

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-3-45-50>

Благоприятный исход беременности у больной вторичным сифилисом

Евсеева А. Л.¹, Кошкин С. В.^{1*}, Рябова В. В.¹, Бажина И. И.¹, Коврова О. С.²

¹Кировский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации 610027, Российская Федерация, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112

²Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер 610000, Российская Федерация, г. Киров, ул. Семашко, д. 2а

Представлен клинический случай вторичного сифилиса у беременной в сроке 36 недель. Внимания заслуживает заражение женщины во второй половине беременности, которая разрешилась рождением здорового ребенка.

Ключевые слова: **сифилис у беременных, профилактическое лечение, дифференциальная диагностика**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Евсеева А. Л., Кошкин С. В., Рябова В. В., Бажина И. И., Коврова О. С. Благоприятный исход беременности у больной вторичным сифилисом. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(3):45–50. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-3-45-50>



A favorable pregnancy outcome in women with secondary syphilis

Anna L. Evseeva¹, Sergey V. Koshkin^{1*}, Vera V. Ryabova¹, Irina I. Bazhina¹, Ol'ga S. Kovrova²

¹Kirov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
K. Marx str., 112, Kirov, 610027, Russian Federation

²Kirov Regional Dermatology Hospital
Semashko str., 2a, Kirov, 610000, Russian Federation

A clinical case of secondary fresh syphilis in a pregnant woman at 36 weeks is presented. Attention deserves infection of a woman in the second half of pregnancy, which was resolved by the birth of a healthy child.

Keywords: **syphilis in pregnant women, preventive treatment, differential diagnosis**

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Evseeva A. L., Koshkin S. V., Ryabova V. V., Bazhina I. I., Kovrova O. S. A favorable pregnancy outcome in women with secondary syphilis. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2018;94(3):45–50. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-3-45-50>

Введение

Сифилис — заболевание с высокой медико-социальной значимостью, широкой распространенностью и преимущественно половым путем передачи [1–5].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в среднем у 1,5 миллиона беременных ежегодно выявляется сифилитическая инфекция, в случае отсутствия своевременного и полноценного лечения до 50 % таких беременностей заканчиваются неблагоприятным исходом для ребенка [6]. Таким образом, выявление сифилиса у беременной является проблемой не только медицинского характера, но в связи с большой вероятностью рождения больного ребенка обладает и высокой социальной значимостью. Источником заражения плода является только больная сифилисом мать, причем прогноз для ребенка зависит от длительности и активности сифилитической инфекции у беременной: чем свежее и активнее сифилис у матери, тем более вероятно неблагоприятное окончание беременности для ребенка. По некоторым данным, вероятность развития раннего врожденного сифилиса у детей, родившихся от матерей, страдающих вторичным сифилисом, практически равна 100 % [7].

Известно также, что беременность оказывает влияние на течение сифилиса: возможно удлинение инкубационного периода и задержка развития клинической симптоматики заболевания [8].

Описание случая

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациентка Р. 1995 г. р. поступила в стационар 19.05.2016 с диагнозом «Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Беременность 36 недель».

Из анамнеза заболевания: выявлена при плановом осмотре у акушера-гинеколога в ЦРБ по месту жительства 18.05.2016 (реакция микропреципитации (РМП) 3+ (положительная) № 1722 от 18.05.2016). 19.05.2016 направлена в поликлинику Кировского областного кожно-венерологического диспансера (КОККВД), где после обследования (РМП 4+ (резкоположительная) от 19.05.2016) госпитализирована в венерологическое отделение с диагнозом: «Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Беременность 36 недель». Последний раз обследовалась на сифилис в апреле 2016 г. (РМП (отрицательная) — от 13.04.2016).

Анамнез жизни: не замужем (отец ребенка обследован, здоров), отмечает незащищенный половой контакт в сроке 20 недель с мужчиной М., 1990 г. р. (обследован, диагноз: «Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек»). Получил противосифилитическое лечение в полном объеме согласно клиническим рекомендациям РОДВ от 2012 года).

Начала половую жизнь в 16 лет. Гинекологический анамнез: начало мenses с 14 лет, нерегулярные, умеренные, по 5 дней, через 28 дней. Последние мenses: сентябрь 2015 г. Беременность первая.

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Аллергические реакции, непереносимость лекарственных средств, вредные привычки, ВИЧ, туберкулез, гепатиты А, В, С, гемотрансфузии, ОКИ, малярия, корь, ранее перенесенные ИППП — отрицает. ФЛГ от 21.12.2015 в норме.

Объективное состояние на момент поступления без особенностей.

Локальный статус на момент поступления. Патологический процесс распространенный, симметричный. На коже боковых поверхностей туловища и конечностей отмечаются яркие розеолезные высыпания, размером до 2 см в диаметре, без склонности к группировке (рис. 1 и 2).

Наружные половые органы. Развита согласно полу и возрасту; большие и малые половые губы, область клитора, уретры, передняя и задняя спайки — без специфических высыпаний. При осмотре в зеркалах: шейка матки чистая, выделения слизистые, скудные. В перинатальной области высыпаний нет.

Регионарные (паховые) лимфатические узлы до 1 см, безболезненные, плотноэластической консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена.

Диагноз при поступлении: вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Беременность 36 недель.

Обследование в стационаре. Лабораторные исследования: в общем анализе крови (20.05.2016) анемия (Эр — $3,83 \times 10^{12}/л$, Hb — 94 г/л); СОЭ — 53 мм/ч. Биохимический анализ крови (20.05.2016) — билирубин 24,25 ммоль/л; билирубин прямой — 4,53 ммоль/л; АСТ — 13,8 Ед/л; АЛТ — 9,3 Ед/л; ЩФ — 290,9 Ед/л. РМП (4+) титр 1: 16 от 20.05.2016. Антитела к ВИЧ, HBsAg, антиHCV не обнаружены от 20.05.2016.

На основании анамнестических и клинических данных, а также лабораторного обследования установлен диагноз: А51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек от 20.05.2016. Назначено специфическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 млн ЕД 6 раз в сутки в/м в течение 28 дней [9]. После первого введения антибактериального препарата наблюдалась реакция обострения Яриша — Герксгеймера в виде повышения температуры тела до 38,5 °С.

20.05.2016 в связи с начавшейся родовой деятельностью переведена в перинатальный центр, где и находилась до 24.05.2016, лечение получала по схеме.

20.05.2016 родила мальчика, вес при рождении 2500 г. Преждевременные роды (в данном случае — на 36-й неделе гестации), по данным литературы, являются частым исходом беременности, протекающей на фоне сифилитической инфекции [3]. 24.05.2016 переведена в КОККВД из перинатального центра для продолжения специфического лечения. При поступлении: жалоб нет, специфические высыпания на коже разрешаются (рис. 3 и 4).

Лабораторное обследование: в общем анализе крови от 27.05.2016: анемия (Эр — $3,77 \times 10^{12}/л$, Hb — 95 г/л); СОЭ — 35 мм/ч. Биохимический анализ крови от 27.05.2016: билирубин — 14,54 ммоль/л; билирубин прямой — 3,06 ммоль/л; АСТ — 13,2 Ед/л; АЛТ — 6,7 Ед/л; ЩФ — 133,0 Ед/л. РМП (4+) титр 1: 16 от 26.05.2016; иммуноферментный анализ (ИФА_{сумм}) (4+) от 26.05.2016; ИФА IgG от 26.05.2016: обнаружены АТ к бледной трепонеме; КП = 7,4; реакция иммунофлюоресценции (РИФ) (4+) от 26.05.2016; иммуноблотинг IgG положительный. Мазок на *N. gon.*, *Tr. vaginalis* от 25.05.2016: *N. gon.*, *Tr. vaginalis* не обнаружены; лейкоциты — 0–5 в п/зрения.

Консультации специалистов: невролога, терапевта, офтальмолога от 24.05.2016 (специфической патологии не выявлено). Консультация гинеколога от 25.05.2016: диагноз: послеродовой период. Анемия 3-й степени. Назначен сорбифер дурулес по 1 таблетке 3 раза в сутки.

Проведенное лечение: бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 1 млн ЕД в/м каждые 4 часа (6 р./сут.) ежедневно в течение 28 дней, сорбифер дурулес по 1 таблетке 3 раза в день.



Рис. 1. Розеолезные высыпания на коже боковых поверхностей туловища и конечностей
Fig. 1. Roseola rashes on the skin of the lateral surfaces of the trunk and limbs



Рис. 2. Розеолезные высыпания на коже боковых поверхностей туловища и конечностей
Fig. 2. Roseola rashes on the skin of the lateral surfaces of the trunk and limbs



Рис. 3. Разрешение розеолезных высыпаний
Fig. 3. Resolution of roseola rashes



Рис. 4. Разрешение розеолезных высыпаний
Fig. 4. Resolution of roseola rashes

Выписана на клинико-серологический контроль по месту жительства до снятия с учета. За период с июня 2016 года по февраль 2017 года (9 месяцев) наблюдается тенденция к снижению позитивности серологических нетрепонемных (РМП) и трепонемных (ИФА) тестов, что позволяет предполагать благоприятный исход заболевания.

РМП (3+) от 11.07.2016, ИФА_{СУММ} (3+) от 11.07.2016; РМП (2+) от 17.08.2016, ИФА_{СУММ} (3+) от 17.08.2016; РМП (2+) от 27.11.2016, ИФА_{СУММ} (3+) от 27.11.2016; РМП (слабоположительная) от 21.02.2017, ИФА_{СУММ} (2+) от 21.02.2017.

Пациент М., род. 20.05.2016. При первичном осмотре ребенка клинических проявлений раннего врожденного сифилиса не выявлено. Взят на клинико-серологический контроль. РМП (–) от 24.05.2016, ИФА_{СУММ} (4+) от 24.05.2016, ИФА IgG (4+) от 24.05.2016, ИФА IgM (–) от 24.05.2016, РИФ (4+) от 24.05.2016. При рентгенологическом исследовании длинных трубчатых костей от 25.05.2016 признаков остеохондрита не обнаружено. Ликворологическое исследование не проводилось в связи с категорическим отказом матери. Получил профилактическое лечение в полном объеме с 20.05.2016 по 09.06.2016 в соответствии с клиническими рекомендациями РОДВ от 2012 г.: профилактическое лечение показано новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченой либо неадекватно леченой во время беременности матери. Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении (бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая из расчета 100 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в/м, разделенных на 4 инъекции, каждые 6 часов, в течение 20 дней) [9].

Выписан на клинико-серологический контроль по месту жительства до снятия с учета. Первое клинико-серологическое обследование проведено в возрасте 3 месяцев от 26.08.2016. При осмотре специалистами (педиатр, невролог, окулист, отоларинголог, хирург) патологии не выявлено, диагноз: здоров. РМП (–) от 26.08.2016, РИФ_{абс} (3+) от 26.08.2016, ИФА_{СУММ} (4+) от 26.08.2016, КП = 9,5, ИФА IgG (4+) от 26.08.2016, ИФА IgM (–) от 26.08.2016.

При повторном обследовании в возрасте 6 и 9 месяцев прослеживается тенденция к негативации серологических реакций: РМП (–) от 02.12.2016, РИФ_{абс} (2+) от 03.12.2016, ИФА_{СУММ} (+) от 03.12.2016, КП = 7,0, ИФА IgG (+) от 02.12.2016; РМП (–) от 22.02.2017, РИФ_{абс} (+) от 22.02.2017 г., ИФА_{СУММ} (+) от 22.02.2017, КП = 4,0, ИФА IgG (+) от 22.02.2017, ИФА IgM (–) от 22.02.2017.

Последнее обследование — в возрасте 1 года. При осмотре специалистами патологии не выявлено, диагноз: здоров, снят с сероконтроля от 12.05.2017. РМП (–) от 12.05.2017, РИФ абс. (–) от 12.05.2017, ИФА_{СУММ} (–) от 12.05.2017, ИФА IgG (–) от 12.05.2017, ИФА IgM (–) от 12.05.2017.

Обсуждение

Дети, рожденные от больных сифилисом матерей, подлежат тщательному клинико-лабораторному обследованию: осмотр кожи и слизистых оболочек, исследование нервной системы, внутренних органов, глазного дна, носоглотки, спинномозговой жидкости, серологических реакций. Необходимо также сделать рентгенограммы длинных трубчатых костей [7].

Врожденный сифилис считается вероятным, если мать новорожденного не получала лечения после 32 недель беременности либо получала неадекватное лечение антибактериальными препаратами независимо от наличия признаков заболевания у ребенка. Тем не менее установление диагноза раннего врожденного сифилиса проводят с учетом следующих основных критериев: обнаружения у ребенка клинических проявлений заболевания, обнаружения бледной трепонемы с помощью прямых лабораторных методов, положительных результатов серологических реакций, наличия патологических изменений цереброспинальной жидкости, наличия рентгенологически установленных изменений длинных трубчатых костей, выявления макроскопических и патоморфологических признаков изменения плаценты, пуповины, внутренних органов, а также выявления у матери манифестного или скрытого сифилиса, подтвержденного результатами прямых и/или серологических методов диагностики. Положительные результаты серологических реакций у ребенка могут быть следствием пассивного трансплацентарного транспорта материнских антител. Но пассивная передача от матери к ребенку возможна только низкомолекулярных IgG, а крупные молекулы IgM проникают в организм ребенка лишь при нарушении барьерной функции плаценты либо активно вырабатываются организмом ребенка при заболевании сифилисом. Таким образом, обнаружение антител класса IgM у новорожденного при отсутствии клинических признаков сифилиса и положительных стандартных серологических реакций позволяет в большинстве случаев диагностировать ранний врожденный сифилис [8–11]. В описанном выше клиническом случае отсутствие антител класса IgM у новорожденного минимизирует вероятность врожденного сифилиса.

Заключение

Несмотря на достигнутые значительные успехи в диагностике раннего скрытого врожденного сифилиса, включая внедрение высокоспецифических серологических реакций, эту проблему до конца решенной считать нельзя. В связи с этим проверенные практикой показания к профилактическому лечению детей, у которых нельзя полностью исключить возможность развития врожденного сифилиса, сохраняют свое значение. Врожденный сифилис можно предупредить, используя относительно простые мероприятия в рамках охраны материнства и детства. Особое внимание следует уделять антенатальной профилактике (санитарно-просветительская работа с беременными и женщинами репродуктивного возраста, своевременная диагностика, выявление и лечение больных). Большая часть беременных, больных сифилисом, выявляется именно в женских консультациях. Дородовый скрининг и своевременное лечение больных во время беременности, регламентированные контрольно-действующими документами (Приказ МЗ РФ № 291 от 30.07.2001 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем», Указ Президента РФ от 12.05.2009 № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г.», Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»», Клинические рекомендации «Дерматовенерология 2012» РОДВК) позволяют избежать диагностических и тактических ошибок в работе акушеров-гинекологов и дерматовенерологов [12, 13]. ■

Литература/References

1. Аствацатуров К. Р. Сифилис, его диагностика и лечение. Москва: Медгиз, 1971. [Astvacaturov K. R. Syphilis, diagnosis and therapy. Moscow: Medgiz, 1971. (In Russ.)]
2. Шапошников О. К. Венерические болезни. Москва: Медицина, 1980;534. [Shaposhnikov O. K. Venereal diseases. Moscow: Med., 1980;534. (In Russ.)]
3. Кошкин С. В., Черных Т. В., Коврова О. С., Евсеева А. Л., Рябова В. В. Ассоциативная связь вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек с антигенами гистосовместимости первого класса. Вестник дерматологии и венерологии. 2017;2:27–33. [Koshkin S. V., Chernykh T. V., Zaitseva G. A., Evseeva A. L., Ryabova V. V. Associative connection of secondary syphilis of skin and mucous membranes with the histocompatibility antigens of the first class. Vestnik dermatologii i venerologii. 2017;2:27–33. (In Russ.)]
4. Кошкин С. В., Черных Т. В. Клинические проявления ранних форм сифилиса. Атлас. 2010;7–9. [Koshkin S. V., Chernykh T. V. Clinical manifestations of early forms of syphilis. Atlas. 2010;7–9. (In Russ.)]
5. Дрожжина М. Б., Кошкин С. В., Зайцева Г. А. Результаты исследований некоторых иммуногенетических параметров у больных с серорезистентностью после перенесенного сифилиса. Пермский медицинский журнал. 2009;26(3):98–101. [Drozhzhina M. B., Koshkin S. V., Zaitseva G. A. Results of studies of some immunogenetic parameters in patients with sero-resistance after syphilis. Perm Med Journal. 2009;26(3):98–101. (In Russ.)]
6. Wahab A. A., Ali U. K., Mohammad M., Monoto E. M. Md., Rahman M. M. Syphilis in pregnancy. Pak J Med Sci. 2015;31(1):217–219. DOI: 10.12669/pjms.311.5932
7. Суворова К. Н., Антоньев А. А., Кузнецова Н. П., Малова И. О. Кожные и венерические болезни у детей: Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1995;352. [Suvorova K. N., Antoniev A. A., Kuznetsova N. P., Malova I. O. Skin and venereal diseases in children. Irkutsk: Irkutsk University, 1995;352. (In Russ.)]
8. Родионов А. Н. Сифилис. Практическое руководство. 2007;220–225. [Rodionov A. N. Syphilis. Practical Guide. 2007;220–225. (In Russ.)]
9. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями, 2012 / под ред. Кубановой А. А. Москва: ДЭКС-Пресс, 2012;112. [Clinical recommendation for management of patients with sexually transmitted infections and urogenital infections. Ed. by Kubanova A. A. Moscow: DEKS-Press, 2012;112. (In Russ.)]
10. Клинические рекомендации по дерматовенерологии для врачей / под ред. Кубановой А. А. Москва, 2015:601–602. [Clinical recommendations for dermatovenerology for doctors. Ed. by Kubanova A. A. Moscow, 2015:601–602. (In Russ.)]
11. Васильев В. В., Володин Н. Н., Горланов И. А. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденного сифилиса. Москва, 2016;35. [Vasiliev V. V., Volodin N. N., Gorlanov I. A., et al. Clinical recommendation on diagnostics, treatment and prophylaxis of congenital syphilis. Moscow, 2016;35. (In Russ.)]
12. George D. Wendel, Jr., Jeanne S. Sheffield Lisa M. Hollier, James B. Hill, Patrick S. Ramsey, Pablo J. Sánchez. Treatment of Syphilis in Pregnancy and Prevention of Congenital Syphilis. Clinical Infectious Diseases. 2002;35(2):200–209. <https://doi.org/10.1086/342108>
13. Мавлютова Г. И., Юсупова Л. А., Мисбахова А. Г. Тактика взаимодействия акушеров-гинекологов и дерматовенерологов по профилактике врожденного сифилиса. Лечащий врач. 2016;4:98–101. [Mavlyutova G. I., Yusupova L. A., Misbahova A. G. Tactics of interaction between obstetrician-gynecologists and dermatologists for the prevention of congenital syphilis. Lechaschii vrach. 2016;4:98–101. (In Russ.)]

Информация об авторах

Анна Леонидовна Евсеева — ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сергей Владимирович Кошкин* — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Вера Владимировна Рябова — ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ирина Игоревна Бажина — ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ольга Сергеевна Коврова — заведующая венерологическим отделением Кировского областного клинического кожно-венерологического диспансера

Information about the authors

Anna L. Evseeva — Research Assistant, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Kirov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Sergey V. Koshkin* — Dr. Sci. (Medicine), Prof., Departmental Head, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Kirov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation; e-mail: koshkin_serгей@mail.ru

Vera V. Ryabova — Research Assistant, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Kirov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Irina I. Bazhina — Research Assistant, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Kirov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Ol'ga S. Kovrova — Departmental Head, Venereal Department, Kirov Regional Dermatology Hospital