**Лечащий врач №06, 2019**

# Сифилис плода

*А. В. Лобастов, Г. И. Мавлютова, Е. И. Юнусова, З. Ш. Гараева, Л. А. Юсупова, М. И. Котов, М. Ф. Шархемуллин*

Сифилис является социально значимым заболеванием, так как вредит не только здоровью, но и репродуктивной функции больных [1, 4, 11, 12]. Наличие сифилитической инфекции у беременной может стать причиной внутриутробного инфицирования плода, в случае которого исход беременности будет зависеть от срока заражения и стадии сифилиса [7, 9, 13–15]. Чем свежее сифилис у матери, тем неблагополучнее исход беременности, тем опаснее он для потомства, ведь даже через много лет после заражения при отсутствии лечения может родиться больной ребенок [7, 9, 13–15]. Женщины со скрытой формой заболевания почти так же часто рожают детей с признаками болезни, как женщины с манифестным сифилисом [1, 4, 11, 19]. Также следует помнить, что сифилис — одна из наиболее частых причин произвольного прерывания беременности вследствие гибели плода в утробе матери; около 20% всех случаев привычных абортов происходит из-за сифилитической инфекции. У больных сифилисом и не лечившихся женщин в 17 раз чаще, чем у здоровых, встречаются мертворождения. Для сифилиса особенно характерны преждевременные роды мертвым мацерированным плодом и привычные преждевременные роды [2, 3, 5, 6, 20].

При этом своевременная верификация и специфическая терапия сифилиса у женщин, планирующих беременность, и у беременных на ранних сроках гестации являются гарантией рождения здорового ребенка [8, 10, 16–18, 20]. Каждый случай врожденного сифилиса является результатом диагностических ошибок или дефектов (отсутствия) пренатального наблюдения [2, 9, 13]. Своевременное выявление заболевания у беременной связано, как правило, с ранним ее обращением в женскую консультацию. Однако результаты исследований, проведенных в различных регионах России, показали, что из числа беременных, у которых был выявлен сифилис, до 40% не состояли на учете в женской консультации, в результате чего диагноз был установлен в поздние сроки беременности или при поступлении женщины на роды [2, 3, 5, 9, 15]. Этот факт в достаточной степени объясняется определенными социальными и поведенческими характеристиками большинства беременных, больных сифилисом. Исследования показали, что чаще всего это одинокая, материально не обеспеченная женщина без собственного жилья в возрасте 17–25 лет с ранним половым дебютом и рискованным сексуальным поведением. Сифилис у пациенток данной статистической группы обычно протекает как сочетанная инфекция, беременность является нежелательной [3, 9, 10].

Клинические проявления врожденного сифилиса разнообразны. Различают сифилис плода, ранний врожденный и поздний врожденный сифилис.

Сифилис плода — это смерть эмбриона весом более 500 г или имеющего срок беременности более 20 недель.

Диагностические критерии:

1. Больная сифилисом мать не получала противосифилитического лечения.
2. Обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных при вскрытии.

Бледная трепонема проникает в организм плода тремя путями: в виде эмбола через пупочную вену, через лимфатические щели пупочных сосудов, с током крови матери через поврежденную плаценту (нормальная плацента непроницаема для возбудителя сифилиса). Заражение сифилисом на ранних сроках беременности вызывает трепонемную септицемию плода и тяжелую патологию внутренних органов, нервной и костной систем, иногда приводящих к внутриутробной гибели, обычно на 6–7 месяце. Мертвый плод рождается на 3–4 день, успев мацерироваться в околоплодных водах. Он меньших размеров, чем в норме, и имеет ярко-красный («окровавленный») вид. Инфицирование матери в более поздние сроки вызывает специфические поражения внутренних органов плода, которые носят в основном диффузно-воспалительный характер и сводятся к мелкоклеточной инфильтрации и разрастанию соединительной ткани. Инфильтраты состоят из лимфоцитов, гистиоцитов, плазматических клеток. Иногда обнаруживаются милиарные или солитарные гуммы. Во внутренних органах находят большое количество бледных трепонем.

Раньше всего (но не ранее 5-го месяца беременности) поражаются печень, легкие, почки и селезенка. Печень резко увеличивается в размерах. В норме соотношение массы печени к массе плода составляет 1:21, при сифилисе — 1:14. Поверхность ее гладкая, на разрезе — матовая, коричневато-желтого цвета, отдельные дольки незаметны. Гистологически обнаруживается мелкоклеточная инфильтрация органа и разрастание соединительной ткани. Встречаются небольшие желтоватые очаги, состоящие из печеночных клеток в стадии некроза. Желчные протоки поражаются редко. В легких выявляются специфическая инфильтрация межальвеолярных перегородок, гиперплазия и десквамация альвеолярного эпителия, придающие серовато-белую окраску пораженной легочной ткани по типу белой пневмонии. В большинстве случаев это приводит к смерти плода в утробе матери или в первые дни после рождения. Селезенка сильно увеличивается и уплотняется. Меняется соотношение массы органа к массе плода (в норме 1:320, при сифилисе 1:190). Гистологические изменения носят такой же характер, как и при поражении печени. В почках поражается корковый слой в виде

диффузной и очаговой мелкоклеточной инфильтрации в коре и по ходу сосудов в мозговой ткани. Значительно реже отмечаются специфические изменения в сердце и желудочно-кишечном тракте. В сердце наблюдается образование периваскулярных клеточных инфильтратов с некрозом и инфильтрацией в виде узелков белого цвета в толще миокарда. В желудке и кишечнике изредка обнаруживаются плоские, местами изъязвившиеся и покрытые сальным налетом инфильтраты слизистой и подслизистой, иногда принимающие форму широких колец. Описаны фиброзные утолщения в яичниках, клеточная инфильтрация в сосудах слизистой труб, интерстициальные утолщения в увеличенной матке, гиперплазия соединительной ткани поджелудочной железы, диффузная инфильтрация с очагами некроза и ишемическими инфарктами надпочечников и гипофиза. Немного позже (к 6–7 месяцам внутриутробной жизни), но очень часто наблюдаются специфические поражения длинных трубчатых костей в зоне обызвествления на границе между хрящом и костью, т. е. между эпифизом и диафизом, которые определяются в виде остеохондритов второй и третьей степени. Для врожденного сифилиса также характерна задержка в развитии и росте плода, выражающаяся в его незрелости. Даже в отсутствие специфических изменений в органах можно обнаружить большое количество бледных трепонем, особенно если речь идет о печени, селезенке, надпочечниках, яичках и яичниках.

В настоящее время исходом нелеченого сифилиса у беременных чаще является появление детей с ранним врожденным сифилисом или (очень редко) в последующие годы у них обнаруживается поздняя врожденная форма заболевания. Тяжелые поражения плода встречаются редко, что делает более ценным наше наблюдение.

Пациентка Б. А. Н., 37 лет, жительница села, доярка, обратилась в территориальный фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) 10 марта 2017 г. в связи с задержкой mensis и была направлена в женскую консультацию центральной районной больницы (ЦРБ), где 11 марта 2017 г. (на следующий день) взята на учет с диагнозом: «Беременность 12 недель». Гинекологический анамнез: настоящая беременность — восьмая. Исходы предыдущих беременностей: 5 родов, 1 медицинский аборт, 1 самопроизвольный выкидыш на сроке 5 недель в 1998 г. Пациентка курит, злоупотребляет алкоголем.

В день осмотра: жалоб не предъявляла, патология внутренних органов не обнаружена, кожа и слизистые без высыпаний, лимфатические узлы не увеличены. Результаты общего и биохимического анализа крови, а также мочи — без отклонений. В мазке из заднего свода влагалища обнаружены влагалищные трихомонады, назначено соответствующее лечение. Согласно стандартам ведения проведено серологическое тестирование на сифилис, со следующим результатом: МРП ++, РПГА +++ (13.03.2017 г.). В связи с тем что пациентка сифилис в прошлом отрицала, себя больной не считала и выразила недоверие к результатам обследования, она была направлена в территориальный кожно-венерологический диспансер, куда явилась 17.03.2017 г., была обследована, с тем же результатом: МРП ++, ИФА положительна, РПГА ++++. От лечения отказалась, 27.03.2017 г. самостоятельно обратилась в перинатальный центр одного из городов РТ, где диагноз был подтвержден аналогичными результатами серологических тестов. На основании этих данных 10.04.2017 г. был установлен диагноз: «Ранний скрытый сифилис А.51.5». Несмотря на очередной отказ от лечения, по настоянию районного дерматовенеролога с 18.04.2017 г. (16–17 неделя беременности) в амбулаторных условиях (ФАП) получала специфическую терапию: цефтриаксон по 1,0 г 1 раз в день 28 дней, которую неоднократно прерывала. Специфический (первый) курс лечения завершила 15.05.2017 г., от второго (профилактического) курса отказалась.

## Обследование плода

### *УЗИ плода*

Протокол исследования воротникового пространства при взятии на учет (28.03.2017 г.): беременность 14 недель и 1 день, патология не выявлена.

Явка 30.03.2017 г.: живот мягкий, шевеления нет.

02.05.2017 г.: живот мягкий, шевеление есть. УЗИ: беременность 20 недель, отсутствие вод. Признаки микроцефалии.

03.05.2017 г. транспортирована в перинатальный центр республиканской клинической больницы (г. Казань), откуда через день самовольно сбежала.

04.05.2017 г. УЗИ: беременность 20 недель и 2 дня. Острое маловодие. Угроза прерывания беременности. Нарушение кровотока в фетоплацентарной системе 1А степени.

16.05.2017 г.: положение плода неустойчивое, сердцебиение ясное, ритмичное 140 в минуту.

08.06.2017 г.: сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 в минуту.

23.06.2017 г. (беременность 26 недель): сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 в минуту.

На сроке 29–30 недель (30.06.2017 г.) у пациентки появились боли в животе схваткообразного характера. С этими жалобами она поступила в родильное отделение ЦРБ. Диагноз при поступлении: «Беременность VIII, 29–30 недель, II период VI преждевременных родов. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Хроническая никотиновая интоксикация. Острое маловодие. Хроническая фетоплацентарная недостаточность. Риск внутриутробного инфицирования. Возрастная повторнородящая. Трихомониаз (санированный). Антенатальная гибель плода». Сразу после поступления произошли роды мертвым плодом мужского пола, весом 960 г, длиной 38 см, который был направлен на вскрытие в ЦРБ (рис.).



Рис. **Сифилис плода**

***Протокол (карта) патолого-анатомического вскрытия***

Дата смерти 30.06.2017 г. Дата вскрытия 05.07.2017 г.

*Наружный осмотр.* Труп ребенка мужского пола, правильного телосложения, рост 38 см, вес 960 г. Кожные покровы бледно-красные. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц. Окружность головы 29 см, груди — 28 см. Пупочное кольцо ниже середины расстояния между мечевидным отростком и лоном. Яички в мошонке отсутствуют. При разрезе нижнего эпифиза бедренной кости ядро окостенения отсутствует.

*Крупные серозные полости.* В брюшной, в плевральных полостях свободной жидкости не обнаружено. Листки брюшины, плевры и перикарда тонкие, гладкие, блестящие.

*Сердечно-сосудистая система.* Аорта проходима на всем протяжении, интима ее молочно-желтого цвета, гладкая. Сердце размером 2,2 × 2,1 × 0,8 см, эпикард гладкий. Миокард упругой консистенции, на разрезе однородно темно-красного цвета. Толщина стенки правого желудочка до 0,2 см, левого 0,2 см. Полости сердца не расширены, содержат жидкую кровь в незначительном количестве. Клапаны сердца и крупных сосудов сформированы анатомически правильно, тонкие, гладкие, эластичные, не деформированные. Селезенка размером 2,0 × 1,4 × 0,8 см, дряблая, легко разминается пальцами.

*Эндокринная система.* Надпочечники листовидной формы, слоистые на разрезе, граница между слоями отчетлива. Щитовидная железа размером 1,5 × 0,8 × 0,8 см мягко-эластичной консистенции, на разрезе — однородно красно-коричневого цвета.

*Мочевыделительная система.* Почки размером 2,6 × 2,0 × 1,3 см каждая, ткань их плотноватой консистенции, на разрезе синюшно-красного цвета, граница между корковым и мозговым веществом различима. Просвет чашечек и лоханок свободен. Фиброзная капсула почек снимается легко, без потери вещества почек, обнажая крупнобугристую поверхность. Паранефральная клетчатка без особенностей. Мочеточники проходимы. В полости мочевого пузыря содержимого нет, слизистая его гладкая, без видимых дефектов, стенка эластичная.

*Дыхательная система.* Просвет дыхательных путей свободен на всем протяжении, слизистая дыхательных путей серого цвета, без дефектов. Патологии разветвления бронхиального дерева не обнаружено. Легкие плотные, безвоздушные на ощупь на всех участках, с поверхности — темно-сине-красного цвета, на разрезе — темно-красные. На поверхности легких под наружной оболочкой определяются немногочисленные темно-красные мелкие кровоизлияния округлой формы с четкими границами. При погружении в воду — легкие и их мелкие фрагменты тонут.

*Пищеварительная система.* Пищевод проходим, слизистая его гладкая, серо-синюшная, без дефектов. Желудок пуст, слизистая его гладкая, белесовато-серая. Стенка его эластичная, одинаковой толщины на всем протяжении. Петли тонкого и толстого кишечника умеренно раздуты газами, содержат зеленоватые массы. Печень размером 10 × 7 × 5 × 3 см, поверхность ровная, гладкая, ткань эластичной консистенции, на разрезе — темно-красного цвета. В желчном пузыре следы желтоватой желчи, слизистая его гладкая. Поджелудочная железа эластичной консистенции, дольчатого строения, на разрезе — бледно-серого цвета.

*Нервная система.* Кости черепа целы, легко режутся ножницами, подвижны в области швов. Большой родничок ромбовидной формы размерами 4 × 3 см, не выбухает, не напряжен. Твердая мозговая оболочка не напряжена по конвекситальной поверхности, легко отделяется от костей, белесовато-синюшного цвета. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная с красноватым оттенком. Сосуды заполнены темно-красной кровью. Вещество головного мозга мягкой консистенции, мажется по перчаткам, структура строения соответствует возрасту развития плода.

*Причина смерти.* Коды: Ia, внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная до начала родов.

Таким образом, наше наблюдение можно охарактеризовать как «эпидемиологический случай врожденного сифилиса», в которое по определению Центров по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for

Disease Control and Prevention, CDC) включаются дети, рожденные от нелеченых либо неадекватно леченых женщин, а также тех, кто закончил лечение менее чем за 1 месяц до родов. Эпидемиологическими случаями также считаются сифилитические мертворождения (вероятные и подтвержденные) и поздние выкидыши [4, 9]. Отрицательное отношение беременной к собственному здоровью и к здоровью будущего ребенка привело к внутриутробной гибели плода. При этом адекватное лечение матери, даже на поздних сроках беременности, обычно предотвращает поражение плода, что подтверждено недавним наблюдением А. Л. Евсеевой и соавт. [6]. В заключение можно еще раз сказать, что проблема антенатальной профилактики врожденного сифилиса мультиполярна, является актуальной для врачей многих специальностей и требует одновременного внимания и настороженности дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, педиатров, неонатологов и инфекционистов.

**Литература**


1. Аковбян В. А., Прохоренков В. И., Новиков А. И. и др. Сифилис. М.: Медкнига, 2002. 300 с.
2. Арбузова И. А. Медико-социальные аспекты сифилиса у беременных. Оценка риска развития раннего врожденного сифилиса. Автореферат дисс. к. м.н. СПб, 2001. 20 с.
3. Аствацатуров К. Р. Сифилис, его диагностика и лечение: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1971. 432 с.
4. Глобальная ликвидация врожденного сифилиса: обоснование и стратегия действий. Всемирная организация здравоохранения, 2008. С. 50.
5. Горланов И. А., Милявская И. Р., Леина Л. М. Клиника, диагностика и лечение раннего врожденного сифилиса // Вестник дерматологии и венерологии. 2009; 3: с. 73–77.
6. Евсеева А. Л., Кошкин С. В., Рябова В. В. и др. Благоприятный исход беременности у больной вторичным сифилисом // Вестник дерматологии и венерологии. 2018; 3: с. 45–51.
7. Мавлютова Г. И., Юсупова Л. А., Мисбахова А. Г. Тактика взаимодействия акушеров-гинекологов и дерматовенерологов по профилактике врожденного сифилиса // Лечащий Врач. 2016, № 4, с. 98–101.
8. Мавлютова Г. И., Юсупова Л. А., Юнусова Е. И. и др. Врожденный сифилис (учебное пособие для врачей). Казань: КГМА, 2016. 43 с.
9. Мартынова Г. П., Прохоренков В. И., Кузнецова Н. Ф. Ранний врожденный сифилис: эпидемиологические и клинико-лабораторные аспекты течения // Клиническая дерматология и венерология. 2014, № 2, с. 27–34.
10. Молочков В. А. Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение / Под ред. В. А. Молочкова, О. Л. Иванова, В. В. Чеботарева. М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2006. 632 с.
11. Райц М. М. Врожденный сифилис. Ленинград-Москва: Биомедгиз, 1935. 280 с.
12. Сырнева Т. А., Малишевская Н. П. Алгоритм межведомственного взаимодействия дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса среди беременных и новорожденных // Вестник дерматологии и венерологии. 2009, № 4, с. 4–19.
13. Клинические рекомендации «Сифилис». М.: РОДВК и Минздрав России, 2016. 78 с.
14. Чеботарев В. В. Сифилис. Ставрополь: Типография «Седьмое небо», 2010. 445 с.
15. Шапошников О. К. Венерические болезни: руководство для врачей. М.: Медицина, 1991. 544 с.
16. Berman S. M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment // Bull World Health Organ. 2004; 82: 433–438.
17. Connor N., Roberts J., Nicoll A. Strategic options for antenatal screening for syphilis in the United Kingdom: a cost effectiveness analysis // J Med Screen. 2000; 7: 7–13.
18. Saloojee H., Velaphi S., Goga Y., Afadapa N., Steen R., Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations // Bull World Health Organ.
19. Stoner B., Schmid G., Guraiib M., Adam T., Broutet N. Use of maternal syphilis seroprevalence data to estimate the global morbidity of congenital syphilis. Amsterdam: Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTDR); July 10–13 2005 (Abstract # 699). 2004; 82: 424–430.
20. https://helpiks.org/2–115815.html.


---


**Г. И. Мавлютова*,** *кандидат медицинских наук*
**Л. А. Юсупова*,** *доктор медицинских наук, профессор*
**З. Ш. Гараева*,** *кандидат медицинских наук*
**Е. И. Юнусова*,** *кандидат медицинских наук*
**М. Ф. Шархемуллин****
**А. В. Лобастов*****
**М. И. Котов******

** **ГБОУ ДПО КГМА МЗ РФ,** Казань*
*** **ГАУЗ РБСМЭ МЗ РТ,** Набережные Челны*
**** **ГАУЗ РККВД,** Набережные Челны*
***** **ГАУЗ Новошешминская ЦРБ,** Новошешминск*

[1] *Контактная информация: guzel.mavljutova@yandex.ru*



DOI: 10.26295/OS.2019.19.89.010

Сифилис плода/ Г. И. Мавлютова, Л. А. Юсупова, З. Ш. Гараева, Е. И. Юнусова, М. Ф. Шархемуллин, А. В. Лобастов, М. И. Котов
Для цитирования: Лечащий врач № 6/2019; Номера страниц в выпуске: 42-43
Теги: внутриутробное поражение плода, сифилитическая инфекция

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права защищены.