

## Листериоз беременных и неонатальный листериоз: трудности диагностики и ведения пациентов

А. А. Гришаева<sup>1</sup>

Л. К. Алимова<sup>2</sup>

А. М. Домкина<sup>3</sup>

О. В. Федорова<sup>4</sup>

М. В. Матвеева<sup>5</sup>

Н. М. Эрднеева<sup>6</sup>

Ж. Б. Понежева<sup>7</sup> ✉

<sup>1</sup> Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва, Россия, Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия, [antoninagrishaeva@yandex.ru](mailto:antoninagrishaeva@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1326-9274>

<sup>2</sup> Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва, Россия, Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия, [ra154.b@yandex.ru](mailto:ra154.b@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1814-6281>

<sup>3</sup> Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва, Россия, Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия, [anna-197@yandex.ru](mailto:anna-197@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-8679-2648>

<sup>4</sup> Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия, [olenka732404020@gmail.com](mailto:olenka732404020@gmail.com); <https://orcid.org/0009-0009-9280-8421>

<sup>5</sup> Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия, [marikadenisova@yandex.ru](mailto:marikadenisova@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0006-4985-6485>

<sup>6</sup> Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия, [nina.erdneeva@mail.ru](mailto:nina.erdneeva@mail.ru)

<sup>7</sup> Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва, Россия, [doktorim@mail.ru](mailto:doktorim@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-6539-4878>

### Резюме

**Введение.** Листериоз — преимущественно пищевая инфекция спорадического характера, связанная с употреблением контаминированных продуктов. Клиническая картина инфекции зависит от иммунного ответа зараженного. Здоровые люди с нормальным иммунным ответом могут переносить острый листериозный гастроэнтерит без генерализации инфекции. У иммунокомпетентных пациентов возможны самоограничивающийся гастроэнтерит, развитие сепсиса и тяжелого менингоэнцефалита. Листериоз представляет серьезную угрозу в акушерстве и неонатологии из-за высокой вирулентности *Listeria monocytogenes* и способности преодолевать плацентарный барьер. У беременных листериоз протекает легко или бессимптомно, но несет высокий риск выкидыша, мертворождения, преждевременных родов и тяжелых форм заболевания новорожденных — сепсиса и менингоэнцефалита. Неонатальный листериоз подразделяется на ранний (в течение 6 дней после рождения) и поздний (7–28 дней после рождения). Ранний неонатальный листериоз чаще всего передается трансплацентарно, поздний может быть вызван заражением во время родов или в медицинском учреждении. При выявлении случаев листериоза в учреждениях родовспоможения необходимы расследование источников инфекции и строгие санитарно-эпидемиологические меры. В России отсутствуют методические указания по расследованию случаев листериоза и клинические рекомендации по ведению беременных и новорожденных с данной инфекцией.

**Заключение.** В данной статье приведен клинический пример неонатального листериоза с целью демонстрации важности знаний о данной инфекции в рутинной клинической практике. Описан случай преждевременных родов 38-летней женщины на 31-й неделе беременности, в результате которых на свет появилась недоношенная девочка с дыхательной недостаточностью. В отделении реанимации и интенсивной терапии у ребенка диагностирован тяжелый септический неонатальный листериоз с менингитом. После проведенной комплексной лекарственной терапии отмечены регресс симптомов и положительная лабораторная динамика. На 45-е сутки ребенок выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

**Ключевые слова:** листериоз, листериоз беременных, неонатальный листериоз, диагностика, лечение

**Для цитирования:** Гришаева А. А., Алимова Л. К., Домкина А. М., Федорова О. В., Матвеева М. В., Эрднеева Н. М., Понезжева Ж. Б. Листериоз беременных и неонатальный листериоз: трудности диагностики и ведения пациентов. *Лечащий Врач*. 2026; 7-8 (29): 68-74. <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.8.010>

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

## Listeriosis in pregnant women and neonatal listeriosis: challenges in diagnosis and patient management

Antonina A. Grishaeva<sup>1</sup>

Liliya K. Alimova<sup>2</sup>

Anna M. Domkina<sup>3</sup>

Olga V. Fedorova<sup>4</sup>

Mariya V. Matveeva<sup>5</sup>

Nina M. Erdneeva<sup>6</sup>

Zhanna B. Ponezheva<sup>7</sup> ✉

<sup>1</sup> Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russia, Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Department of Health of the city of Moscow, Moscow, Russia, [antoninagrishaeva@yandex.ru](mailto:antoninagrishaeva@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1326-9274>

<sup>2</sup> Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russia, Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Department of Health of the city of Moscow, Moscow, Russia, [ra154.b@yandex.ru](mailto:ra154.b@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-1814-6281>

<sup>3</sup> Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russia, Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Department of Health of the city of Moscow, Moscow, Russia, [anna-197@yandex.ru](mailto:anna-197@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0002-8679-2648>

<sup>4</sup> Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Department of Health of the city of Moscow, Moscow, Russia, [olenka732404020@gmail.com](mailto:olenka732404020@gmail.com); <https://orcid.org/0009-0009-9280-8421>

<sup>5</sup> Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Department of Health of the city of Moscow, Moscow, Russia, [marikadenisova@yandex.ru](mailto:marikadenisova@yandex.ru), <https://orcid.org/0009-0006-4985-6485>

<sup>6</sup> Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Department of Health of the city of Moscow, Moscow, Russia, [nina.erdneeva@mail.ru](mailto:nina.erdneeva@mail.ru)

<sup>7</sup> Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russia, [doktorim@mail.ru](mailto:doktorim@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-6539-4878>

### Abstract

**Background.** Listeriosis is primarily a foodborne infection of sporadic nature, associated with the consumption of contaminated products. The clinical picture of the infection depends on the immune response of the infected individual. Healthy people with a normal immune response may experience acute listerial gastroenteritis without generalization of the infection. In immunocompetent individuals, self-limiting gastroenteritis, sepsis, and severe meningoenzephalitis may develop. Listeriosis poses a serious threat in obstetrics and neonatology due to the high virulence of *Listeria monocytogenes* and its ability to cross the placental barrier. In pregnant women, listeriosis often runs mildly or asymptotically but carries a high risk of miscarriage, stillbirth, premature birth, and severe forms in newborns — sepsis and meningoencephalitis. Neonatal listeriosis is divided into early (within 6 days after birth) and late (7-28 days after birth). Early neonatal listeriosis is most often transmitted transplacentally, while late listeriosis may result from infection during delivery or in a medical facility. Upon detection of listeriosis cases in maternity institutions, investigation of infection sources and strict sanitary-epidemiological measures are required. In Russia, there are no methodological guidelines for investigating listeriosis cases or clinical recommendations for managing pregnant women and newborns with this infection.

**Conclusion.** This article presents a clinical example of neonatal listeriosis to demonstrate the importance of knowledge about this infection in routine clinical practice. It describes a case of premature birth in a 38-year-old pregnant woman at 31 weeks of gestation, resulting in a preterm girl with respiratory failure. In the NICU, the child was diagnosed with severe septic neonatal listeriosis with meningitis. After comprehensive drug therapy, the child showed symptom regression and positive laboratory dynamics. On day 45, the child was discharged from the hospital in satisfactory condition.

**Keywords:** listeriosis, listeriosis in pregnant women, neonatal listeriosis, diagnosis, treatment

**For citation:** Grishaeva A. A., Alimova L. K., Domkina A. M., Fedorova O. V., Matveeva M. V., Erdneeva N. M., Ponezheva Zh. B. Listeriosis in pregnant women and neonatal listeriosis: challenges in diagnosis and patient management. *Lechaschi Vrach*. 2026; 7-8 (29): 68-74. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.8.010>

**Conflict of interests.** Not declared.

*Listeria monocytogenes* — факультативно анаэробная палочковидная грамположительная бактерия. Она широко распространена в окружающей среде и может быть выделена из почвы, воды и разлагающейся растительности.

Все изоляты листерий подразделяются на серотипы на основе иммунореактивности к двум структурам клеточной стенки бактерии — О- и Н-антигенам. Выделяют 12 серотипов *L. monocytogenes* (1/2a, 1/2b, 1/2c, 3a, 3b, 3c, 4a, 4b, 4c, 4d, 4e и 7), три из которых (1/2a, 1/2b и 4b) вызывают большинство (95%) случаев заболеваний у людей; серотип 4b чаще всего связан со вспышками заболеваний [1].

Листериоз — это преимущественно пищевая инфекция, случаи которой связаны с употреблением зараженных продуктов и носят спорадический характер.

Известно, что клинические проявления листериоза зависят от состояния иммунной системы пациента. У людей с нормальным иммунным ответом редко развивается инвазивная инфекция, однако после контакта с большим количеством листерий возможен самопроизвольно проходящий острый гастроэнтерит. Поскольку листерии не обнаруживаются с помощью рутинных методов обследования (посев кала на среды для диагностики острых кишечных инфекций), листериозный гастроэнтерит редко диагностируется вне очагов и вспышек. При этом обнаружено, что листерии могут достаточно долго сохраняться в организме женщины, в частности в почках, с активацией инфекции во время беременности [2].

В группу риска по тяжелому течению листериоза входят беременные, новорожденные, те, кто старше 65 лет, люди с иммунодефицитами различной этиологии.

У пожилых и людей с ослабленным иммунитетом наиболее распространенными клиническими проявлениями листериоза являются инвазивные формы инфекции, такие как сепсис, менингит и менингоэнцефалит [1, 2].

Особую группу риска по листериозной инфекции составляют беременные. По статистике каждый год в США примерно 1 из 25 000 беременных заражается листериозом, каждая четвертая теряет ребенка во время беременности или вскоре после родов. Заболеваемость листериозом беременных примерно в 13 раз выше, чем среди населения в целом. Почти все связанные с беременностью случаи листериоза встречаются у здоровых женщин без дополнительных предрасполагающих факторов риска. Чаще всего листериоз диагностируется в третьем триместре беременности, а сведения о заболеваемости на более ранних сроках могут быть занижены из-за отсутствия диагностики без выраженных последствий со стороны плода [1].

По данным Роспотребнадзора в РФ фиксируются единичные случаи листериоза. В 2024 году было зарегистрировано 208 эпизодов, из них 49 летальных [3]. Учитывая отсутствие настороженности врачей в отношении данной инфекции и отсутствие тестирования случаев самопроизвольных аборт или преждевременных родов на ранних сроках беременности, реальная заболеваемость листериозом остается неизвестной.

Листериоз у беременных обычно протекает в относительно легкой или стертой форме с повышением температуры тела, миалгией, головной болью, болью в спине и явлениями гастроэнтерита, у некоторых женщин симптомы могут отсутствовать. Хотя тяжелое течение болезни у беременных встречается редко, инфекция может привести к выкидышу, мертворождению, преждевременным родам, а также к сепсису или менингиту у новорожденного [4].

Неонатальный листериоз у новорожденных проявляется в виде сепсиса с высокой летальностью (до 50%), на его долю приходится до 25% случаев перинатальной смертности.

Листериоз — третья по распространенности причина неонатального менингита во всем мире. У части новорожденных с этой инфекцией развивается септический гранулематоз — тяжелое поражение внутренних органов и кожи. Аспирация инфицированной амниотической жидкости плодом может вызвать тяжелую пневмонию с летальностью до 50% [5].

Неонатальный листериоз подразделяется на ранний (в течение 6 дней после рождения) и поздний (7–28 дней после рождения). Ранний неонатальный листериоз чаще всего передается трансплацентарно [1]. Через несколько часов или 1–2 дня состояние ребенка резко ухудшается: повышается температура, развивается сепсис, появляется характерная папулезная (иногда геморрагическая) сыпь. Ребенок становится беспокойным, возникают одышка, цианоз, судороги, в большинстве случаев наступает летальный исход из-за некупируемого острого респираторного дистресс-синдрома, пневмонии, гнойного плеврита, гепатита, менингоэнцефалита или поражения других органов.

Источники позднего листериоза менее ясны; он может быть вызван заражением во время родов или в медицинском учреждении. При интранатальной передаче (во время родов) новорожденный сразу после появления на свет выглядит здоровым, а признаки листериоза в форме сепсиса проявляются после 7-го дня жизни. При постнатальном заражении болезнь развивается через 10–12 дней и обычно протекает как менингоэнцефалит с летальностью до 25%. Эта форма типична для внутрибольничных вспышек в родильных отделениях [2].

Источниками внутрибольничного заражения листериозной инфекцией могут быть контаминированные изделия медицинского назначения, предметы ухода, медицинский инвентарь (стетоскопы и фонендоскопы, кюветы, весы и прочее), а также руки медицинского персонала. Реже источником листериоза служат контаминированные продукты питания [6–11]. Все это говорит о необходимости строгого соблюдения санитарно-эпидемиологического режима и необходимости выявления возможных источников листериоза в учреждениях родовспоможения.

Несмотря на актуальность листериозной инфекции в настоящее время в Российской Федерации отсутствуют клинические рекомендации по листериозу, в том числе по ведению беременных и новорожденных с данной инфекцией.

Согласно рекомендациям Американской коллегии акушеров-гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), обследованию на листериоз подлежат беременные с соответствующим эпидемиологическим анамнезом, с температурой выше 38,1 °C и симптомами, характерными для листериоза, у которых не выявлено других причин заболевания.

Поскольку инкубационный период может составлять до 70 дней, симптомы листериоза способны проявиться через 2–3 месяца после заражения. Поэтому обследование беременных с фактом употребления сомнительных продуктов питания без характерной клинической картины листериоза нецелесообразно.

При наличии характерной клинической картины у беременной диагноз ставится в первую очередь на основании посева крови. Вагинальные мазки и образцы мочи обычно дают отрицательный результат, а носительство *L. monocytogenes* в половых органах считается редким явлением. При рождении инфицированного плода необходимо взять мазок с плаценты или посев амниотической жидкости. Посев кала на листерию не рекомендуется для диагностики листериоза, поскольку периодическое носительство листерий и их выделение с калом считаются частыми явлениями (примерно у 5% населения, но с существенными колебаниями) и редко указывают на инфекцию [4].

Исследование плаценты является важным диагностическим методом: гистопатологическое исследование может выявить характерные признаки листериозной инфекции (микроабсцессы, хориоамнионит и воспалительные инфильтраты) даже при отсутствии положительных результатов посева. Посевы из плаценты считаются золотым стандартом для подтверждения листериоза у матери и плода и обладают большей чувствительностью, чем посевы из материнской крови (80% против 55%).

Листериоз также можно выявить с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) при анализе образцов.

Неонатальный листериоз подтверждается при обнаружении роста *L. monocytogenes* в спинномозговой жидкости или крови, возбудитель может быть выделен из содержимого желудочно-кишечного тракта и мекония [12].

Несмотря на легкое течение листериоза у большинства пациенток, все случаи подтвержденного листериоза у беременных требуют назначения антибактериальной терапии (АБТ). По российским и международным данным 2022–2025 гг., 100% клинических штаммов листерий были чувствительны к ампициллину и амоксициллину, а также ванкомицину. Эритромицин эффективен для 90–100% изолятов, гентамицин — для 98–100% [13]. В то же время резистентность к цефалоспорином (цефотаксим, цефтазидим) достигает 80–100%, фосфомицину — 85–90%, чувствительность к тетрациклину сохраняют 50–80% штаммов. Множественная резистентность (к трем и более классам) характерна для 55–87% пищевых изолятов, но среди клинических случаев она редка (< 2%) [14].

Для стартовой АБТ беременных с листериозом может быть рассмотрена терапия пероральным амоксициллином (500 мг 3 раза в день), однако предпочтение часто отдается внутривенному введению высоких доз ампициллина (не менее 6 г/сут) в течение как минимум 14 дней [4, 15]. Часто в схему лечения добавляют гентамицин, поскольку он демонстрирует синергизм с ампициллином [16], хотя не все специалисты согласны с тем, что это повышает эффективность схемы, особенно с учетом токсичности гентамицина. Женщинам с аллергией на пенициллин, ампициллин или на оба препарата одновременно рекомендован триметоприм с сульфаметоксазолом в качестве альтернативы [15].

Для лечения листериоза у новорожденных также рекомендуется использовать ампициллин в сочетании с аминогликозидами [17]. При аллергии на пенициллин или его неэффективности в качестве альтернативной терапии можно применять ванкомицин, однако важно помнить, что этот препарат неэффективен при лечении нейролистериоза из-за плохого проникновения через гематоэнцефалический барьер [18]. Линезолид также считается подходящим препаратом для лечения нейролистериоза из-за его высокой концентрации в спинномозговой жидкости и внутриклеточных тканях. Хотя имеющихся данных недостаточно, чтобы рекомендовать рутинное применение этого препарата при нейролистериозе, было задокументировано несколько случаев с благоприятным исходом после терапии линезолидом [19]. Также можно рассмотреть терапию меропенемом, однако в одном исследовании сообщалось о более высоком уровне смертности среди пациентов, получавших меропенем, по сравнению с использовавшими аминопенициллин и бензилпенициллин, но ограниченное количество новорожденных и детей, участвовавших в исследовании, не позволяет сделать однозначный вывод для этой возрастной группы [20]. Рекомендуемая продолжительность лечения пациентов с бактериемией и нормальным состоянием спинномозговой жидкости составляет 2 недели, а при тяжелых

случаях инфекции или менингита — не менее трех недель, поскольку при более короткой терапии были зафиксированы рецидивы. Пациентам с абсцессом головного мозга лечение следует продлить как минимум до 6 недель [12].

Целью статьи является иллюстрация значимости листериозной инфекции в акушерстве и неонатологии на основе клинического случая.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Беременная 38 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в перинатальный центр города Москва с жалобами на боль в нижних отделах живота, скудные сукровичные выделения из половых путей и снижение двигательной активности плода.

Эпидемиологический анамнез не отягощен. За пределы города за последние 6 месяцев не выезжала. Контакт с инфекционными больными накануне заболевания и употребление в пищу сомнительных продуктов отрицает.

**Гинекологический анамнез:** беременность третья, сроком 31 неделя, одноплодная, в анамнезе — одни своевременные роды 4 года назад и один выкидыш на сроке 5 недель год назад. Состоит на учете в женской консультации.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела — 36,6 °С. Кожные покровы обычной окраски, экзантемы нет. Видимые слизистые розовые, чистые. Частота дыхательных движений — 14 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Артериальное давление — 115/65 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул без патологических изменений. Моча светло-желтого цвета.

Осмотр пациентки при помощи зеркал: слизистая шейки матки (ШМ) визуально не изменена. Зев ШМ щелевидный, размер — 2,5 см. Выделения сукровичные, скудные. Вагинальное исследование: тест *actim partus* (экспресс-тест для диагностики риска преждевременных родов) положительный.

При лабораторном обследовании в крови отмечается лейкоцитоз ( $16,53 \times 10^9/\text{л}$ ), нейтрофилез ( $13,83 \times 10^9/\text{л}$ ).

При микроскопическом исследовании вагинального отделяемого обнаруживается умеренное количество плоского эпителия, лейкоциты — 20–25 в поле зрения, эритроциты — немного, палочковая флора — умеренно в препарате, другие микроорганизмы не обнаружены. В посеве на микрофлору цервикального канала рост не выявлен.

В результате вторых преждевременных самопроизвольных родов в головном предлежании родилась недоношенная девочка. С первой минуты жизни у ребенка отмечается нерегулярное дыхание, частота сердечных сокращений — 140 в минуту;  $\text{SpO}_2$  — 69%, разлитой цианоз, гипорефлексия, мышечная гипотония. Начата респираторная поддержка (CPAP) маской. Оценка по шкале Апгар — 6/7 баллов.

Учитывая срок гестации, респираторные нарушения средней степени тяжести (оценка по шкале Сильвермана — Андерсена — 5 баллов), сохраняющуюся зависимость от кислорода (требуется дотация  $\text{O}_2$  более 40%), в возрасте 15 минут жизни эндотрахеально, без технических трудностей, методом «Lisa» введен сурфактант Куросурф (порактант альфа) в дозе 200 мг/кг с положительным эффектом — параметры неинвазивной респираторной терапии снижены. Оценка по шкале Ballard — 20 балла.

В возрасте 20 минут жизни в тяжелом состоянии для дальнейшего обследования и лечения ребенок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

При дообследовании лабораторно в крови имеет место лейкоцитоз —  $25,59 \times 10^9/\text{л}$ .

В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание повышение С-реактивного белка (СРБ) до 69,8 мг/л, аламинотрансферазы — до 46,6 МЕ/л, гипогликемия — 2,5 ммоль/л. Также в крови имеет место смешанный ацидоз, преимущественно за счет респираторного компонента, уровень лактата — 2,8 ммоль/л.

По данным рентгенографии грудной клетки: усиление и деформация легочного рисунка за счет интерстициально-нодозной сетчатости, с небольшим понижением пневматизации в медиальных отделах.

По данным нейросонографии: эхо-признаки внутрижелудочковых кровоизлияний I степени с обеих сторон, гипоксически-ишемических изменений перивентрикулярных зон, структурной незрелости. По данным исследования по методу Допплера гемодинамика не нарушена.

Учитывая клинико-anamnestические данные, результаты лабораторного и инструментального обследования, у ребенка заподозрено внутриутробное инфицирование. Начата АБТ по схеме: ампициллин/сульбактам в дозе 75 мг/кг/сут и гентамицин в дозе 2,5 мг/кг/сут внутривенно.

Мать ребенка на третьи сутки выписана в удовлетворительном состоянии.

В посеве крови на стерильность и в посеве отделяемого слизистой зева ребенка на третьи сутки госпитализации выявлен рост *L. monocytogenes*.

Результат патологоанатомического исследования плаценты: распространенный гнойный сосудисто-стромальный функулит, париетальный хориоамнионит, базальный децидуит, плацентарный хориоамнионит с васкулитом. Плацента соответствует сроку гестации. Инволютивно-дистрофические изменения в плаценте. Очаговые инфаркты ворсинчатого дерева.

На основании данных анамнеза, клинической картины, результатов лабораторного и инструментального обследования новорожденной выставлен диагноз: «Неонатальный листериоз, септическая форма, тяжелое течение».

Для уточнения генеза листериоза, учитывая отсутствие микробиологического обследования матери в период госпитализации, принято решение об исследовании гомогенизата плаценты на ДНК *Listeria* путем ПЦР. Получен положительный результат.

В возрасте пяти суток жизни отмечается регресс дыхательных нарушений. На 6-й день жизни переведена на самостоятельное дыхание. Оценка по шкале Сильвермана — 1 балл.

Лабораторно отмечается отрицательная динамика в виде нарастания лейкоцитоза до  $85,28 \times 10^9$ /л.

Выполнена люмбальная пункция. В клиническом анализе ликвора отмечается увеличение белка до 2,55 г/л, глюкоза — 0,4 ммоль/л, эритроциты покрывают сплошь все поле зрения,

цитоз — 555 (в мазке — 375 нейтрофилов и 180 лимфоцитов). В посеве ликвора на флору — рост не выявлен.

По результатам обследования принято решение об увеличении дозы ампициллина/сульбактама до 100 мг/кг/сут.

В посеве крови на стерильность и посеве отделяемого слизистой зева на пятые сутки рост *L. monocytogenes* не выявлен.

На 10-е сутки отмечена положительная динамика — снижение цитоза в ликворе до  $17 \times 10^6$ /л (4 нейтрофила и 13 лимфоцитов).

Девочка переведена в отделение патологии новорожденных и недоношенных в состоянии средней тяжести. В возрасте 45 суток выписана в удовлетворительном состоянии. Динамика лабораторных показателей представлена в таблице.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный клинический пример демонстрирует значимость листериозной инфекции для акушерской практики и неонатологии.

Листериозная инфекция чаще всего наблюдается в третьем триместре беременности, при этом после 28 недель гестации заболеваемость в два раза выше [17, 21]. В представленном клиническом примере листериоз диагностирован у беременной на 31-й неделе.

Инфекция у беременной протекала атипично, приведя к хориоамниониту и преждевременным родам. В представленном клиническом случае демонстрируется бессимптомная форма, что согласуется с данными мировой литературы о преимущественно нетяжелом течении инфекции у беременной [4]. Также известно, что у новорожденных, появившихся на свет на сроке менее 35 недель, часто наблюдается неонатальный листериоз с ранним началом [22, 23], что согласуется с нашим примером. Наиболее распространенными предродовыми осложнениями являются мекониевый цвет околоплодных вод и внутриутробная гипоксия плода, при патологоанатомическом исследовании плаценты часто выявляется острый хориоамнионит [17].

Приведенный клинический пример демонстрирует отсутствие настороженности врачей, которые должны уделять особое внимание женщинам с такими факторами риска, как повышенная температура, гриппоподобные симптомы, внутриутробная гипоксия в анамнезе и загрязнение меконием околоплодных вод. Во время родов необходимо своевременно собирать плацентарную ткань и выделения из влагалища для клинической диагностики листериоза и своевременной адекватной терапии.

Установление источника листериоза при выявлении неонатального случая критически важно для акушерско-неонатологической практики, поскольку позволяет прервать цепочку передачи, предотвратить повторные заражения в очаге и провести целевые санитарно-противоэпидемические меры.

Таблица. Динамика лабораторных показателей [таблица составлена авторами] / Dynamics of laboratory parameters [table compiled by the authors]

| Показатель            | Референсные значения | 1-й день | 5-й день | 10-й день | 15-й день | 20-й день | 30-й день | Перед выпиской |
|-----------------------|----------------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Лейкоциты, $10^9$ /л  | 8,04-15,4            | 25,59    | 85,28    | 56,69     | 17,51     | 14,85     | 10,42     | 13,16          |
| Нейтрофилы, %         | 15,2-66,1            | 35,1     | 44,3     | 64,0      | 30,       | 20,9      | 14,9      | 26,7           |
| Лимфоциты, %          | 24,9-68,5            | 43,4     | 16,8     | 24,8      | 53,4      | 61,4      | 72,6      | 57,0           |
| Моноциты, %           | 5,2-20,6             | 18,0     | 38,2     | 10,7      | 11,9      | 11,2      | 9,7       | 14,1           |
| Тромбоциты, $10^9$ /л | 144-449              | 192      | 608      | 845       | 550       | 798       | 446       | 388            |
| СРБ, мг/л             | 0-5                  | 69,8     | 13,6     | 2,0       | 0,9       | –         | –         | 0,2            |
| Прокальцитонин, нг/мл | 0-0,5                | –        | 4,04     | < 0,5     | –         | –         | –         | –              |

Особую настороженность должны вызывать случаи позднего неонатального листериоза, требующие полного эпидемиологического расследования, поскольку они чаще связаны с постнатальным заражением (через контаминированные родовые пути матери, персонал или больничную среду). Важно помнить о необходимости парного обследования матери и ребенка на листериозную инфекцию даже при отсутствии симптомов у роженицы.

При выявлении случаев раннего неонатального листериоза особое внимание следует уделять женщинам, которые длительно находились в стационаре до родов (например, в отделении патологии беременности), поскольку в период госпитализации они подвергаются риску внутрибольничного заражения *L. monocytogenes* из окружающей среды (контаминированные поверхности, оборудование, вентиляция) или от латентно инфицированных пациенток либо персонала.

Важно помнить, что роженицы с асимптомным течением, но с подтвержденным носительством *L. monocytogenes* (положительные ПЦР или посев из плаценты, послеродовых выделений, крови), также требуют АБТ для санации генитального тракта.

## ВЫВОДЫ

Неонатальный листериоз — это серьезная инфекция, сопряженная с высоким уровнем смертности. Представленные клинические случаи свидетельствуют о необходимости повышения информированности медицинского сообщества об этой потенциально опасной инфекции и убедительно демонстрируют необходимость совершенствования протоколов ведения беременных и новорожденных, подверженных риску заражения *L. monocytogenes*.

Для благоприятного исхода крайне важны ранняя диагностика и своевременное назначение АБТ. Для ранней и точной диагностики необходимы высокий уровень настороженности врачей и тщательная интерпретация результатов лабораторно-инструментальных исследований. Все случаи неонатального листериоза должны подвергаться тщательному эпидемиологическому разбору. Для снижения частоты случаев листериоза у новорожденных крайне важно информировать беременных о правилах питания и других профилактических мерах.

Представленный в работе клинический пример демонстрирует актуальность проблемы листериоза и необходимость совместной работы различных специалистов — акушеров-гинекологов, неонатологов, инфекционистов — для комплексного подхода к ведению пациенток с подозрением на листериоз, а также необходимость разработки и совершенствования современных рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению листериоза в перинатальном периоде, что значительно повысит качество оказания специализированной помощи. **ЛВ**

## Вклад авторов:

Концепция статьи — Гришаева А. А.

Написание текста — Гришаева А. А., Алимова Л. К., Эрднеева Н. М., Федорова О. В., Матвеева М. В.

Сбор и обработка материала — Гришаева А. А., Алимова Л. К., Домкина А. М.

Анализ материала — Алимова Л. К., Домкина А. М.

Редактирование — Домкина А. М.

Утверждение окончательного варианта статьи — Понежева Ж. Б.

## Contribution of authors:

Concept of the article — Grishaeva A. A.

Text development — Grishaeva A. A., Alimova L. K., Erdneeva N. M., Fedorova O. V., Matveeva M. V.

Collection and processing of material — Grishaeva A. A., Alimova L. K., Domkina A. M.

Material analysis — Alimova L. K., Domkina A. M.

Editing — Domkina A. M.

Approval of the final version of the article — Ponezheva Zh. B.

## Литература/References

1. <https://www.cdc.gov/listeria/hcp/clinical-overview/index.html>.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 1104 с. (Серия «Национальные руководства»). ISBN 978-5-9704-4912-7. Yuschuk N. D., Vengerov Yu. Ya., editors. Infectious Diseases: National guidelines. M.: GEOTAR-Media; 2019. 1104 p. (National guidelines Series) (In Russ.) ISBN 978-5-9704-4912-7.
3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: государственный доклад. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. М.: Роспотребнадзор, 2025. Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing. On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2024: State report. M.: Rosпотребнадзор, 2025. (In Russ.)
4. Management of pregnant women with presumptive exposure to *Listeria monocytogenes*. Committee Opinion No. 614. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2014; 124: 1241-1244.
5. Wu F., Nizar S., Zhang L., Wang F., Lin X., Zhou X. Clinical features and antibiotic treatment of early-onset neonatal listeriosis. J Int Med Res. 2022; 50 (8): 3000605221117207. DOI: 10.1177/03000605221117207.
6. Fullerton L., Norrish G., Wedderburn C. J., Paget S., Basu Roy R., Cane C. Nosocomial Neonatal *Listeria monocytogenes* Transmission by Stethoscope. Pediatr Infect Dis J. 2015; 34 (9): 1042-1043. DOI: 10.1097/INF.0000000000000789. PMID: 26376314.
7. Tortajada C., Porta R., Riba M., Santoma M. J., Palacín E., Español M. Brote nosocomial por *Listeria monocytogenes* en una Unidad de Neonatos [Nosocomial outbreak due to *Listeria monocytogenes* in a neonatal unit]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012; 30 (3): 143-146. Spanish. DOI: 10.1016/j.eimc.2011.07.018. Epub 2012 Jan 28. PMID: 22284133.
8. Чистенко Г. Н., Дроница А. М., Бандацкая М. И. Листериоз: этиология, эпидемиология, профилактика. Мир медицины. 2015; 3: 2-5. Chistenko G. N., Dronina A. M., Bandatskaya M. I. Listeriosis: Etiology, Epidemiology, and Prevention. Mir meditsiny. 2015; 3: 2-5. (In Russ.)
9. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». СанПиН 3.3686-21. Sanitary and epidemiological requirements for the prevention of infectious diseases. (In Russ.)
10. Charlier C., Noel C., Hafner L., Moura A., Mathiaud C., Pitsch A., Meziane C., Jolly-Sanchez L., de Pontfarcy A., Diamantis S., Bracq-Dieye H., Disson O., Thouvenot P., Valès G., Tessaud-Rita N., Tourdjman M., Leclercq A., Lecuit M. Fatal neonatal listeriosis following *L. monocytogenes* horizontal transmission highlights neonatal susceptibility to orally acquired listeriosis. Cell Rep Med. 2023; 4 (7): 101094. DOI: 10.1016/j.xcrm.2023.101094. Epub 2023 Jun 28. PMID: 37385252; PMCID: PMC10394164.
11. Lamont R. F., Sobel J., Mazaki-Tovi S., et al. Listeriosis in human pregnancy: a systematic review. J Perinat Med. 2011; 39: 227-236.
12. Rodrigues Amaral M., Strecht Guimarães F., Ribeiro M., Maia C., Menezes F., Quaresma L. Severe Early-Onset Neonatal Listeriosis: An Unusual Diagnosis. Cureus. 2025; 17 (9): e92005. DOI: 10.7759/cureus.92005. PMID: 41080244; PMCID: PMC12513743.
13. Ермолаева С. А., Карпова Т. И., Андриянов П. А. и соавт. Распространение антимикробной устойчивости среди клинических и пищевых изолятов *Listeria monocytogenes*, выделенных в Москве в 2019-2021 гг. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2022; 24 (2): 156-164. Ermolaeva S. A., Karpova T. I., Andriyanov P. A., et al. Distribution of antimicrobial resistance among clinical and food *Listeria monocytogenes* isolated in Moscow in 2019-2021. Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya. 2022; 24 (2): 156-164. (In Russ.)
14. Волкова Т. Е., Шкиль Н. Н. Антибиотикорезистентность *L. monocytogenes* после воздействия инфракрасного излучения. Научное обеспечение живот-

- новодства Сибири. Красноярский научно-исследовательский институт сельского хозяйства — обособленное подразделение ФИЦ КНЦ СО РАН. 2024. С. 367–371. DOI: 10.52686/conferencearticle\_67597cef2977b6.77170663. URL: [https://apk124.krasn.ru/ru/nauka/conference\\_article/13797/view](https://apk124.krasn.ru/ru/nauka/conference_article/13797/view).
- Volkova T. E., Shkil N. N. Antibiotic Resistance of *L. Monocytogenes* after Exposure to Infrared Radiation. Scientific support for livestock breeding in Siberia. Krasnoyarsk Research Institute of Agriculture, a subdivision of the Federal Research Center "Krasnoyarsk Science Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences". 2024: 367–371. (In Russ.) DOI: 10.52686/conferencearticle\_67597cef2977b6.77170663. URL: [https://apk124.krasn.ru/ru/nauka/conference\\_article/13797/view](https://apk124.krasn.ru/ru/nauka/conference_article/13797/view).
15. Janakiraman V. Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment, and prevention. Rev Obstet Gynecol. 2008; 1: 179–185.
  16. Temple M. E., Nahata M. C. Treatment of listeriosis. Ann Pharmacother. 2000; 34: 656–661.
  17. Wu F., Nizar S., Zhang L., Wang F., Lin X., Zhou X. Clinical features and antibiotic treatment of early-onset neonatal listeriosis. J Int Med Res. 2022; 50 (8): 3000605221117207. DOI: 10.1177/03000605221117207.
  18. Pagliano P., Arslan F., Ascione T. Epidemiology and treatment of the commonest form of listeriosis: meningitis and bacteraemia. Infect Med. 2017; 25: 210–216.
  19. Yilmaz P. Ö., Mutlu N. M., Serçelik A., et al. Linezolid and dexamethasone experience in a serious case of listeria rhombencephalitis. J Infect Public Health. 2016; 9: 670–674.
  20. Thonnings S., Knudsen J. D., Schonheyder H. C., et al. Antibiotic treatment and mortality in patients with *Listeria monocytogenes* meningitis or bacteraemia. Clin Microbiol Infect. 2016; 22: 725–730.
  21. Wadhwa Desai R., Smith M. A. Pregnancy-related listeriosis. Birth Defects Res. 2017; 109: 324–335.
  22. Allerberger F., Huhulescu S. Pregnancy related listeriosis: treatment and control. Expert Rev Anti Infect Ther. 2015; 13: 395–403.
  23. Gupta A., Warad D., Jacobs N., et al. A premature girl with pallor and rash. Pediatr Ann. 2011; 40: 296–298.

#### Сведения об авторах:

**Гришаева Антонина Алексеевна**, к.м.н., инфекционист, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 142770, Москва, ул. Сосенский Стан, 8, стр. 3; научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора»; Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; [antoninagrishaeva@yandex.ru](mailto:antoninagrishaeva@yandex.ru)

**Алимова Лилия Камильевна**, инфекционист, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 142770, Москва, ул. Сосенский Стан, 8, стр. 3; лаборант-исследователь клинического отдела инфекционной патологии, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора»; Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; [ra154.b@yandex.ru](mailto:ra154.b@yandex.ru)

**Домкина Анна Михайловна**, к.м.н., заведующая эпидемиологическим отделом, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 142770, Москва, ул. Сосенский Стан, 8, стр. 3; младший научный сотрудник лаборатории иммунопрофилактики, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора»; Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; [anna-197@yandex.ru](mailto:anna-197@yandex.ru)

**Федорова Ольга Викторовна**, эпидемиолог санитарно-эпидемиологического отделения, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 142770, Москва, ул. Сосенский Стан, 8, стр. 3; [olenka732404020@gmail.com](mailto:olenka732404020@gmail.com)

**Матвеева Мария Васильевна**, эпидемиолог санитарно-эпидемиологического отделения, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 142770, Москва, ул. Сосенский Стан, 8, стр. 3; [marikadenisova@yandex.ru](mailto:marikadenisova@yandex.ru)

**Эрднеева Нина Манжиевна**, инфекционист, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 142770, Москва, ул. Сосенский Стан, 8, стр. 3; [nina.erdneeva@mail.ru](mailto:nina.erdneeva@mail.ru)

**Понежева Жанна Бетовна**, д.м.н., доцент, заведующая клиническим отделом инфекционной патологии, Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора»; Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; [doktorim@mail.ru](mailto:doktorim@mail.ru)

#### Information about the authors:

**Antonina A. Grishaeva**, Cand. of Sci. (Med.), infectious diseases doctor, State Budgetary Healthcare Institution Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Moscow Department of Health; 8 b. 3 Sosenskiy Stan str. Moscow, 142770, Russia; Researcher of the Clinical Department of Infectious Pathology, Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; [antoninagrishaeva@yandex.ru](mailto:antoninagrishaeva@yandex.ru)

**Liliya K. Alimova**, infectious diseases doctor, State Budgetary Healthcare Institution Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Moscow Department of Health; 8 b. 3 Sosenskiy Stan str. Moscow, 142770, Russia; laboratory assistant, Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; [ra154.b@yandex.ru](mailto:ra154.b@yandex.ru)

**Anna M. Domkina**, Cand. of Sci. (Med.), Head of the epidemiological Department, State Budgetary Healthcare Institution Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Moscow Department of Health; 8 b. 3 Sosenskiy Stan str. Moscow, 142770, Russia; Junior Researcher of the Laboratory of Immunological Prophylaxis, Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; [anna-197@yandex.ru](mailto:anna-197@yandex.ru)

**Olga V. Fedorova**, epidemiologist of the sanitary and epidemiological department, State Budgetary Healthcare Institution Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Moscow Department of Health; 8 b. 3 Sosenskiy Stan str. Moscow, 142770, Russia; [olenka732404020@gmail.com](mailto:olenka732404020@gmail.com)

**Mariya V. Matveeva**, epidemiologist of the sanitary and epidemiological department, State Budgetary Healthcare Institution Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Moscow Department of Health; 8 b. 3 Sosenskiy Stan str. Moscow, 142770, Russia; [marikadenisova@yandex.ru](mailto:marikadenisova@yandex.ru)

**Nina M. Erdneeva**, infectious disease doctor, State Budgetary Healthcare Institution Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of the Moscow Department of Health; 8 b. 3 Sosenskiy Stan str. Moscow, 142770, Russia; [nina.erdneeva@mail.ru](mailto:nina.erdneeva@mail.ru)

**Zhanna B. Ponezheva**, Dr. of Sci. (Med.), Leading Researcher, Clinical Department of Infectious Diseases, Federal Budgetary Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; [doktorim@mail.ru](mailto:doktorim@mail.ru)

Поступила/Received 17.03.2026

Поступила после рецензирования/Revised 21.04.2026

Принята в печать/Accepted 23.04.2026