рис. 1). На коже туловища немногочисленные бледные петехиальные высыпания, не исчезающие при надавливании предметным стеклом (рис. 2). Кожа лба, ладоней (с переходом на кожу лучезапястных суставов) и подошв напряженная, блестящая, инфильтрированная, имеет

* Статистические данные БУ ХМАО — Югры «СККВД» с 1999 по 2025 г



Рис. 1. «Старческий вид» новорожденного.
Fig. 2. «Senile appearance» of the neonate.



Рис. 2. На коже туловища бледные петехиальные высыпания.
Fig. 2. There are pale petechial rashes on the skin of the trunk.

«лакированный» вид, покрыта множественными мелкопластинчатыми желтоватыми чешуйками и обрывками эпидермиса (рис. 3). По периферии инфильтрации — немногочисленные розовые папулы до 0,3 см. На коже шеи кожа гиперемирована и мацерирована, трещин нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, без специфических высыпаний. На коже бедер, голеней, паховой области специфических высыпаний нет. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, пастозность. Тurgор тканей достаточный. Видимые слизистые чистые, влажные, розовые. Мышечный тонус снижен. Тремор отсутствует. Рефлексы новорожденного снижены. Грудная клетка симметричная, правильная. Кефалогематома: нет. Ключицы: целые. Пороки развития: видимых нет. Стигмы дизэмбриогенеза: нет. Дыхание через нос:

свободное. Отделяемое из носа: нет. Форма грудной клетки: цилиндрическая; симметричная. Аускультативные данные: дыхание в легких пуэрильное; проводится во все отделы; перкуторно звук легочный. Хрипы не выслушиваются. Биомеханика дыхания не нарушена. Сердце: деятельность ритмичная, перкуторно границы сердца справа по правой парастеральной линии, слева — на 0,5 см от срединно-ключичной линии кнаружи, в поперечнике — 3 см. Тоны: звучные; ясные. Шум не выслушивается. Пульсация на бедренных артериях симметричная, достаточного наполнения. Живот: мягкий; доступен пальпации. Перистальтика кишечника: активная. Печень: при пальпации край печени плотно-эластичной консистенции, + 0,5 см из-под края реберной дуги, перкуторно в пределах возрастной нормы. Селезенка: не увеличена. Разведение ног в тазобедренных суставах: достаточное. Мочеиспускание свободное. Цвет мочи: светло-желтый.



Рис. 3. Кожа ладоней (с переходом на кожу лучезапястных суставов) напряженная, блестящая, инфильтрированная, имеет «лакированный» вид, покрыта множественными мелкопластинчатыми желтоватыми чешуйками и обрывками эпидермиса (Руки прачки).
Fig. 3. The skin of the palms (with extension to the skin of the wrist joints) is tense, shiny, infiltrated, and have a "lacquered" appearance, with multiple small yellowish scales and epidermal fragments (Hochsinger infiltration).

Результаты лабораторного и инструментального исследования

20.08.2025 — лейкоцитарная формула (табл. 1), общий анализ крови (табл. 2).

20.08.2024–22.08.2024 — биохимические исследования крови (табл. 3).

21.08.2024 — общий (клинический) анализ мочи. Цвет: темно-желтый, прозрачная; относительная плотность > 1030 (1008–1026); pH — 5,5 ед. (5,0–7,0); глюкоза — отрицательно; ацетон — не обнаружен; лейкоциты — 1–2 в поле зрения (0–6 в поле зрения); эритроциты — 8–10 в поле зрения (0–2 в поле зрения); эпителий — единичный в поле зрения, небольшое количество; соли: ураты — 2+; белок — 2,40 г/л (< 0,11 г/л).
21.08.2024:

- молекулярно-биологическое исследование на грибы рода кандиды (*Candida spp.*) — не обнаружено;
- молекулярно-биологическое исследование мочи на цитомегаловирус (*Cytomegalovirus*) — не обнаружено;
- микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого верхних дыхательных путей на микрофлору — нет роста микрофлоры.

Таблица 1. Лейкоцитарная формула
Table 1. Leukocyte formula

Зернистые гранулоциты, %					Незернистые гранулоциты, %	
Базофилы	Эозинофилы	Нейтрофилы			Лимфоциты	Моноциты
		Юные	Палочкоядерные	Сегментоядерные		
0	1	3	2	38	48	8

Истинных лейкоцитов $22,3 \times 10^9/\text{л}$.

Таблица 2. Общий анализ крови
Table 2. General blood test

Название	Показатель	Норма
Лейкоциты WBC, $\times 10^9/\text{л}$	73,1	11,4–22,0
Гемоглобин HGB, г/л	141	168–212
Эритроциты RBC, $\times 10^{12}/\text{л}$	3,2	4,0–6,6
Средний объем эритроцитов MCV, fL	121	80–100
Средний уровень гемоглобина в эритроците MCH, pg	44	27–31
Средняя эритроцитарная концентрация гемоглобина MCHC, г/дл	36,7	33,0–37,0
Гематокрит HCT, %	38,5	40,0–48,0
Анизоцитоз эритроцитов RDW, %	34,0	11,5–14,5
Индекс распределения эритроцитов RDW–SD, fL	156	
Тромбоциты PLT, $\times 10^9/\text{л}$	40	208–410
Средний объем тромбоцитов MPV, fL	10	5–13
Индекс распределения тромбоцитов PDW, %	18	10–18
Тромбокрит PCT, %	0,0	0,1–0,5

Таблица 3. Биохимические исследования крови
Table 3. Biochemical blood tests

Название	Показатель	Норма	Дата
Альбумин, г/л	16	28–44	20.08.2024
Билирубин связанный, мкмоль/л	23,6	0,0–3,4	20.08.2024
Глюкоза, ммоль/л	3,40	3,90–6,10	20.08.2024
Калий, ммоль/л	4,4	3,6–6,0	20.08.2024
Креатинин, мкмоль/л	70	27–88	20.08.2024
Мочевина, ммоль/л	3,9	1,4–4,3	20.08.2024
Натрий, ммоль/л	137	130–145	20.08.2024
Общий белок, г/л	31	41–63	20.08.2024
Общий билирубин, мкмоль/л	58,6	24,0–149,0	20.08.2024
Общий кальций, ммоль/л	2,72	1,90–2,60	20.08.2024
Общий магний, ммоль/л	0,88	0,73–1,06	20.08.2024
Тромбоциты по Фонио, $\times 10^9/\text{л}$	31	180–320	20.08.2024
АЛТ, Ед/л	172	13–45	20.08.2024
АСТ, Ед/л	455	25–75	20.08.2024
Креатинкиназа, Ед/л	128	0–194	22.08.2024
Лактатдегидрогеназа, Ед/л	6453	290–775	22.08.2024
Щелочная фосфатаза, Ед/л	308	75–316	29.08.2024
C-реактивный белок, мг/л	15,20	0,00–10,00	20.08.2024

26.08.2024 — микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность — нет роста микрофлоры

Неонатальный скрининг: фенилаланин-1 — 0,7 мг/дл (< 2,0); тиреотропный гормон-1 — 1,1 мкЕд/мл (< 9,0); иммунореактивный трипсин-1 — 17,0 нг/мл (< 57,0); 17 ОН прогестерон-1 — 3,9 моль/л (< 30,0 — недоношенные, < 13,9 — доношенные); галактоза-1 — 5,0 мг/дл (0,0–7,1).

- не прямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса) — отрицательный;
- прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) — отрицательный.

Консультации врачей

21.08.2024 — осмотр врачом-неврологом в отделении стационара: P91.0. Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС средней степени тяжести. Внутрижелудочковое кровоизлияние II степени справа. Синдром угнетения ЦНС.

11.09.2024 — осмотр врачом-неврологом в отделении стационара: P91.0. Перинатальные гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС средней степени тяжести. Внутрижелудочковое кровоизлияние II степени справа. Внутрижелудочковое кровоизлияние I степени слева. Синдром угнетения ЦНС. Рекомендовано: нейросонография, динамическое наблюдение.

24.08.2024 — осмотр врачом-офтальмологом в отделении стационара: H30.1 Диссеминированное хориоретинальное воспаление (Хориоретинит). Рекомендовано: осмотр в динамике в 1 месяц.

20.09.2024 — осмотр врачом-офтальмологом в отделении стационара: на момент осмотра патологии органа зрения не выявлено. Глазное дно в норме.

21.08.2024 — осмотр врача хирурга: на момент осмотра данных за острую хирургическую патологию не выявлено.

Описание плаценты

Макроскопическое описание. Масса плаценты — 689 г, размеры — 24×17×3 см. Плацентарно-плодный коэффициент — 0,00.

Плодная поверхность — отслойка амниона. Цвет — серый. Сосуды — тип ветвления рассыпной. Кровенаполнение — малокровие. Базальная пластинка — дольчатость, выражена. Состояние — дефекты, разрывы.

Макроскопическое описание — кальцификаты: нет. Сгустки крови — есть. На разрезе кровенаполнения — пестрая.

Пуповина: цвет — белесоватый; длина — 46 см; толщина: минимальная — 1 см, максимальная — 2,3 см. Масса — 49 г. Количество сосудов — 3. Удельная масса пуповины — 1,07. Прикрепление — центральное. Отек — умеренный. Оболочки: масса — 16 г; цвет — серый; вид — тонкие, тусклые. Оболочки представлены только амнионом.

Микроскопическое описание. Виллезное дерево с признаками патологической незрелости. Отмечаются фокусы отложения фибриноида, фиброз стромы, малокровие сосудов ворсин и межворсинчатого пространства. Лейкоцитарная инфильтрация (++) хориальной пластинки, базальной пластинки, стромы части ворсин с формированием гипертрофического виллузита, десквамативно-дистрофическими изме-

нениями хориального эпителия, формированием воспалительных инфарктов, в ряде участков отмечается сближение ворсин с формированием «толпящихся яниями, лейкоцитарной инфильтрацией всех слоев (++)», полями некроза. Пуповина с отеком и лейкоцитарной инфильтрацией вартонова студна, в стенке артерий и вены — лейкоцитарная инфильтрация, кальцификаты.

Заключение: морфологические признаки смешанного инфицирования последа 3-й стадии, вызванного *Treponema pallidum* (по морфологическим данным): гнойно-некротический мембранит, плацентарный хориоамнионит, сосудисто-стромальный фуникулит, мультифокальный продуктивный гипертрофический виллузит, базальный децидуит; хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

Обоснование диагноза

Диагноз был поставлен на основании следующих основных критериев: обнаружения у ребенка клинических проявлений заболевания; положительных результатов серологических реакций у ребенка; выявления макроскопических и патоморфологических признаков изменения плаценты; выявления у матери сифилиса, подтвержденного результатами серологических методов диагностики.

Диагноз: A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами (диффузная инфильтрация кожи Гохзингера).

Лечение: раствор цефтриаксона 50 мг/кг/сут в 2 введения через 12 ч в/в капельно № 28.

Исход и результаты последующего наблюдения

Получил полный курс специфического лечения с положительной динамикой, клинические проявления заболевания регрессировали (рис. 4), лабораторные показатели улучшились. Рекомендовано динамическое наблюдение у невролога. Ребенок после реабилитации выписан в удовлетворительном состоянии.



Рис.4. Кожа подошв напряженная, блестящая, инфильтрированная, имеет «лакированный» вид, покрыта множественными мелкопластинчатыми желтоватыми чешуйками и обрывками эпидермиса.
Fig.4. The skin of the soles is tense, shiny, infiltrated, and have a "lacquered" appearance, with multiple small yellowish scales and epidermal fragments (Hochsinger infiltration).



Рис.5. Регресс высыпаний кожи ладонной поверхности кистей.
Fig.5. Regression of skin rashes on the palmar surface of the hands.



Рис.6. Регресс высыпаний кожи подошвенной поверхности стоп.
Fig.6. Regression of skin rashes on the plantar surface of the feet.

Родители ребенка отказались от него, уклоняются от обследования и лечения сифилиса, находятся на вызовах патронажной службы. За ребенком ухаживает его бабушка — опекун. Лечение происходило в период 23.08.2024 по 19.09.2024.

Далее представлены результаты серологических методов исследования в динамике:

- ИХЛ на сифилис: от 21.08.2024 — 20,52 (1,0); от 30.08.2024 — 18,57 (1,0); от 06.09.2024 — 17,14 (1,0); от 20.09.2024 — 19,97 (1,0); от 20.11.2024 — 20,11 (1,0);
- РМП на сифилис: от 22.08.2024 — 1+; от 02.09.2024 — 1+; от 09.09.2024 — 1+; от 02.09.2024 — 1+; от 21.11.2024 — отрицательно;
- РПГА на сифилис: от 22.08.2024 — 3+; от 02.09.2024 — 3+; от 09.09.2024 — 3+; от 21.11.2024 — 1+;
- ИФА на сифилис: от 22.08.2024 — сум.ат. 3+, IgG 3+, IgM 2+; от 02.09.2024 — сум.ат. 3+, IgG 2+, IgM 1+; от 09.09.2024 — сум.ат. 3+, IgG 2+, IgM 1+; от 23.09.2024 — сум.ат. 2+; от 09.09.2024 — сум.ат. 2+, IgG 1+, IgM отрицательно.

Обсуждение

Приведенный клинический случай раннего врожденного сифилиса показывает, что, несмотря на современные методы диагностики, доступность медицинской помощи, повышенную осторожность врачей-дерматовенерологов, педиатров, акушеров-гинекологов в отношении выявления сифилиса, методы профилактики, проблема сифилиса в современном мире сохраняется. В данном случае развитию заболевания послужило полное игнорирование родителями ребенка необходимости обследования и наблюдения за беременностью. Как показывает этот случай, несмотря на тяжелое состояние ребенка и неблагоприятный прогноз, при современном подходе к обследованию и лечению новорожденных детей с врожденным сифилисом удается достичь положительного результата в лечении. Широкая распространенность и доступность квалифицированного дородового наблюдения, включающая анализ медицинского,

акушерского и социального анамнеза матери, позволяют вовремя выявлять серопозитивных беременных женщин и применять своевременное лечение во избежание трансплацентарной или интранатальной передачи возбудителя [10, 11]. В описанном клиническом случае мать ребенка не наблюдалась в женской консультации и не прошла обследование для выявления инфицированности бледной трепонемой, что сделало возможной передачу инфекции ребенку и развитие у него раннего врожденного сифилиса [10]. Исходя из этого необходимо заниматься профилактической работой, основным направлением которой является информирование и обучение целевых групп населения — женщин репродуктивно активного возраста, лиц, вступающих в брак, супружеских и партнерских пар, планирующих беременность, молодых родителей, подростков [12].

Заключение

Несмотря на стойкое снижение регистрации случаев врожденного сифилиса на всей территории Российской Федерации, проблема остается актуальной ввиду тяжелого течения и вероятной высокой летальности. В описанном случае достигнут положительный результат лечения раннего врожденного сифилиса у пациента. Подтверждено, что при своевременной диагностике рекомендованные для лечения сифилиса препараты высокоэффективны и прогноз для жизни благоприятный.

Распространение сифилиса, безусловно, связано с социальными особенностями общества. Это диктует необходимость дальнейшего мониторинга инфекции и усиления профилактической работы по выявлению заболевших сифилисом. Причинами, повышающими риск рождения больных сифилисом детей, являются отсутствие дородового наблюдения, обращение женщин в женские консультации на поздних сроках беременности, их низкий моральный и социальный уровень, что требует от медицинских работников проведения профилактической разъяснительной работы среди населения и повышенной осторожности в отношении сифилиса. ■

Литература/References

1. Адаскевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни. М.: Медицинская литература; 2013. С. 672. [Adaskevich VP, Kozin VM. *Kozhnyie i venericheskie bolezni*. Moscow: Medicinskaja literatura; 2013. P. 672. (In Russ.)]
2. Евсеева А.Л., Кошкин С.В., Рябова В.В., Бажи-на И.И., Коврова О.С. Благоприятный исход беременности у больной вторичным сифилисом. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(3):45–50. [Evseeva AL, Koshkin SV, Ryabova VV, Bazhina II, Kovrova OS. A favorable pregnancy outcome in women with secondary syphilis // *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2018;94(3):45–50. (In Russ.)]. doi: 10.25208/0042-4609-2018-94-3-45-50
3. Сифилис: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2024. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/197_2
4. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BSF, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Health*. 2023;28(6):442–453. doi: 10.1111/tmi.13881
5. Сырнева Т.А., Малишевская Н.П., Макаренко А.В. Клинико-эпидемиологические аспекты врожденного сифилиса в России. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015;18(2):57–60. [Syrneva TA, Malishevskaya NP, Makarenko AV. *Clinical Epidemiological Aspects of Congenital Syphilis in Russia*. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2015;18(2):57–60. (In Russ.)]
6. Sankaran D, Partridge E, Lakshminrusimha S. Congenital Syphilis-An Illustrative Review. *Children (Basel)*. 2023;10(8):1310. doi: 10.3390/children10081310
7. Рахматулина М.Р., Мелехина Л.Е., Новоселова Е.Ю. Ретроспективный анализ заболеваемости сифилисом в Российской Федерации в 2009–2023 гг. и тенденции динамического развития эпидемиологического процесса. Вестник дерматологии и венерологии. 2025;101(1):7–27. [Rakhmatulina MR, Melekhina LE, Novoselova EYu. A retrospective analysis of the increase in syphilis incidence in the Russian Federation in 2009–2023 and trends in dynamic development of epidemiological processes. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2025;101(1):7–27. (In Russ.)] doi: 10.25208/vdv16851
8. Кокорева С.П., Котлова В.Б., Ромашова В.В. Врожденный сифилис на современном этапе. Академическая публицистика. 2021;4:633–639. [Kokoreva SP, Kotlova VB, Romashova VV. *Congenital syphilis at the present stage*. *Akademicheskaya Publitsistika*. 2021;4:633–639. (In Russ.)]
9. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В., Рахматулина М.Р., Новоселова Е.Ю., Мелехина Л.Е. Заболеваемость сифилисом и некоторыми другими ИППП в Российской Федерации: прошлое, настоящее и пути достижения контроля эпидемиологической ситуации в будущем. Вестник дерматологии и венерологии. 2023;99(4):41–59. [Krasnoselskikh TV, Sokolovskiy EV, Rakhmatulina MR, Novoselova EY, Melekhina LE. *Syphilis and some other STIs in the Russian Federation: past, present and ways to control of the epidemiological situation in the future*. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2023;99(4):41–59. (In Russ.)] doi: 10.25208/vdv13726
10. Хохлова А.П., Комарова А.А., Саркисян Е.А., Журавлева И.В., Миронова В.А., Зизюкина К.С., и др. Клинический случай раннего врожденного сифилиса. Детские инфекции. 2024;23(2):61–68. [Khokhlova AP, Komarova AA, Sarkisyan EA, Zhuravleva IV, Mironova VA, Zizyukina KS, et al. *A clinical case of early congenital syphilis*. *Children Infections*. 2024;23(2):61–68. (In Russ.)] doi: 10.22627/2072-8107-2024-23-2-61-68
11. Gilmour LS, Walls T. Congenital Syphilis: a Review of Global Epidemiology. *Clin Microbiol Rev*. 2023;36(2):e0012622. doi: 10.1128/cmr.00126-22
12. Иванова М.А., Малыгина Н.С., Поршина О.В. Механизмы профилактики врожденного и приобретенного сифилиса у детского населения. Научные ведомости. Серия: Медицина. Фармация. 2011;99(13):92–96. [Ivanova MA, Malygina NS, Porshina OV. *Mechanisms of preventive of the congenital and acquired syphilis at the childrens population*. *Nauchnye vedomosti. Seriya: Medicina. Farmaciya*. 2011;99(13):92–96. (In Russ.)]

Участие авторов: все авторы несут ответственность за содержание и целостность статьи. Сбор, обработка, редактирование материала — И.В. Улитина, Е.В. Павлова, Е.А. Каргапольцева; сбор, обработка, редактирование материала, написание текста — Ю.В. Биро. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Authors' participation: all authors are responsible for the content and integrity of the entire article. Collecting, processing, editing material — Irina V. Ulitina, Evgeniya V. Pavlova, Evgeniya A. Kargapol'tseva; collecting, processing, editing material, manuscript writing — Yuriy V. Biro. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Информация об авторах

***Биро Юрий Валерьевич**; адрес: Россия, 628403, Сургут, ул. Береговая, д. 70; ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1402-9272>; e-mail: yuri.biro@gmail.com

Улитина Ирина Владимировна; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9873-1378>; eLibrary SPIN: 3002-8936; e-mail: priemnaya@kvdsurgut.ru

Павлова Евгения Викторовна; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7276-8412>; eLibrary SPIN: 3114-4100; e-mail: zam_med@kvdsurgut.ru

Каргапольцева Евгения Александровна; e-mail: zav_apo@kvdsurgut.ru

Information about the authors

***Yuri V. Biro**; address: 70 Beregovaya street, 628403 Surgut, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1402-9272>; e-mail: yuri.biro@gmail.com

Irina V. Ulitina; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9873-1378>; eLibrary SPIN: 3002-8936; e-mail: priemnaya@kvdsurgut.ru

Evgenia V. Pavlova; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7276-8412>; eLibrary SPIN: 3114-4100; e-mail: zam_med@kvdsurgut.ru

Evgenia A. Kargapoltseva; e-mail: zav_apo@kvdsurgut.ru

Статья поступила в редакцию: 14.05.2025

Принята к публикации: 06.08.2025

Опубликована онлайн: XX.XX.2025

Submitted: 14.05.2025

Accepted: 06.08.2025

Published online: XX.XX.2025