

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава Российской  
Федерации

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

# Сифилис беременных

врач-ординатор 2 года Лагерь О.С.

г. Донецк

10.06.2026г.



# 01 Введение

## Актуальность проблемы

Сифилис беременных — это одна из наиболее значимых и в то же время наиболее предотвратимых проблем современной дерматовенерологии и акушерства. Ее клиническая и социальная значимость определяется тем, что даже при относительно малосимптомном течении у матери заболевание может приводить к тяжелым последствиям для плода: антенатальной гибели, мертворождению, преждевременным родам, врожденному сифилису и неонатальной смертности

С позиции дерматовенеролога сифилис при беременности требует не просто постановки диагноза, а немедленного принятия клинического решения: стадирование инфекции, оценка вероятности трансплацентарной передачи, выбор адекватной схемы пенициллинотерапии, маршрутизация в акушерский стационар при необходимости и обязательный контроль эффективности лечения

Особая проблема заключается в том, что сифилис нередко протекает скрыто. У значительной части беременных отсутствуют выраженные клинические проявления, а потому решающим методом диагностики остается серологический скрининг, выполняемый в установленные сроки беременности

*Успех исхода беременности напрямую зависит от раннего скрининга и своевременной пенициллинотерапии.*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31830301/>  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2012/430585>  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2012/430585>

### 9–10 неделя гестации

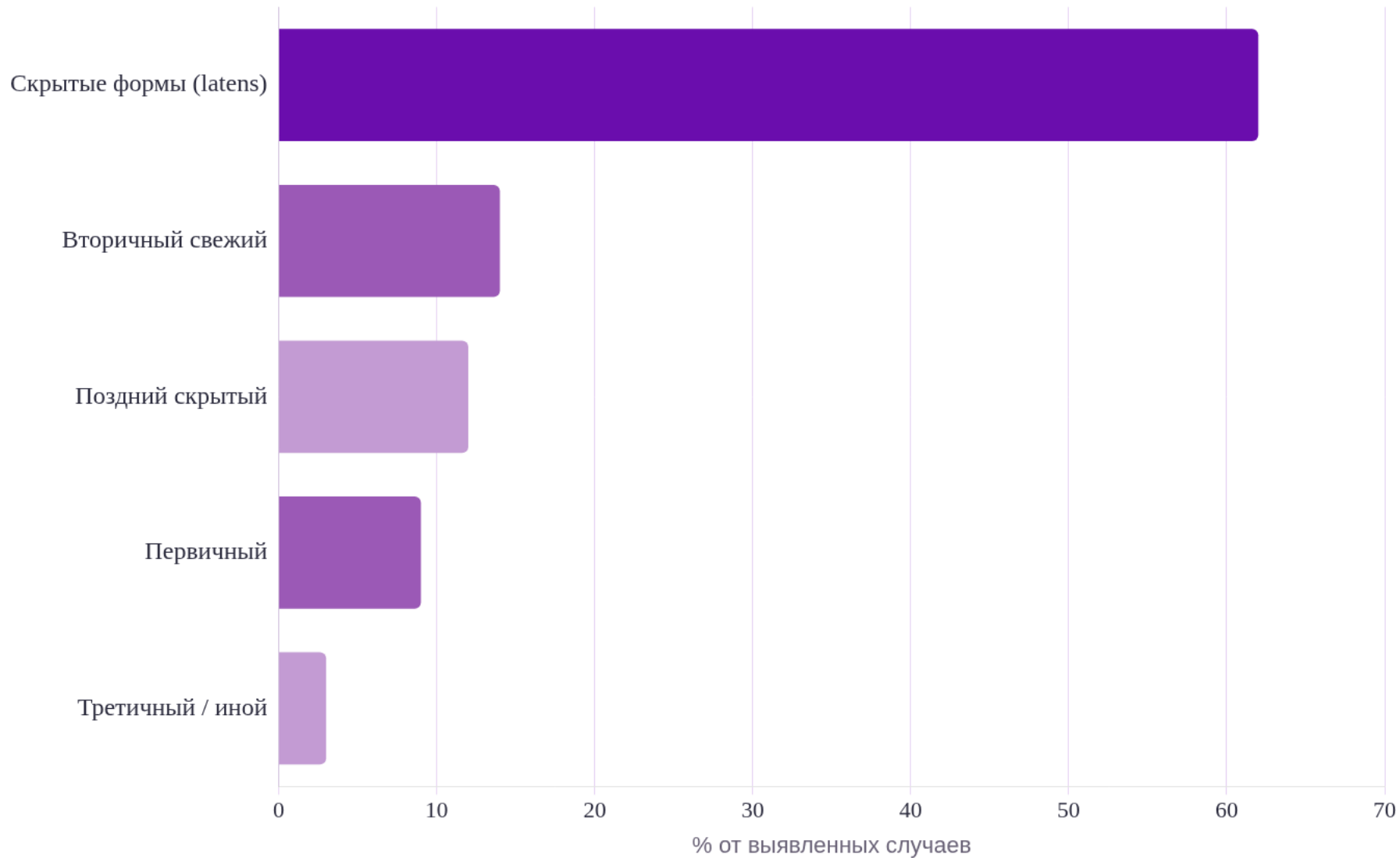
Момент возможного трансплацентарного инфицирования

**90–100%**

Риск поражения плода при вторичном свежем сифилисе у матери

# 02 Эпидемиология сифилиса среди беременных

Структура форм инфекции у женщин репродуктивного возраста



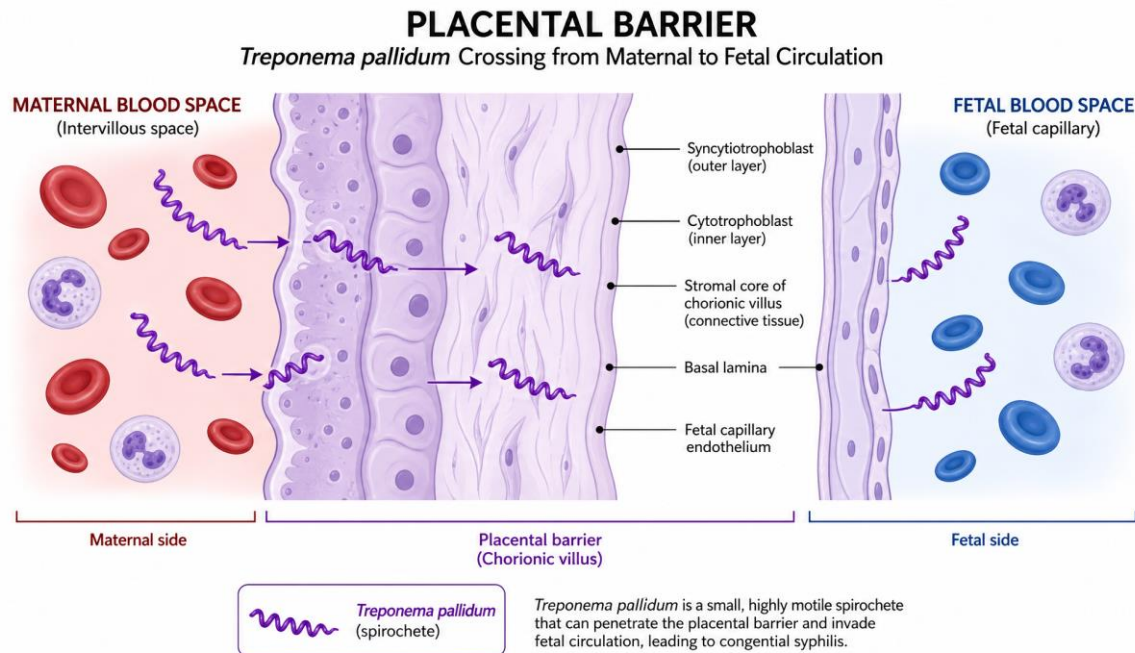
## Ключевой вывод

Преобладание **скрытых форм** делает физикальную диагностику невозможной — серологический скрининг безальтернативен.

*Доля О.В., Кубанов А.А. и др.  
Эпидемиологическая ситуация по сифилису в Российской Федерации: анализ рисков врожденного сифилиса. Вестник дерматологии и венерологии, 2020. № 96(6). С. 13-22.*

## 03 Этиология и патогенез

Возбудителем сифилиса является *Treponema pallidum* — бледная трепонема, микроорганизм с высокой инвазивностью, способный проникать через слизистые оболочки, кожу и плацентарный барьер. У беременной женщины инфекция может находиться на любой стадии: первичной, вторичной, ранней латентной, поздней латентной или неуточненной по давности



### 01

#### Трансплацентарное проникновение

*T. pallidum* преодолевает плацентарный барьер с 9–10 недель гестации

### 02

#### Физиологическая иммуносупрессия

Сдвиг к Th2-ответу видоизменяет клинику — преобладают скрытые формы

### 03

#### Прямое поражение плода

Спирохетемия → специфическое воспаление в печени, селезёнке, костях, плаценте

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2012/430585>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35352829/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24907700/>

## 04 Классификация сифилиса



**РАННИЕ ФОРМЫ (<2 лет) — основная мишень акушерской настороженности**

**ПОЗДНИЕ ФОРМЫ — требуют водорастворимых пенициллинов**

# 05 Клиническая картина

Малосимптомность как правило

*Беременность маскирует клинику — диагноз подтверждается серологически, не визуально!*

## Первичный

- Твёрдый шанкр на вульве / шейке матки
- Регионарный лимфаденит
- Часто не замечается беременной

## Вторичный

- Розеолезная и папулезная сыпь
- Широкие кондиломы в перианальной области
- Алопеция, ангина, полиаденит

## Скрытый

- Полное отсутствие клиники
- Выявляется только с помощью серологических реакций
- Преобладающая форма у беременных

## 06 Серологическая диагностика



### Нетрепонемные тесты

- Микрореакция преципитации (МРП)
- RPR — Rapid Plasma Reagin
- VDRL

**Скрининг и контроль эффективности лечения по динамике титра**

Возможны ложноположительные реакции при беременности (1–2%)



### Трепонемные тесты

- ИФА (IgM, IgG)
- РПГА
- РИФ-абс, РИФ 200
- Иммуноблоттинг

**Подтверждение диагноза**

Остаются позитивными пожизненно — для контроля лечения не используются

# 07 Алгоритм обследования

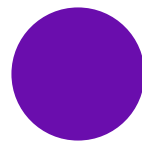
Трёхкратный скрининг беременных (Приказ МЗ РФ № 1130н)



**I триместр**

При постановке на учёт

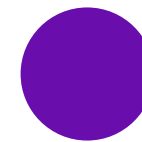
**ИФА + МРП**



**28–30 неделя**

Начало III триместра

**ИФА + МРП**



**36–37 неделя**

За 2–3 недели до родов

**ИФА + МРП**

**Положительный / сомнительный**

**результат**

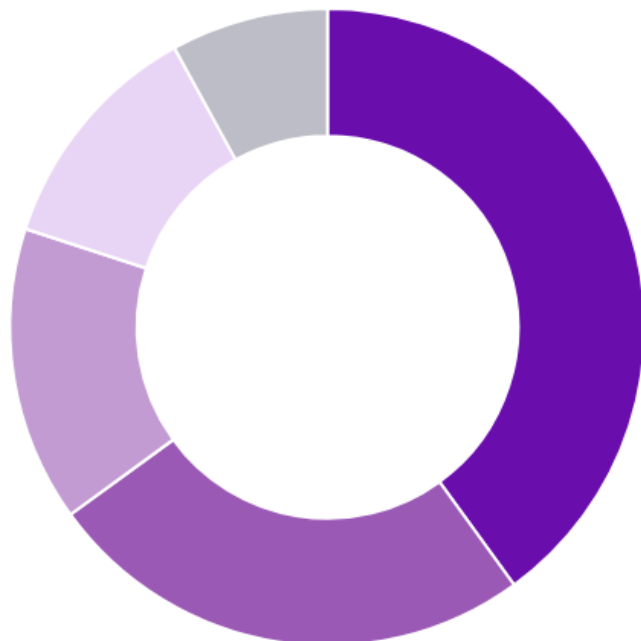
Направление к дерматовенерологу → расширенный комплекс: **РПГА, ИФА IgM/IgG, РИФ-абс, РИФ 200, Иммуноблот, количественный RPR**



Частота ложноположительных реакций при беременности — 1–2%. Сомнительный результат не равен диагнозу!

# 08 Влияние на течение беременности

Исходы при отсутствии адекватной терапии (нелечённый ранний сифилис матери)



■ Врождённый сифилис у новорождённого ■ Мертворождение ■ Поздний выкидыш  
■ Преждевременные роды ■ Здоровый ребёнок

## Зависимость от давности заражения

Чем меньше срок от инфицирования матери до зачатия, тем выше риск поражения плода. При вторичном свежем сифилисе — до **100%**.

**~92%**

неблагоприятных исходов при нелечённом раннем сифилисе

# 09 Врождённый сифилис: патогенез и пути передачи

## Пути передачи

- Трансплацентарный (основной)
- Гематогенный через пупочную вену
- Контактный — при прохождении родовых путей

## Факторы риска поражения плода

- Свежий вторичный сифилис — до 100%
- Ранний скрытый — 70–80%
- Поздний скрытый — 10%
- Отсутствие или неадекватность терапии

# 10 Клинические формы врождённого сифилиса

## Ранний врождённый

- Сифилитическая пузырьчатка ладоней / подошв
- Диффузная инфильтрация Гохзингера
- Специфический ринит («сопение»)
- Остеохондрит Вегнера, псевдопаралич Парро
- Гепатоспленомегалия, хориоретинит

## Поздний врождённый

- Паренхиматозный кератит
- Лабиринтная глухота
- Зубы Гетчинсона
- Саблевидные голени, седловидный нос
- Гуммы кожи и костей

**Триада Гетчинсона:** Паренхиматозный кератит · Лабиринтная глухота · Зубы Гетчинсона

# 11 Диагностика врождённого сифилиса

## УЗИ плода — специфические признаки

- Гепатоспленомегалия
- Плацентомегалия, гиперэхогенность плаценты
- Асцит, гидроторакс
- Неиммунная водянка плода
- Многоводие

**Показание к немедленному стационарному лечению матери**

## Серология новорождённого

- Количественный RPR / РМП
- ИФА IgM — маркёр активного внутриутробного заражения
- ИФА IgG — сравнение титра с материнским (×4)
- РИФ-абс, РПГА

**IgM не проникает через плаценту — позитивность подтверждает инфекцию у ребёнка**

**!** Используется кровь новорождённого — **НЕ пуповинная кровь** (риск контаминации материнскими антителами).

# 12 Лечебная тактика в I триместре беременности

## I

### триместр

1–13 недель

- Лечение незамедлительно после подтверждения
- Амбулаторно допустимо
- Реакция Яриша-Герксгеймера менее опасна
- Препараты выбора — пенициллины

Схемы при ранних формах (первичный, вторичный свежий, скрытый ранний)

Препарат	Доза, путь	Кратность	Курс
Бензатина бензилпенициллин	2,4 млн ЕД в/м	1 раз в нед.	№ 2–3
Прокаин-пенициллин	1,2 млн ЕД в/м	ежедневно	№ 10–20
Бензилпенициллин Na соль	1 млн ЕД в/м	каждые 6 ч	14–20 дней

При установленном диагнозе профилактическое лечение плода — с 20-й недели

# 13 Лечебная тактика во II–III триместрах

## Госпитализация

Предпочтительно акушерский стационар — контроль КТГ плода

## Препараты

Прокаин-пенициллин 1,2 млн ЕД ежедневно или натриевая соль 1 млн ЕД ×4/сутки.

## Поздние скрытые формы

Курс 28 дней. Бензатин-пенициллин **не назначается** — переход на водорастворимые формы

## Профилактическое лечение

Сразу после специфического, если завершено после 20-й недели

# II–III

триместр

14–40 недель

Особый риск преждевременных родов на фоне массивной гибели *T. pallidum*

## ⚠ Реакция Яриша-Герксгеймера

**Симптомы:** лихорадка, озноб, тахикардия в первые 24 ч лечения

**Риск:** преждевременные роды, отслойка плаценты, дистресс плода

**Тактика:** старт терапии после 20 нед. — в акушерском стационаре под КТГ-контролем

# 14 Препараты выбора при беременности

У беременных с истинной аллергией на пенициллин альтернативный препарат, который был бы равноценен по эффективности, отсутствует. Поэтому стандартом является десенсибилизация с последующим введением пеницилина

## Пенициллины

Бензатина бензилпенициллин

Прокаин-пенициллин

Бензилпенициллин натриевая соль



**Эффективно проникают  
через плаценту → лечение  
матери + санация плода**

## Макролиды

Эритромицин

Азитромицин



**Не проникают через плаценту  
— не предотвращают  
врождённый сифилис**

## Цефтриаксон

1 г в/м × 10–20 дней



**Только при невозможности  
десенсибилизации к  
пенициллину. Off-label,  
консилиум обязателен.**

## 15 Схемы специфической терапии

Стадия	Препарат	Доза, путь	Кратность	Курс
Первичный	Бензатина бензилпенициллин	2,4 млн ЕД в/м	1 раз в нед.	№ 2
Первичный	Прокаин-пенициллин	1,2 млн ЕД в/м	1 раз в сут.	№ 10
Вторичный свежий / Скрытый ранний	Бензатина бензилпенициллин	2,4 млн ЕД в/м	1 раз в нед.	№ 3
Вторичный свежий / Скрытый ранний	Прокаин-пенициллин	1,2 млн ЕД в/м	ежедневно	№ 20
Вторичный рецидивный / Поздний скрытый	Прокаин-пенициллин	1,2 млн ЕД в/м	ежедневно	28 дней
Профилактическое лечение плода	Бензатина бензилпенициллин	2,4 млн ЕД в/м	1 раз в 7 дней	№ 2
Резерв (аллергия)	Цефтриаксон	1 г в/м	1 раз в сут.	10–20 дней

# 16 Превентивное и профилактическое лечение

## Половому контакту

### Показание:

Контакт с больным сифилисом в течение последних 2 месяцев

### Схема:

Бензатина бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м однократно

## Защита плода

### Показания:

Серорезистентность к моменту беременности  
Специфическое лечение начато во время текущей беременности

### Сроки:

С 20-й недели (если спец. курс окончен до 20 нед.) или сразу после спец. курса

### Схемы:

Бензатина бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м × 2  
(интервал 7 дней)  
либо Прокаин-пенициллин 1,2 млн ЕД № 10

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39677391/>

<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis-pregnancy.htm>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499743/>

# 17 Ведение новорождённого

Клинико-серологический алгоритм

## Обследование сразу после рождения

- Кровь новорождённого (не пуповинная!) на РМП / RPR количественно
- ИФА IgM + IgG
- Осмотр неонатолога, дерматовенеролога

### Условие:

Мать получила адекватное лечение, завершила **>1 мес. до родов**, НТТ снижаются

### Действие:

Профилактическое лечение ребёнка **НЕ обязательно**  
Клинико-серологическое наблюдение до 1 года

### Условие:

Лечение неадекватно / начато **<1 мес. до родов** / клиника или положительные тесты у ребёнка

### Действие:

Обязательное профилактическое или специфическое лечение пенициллинами  
Стационарное наблюдение, серологический контроль каждые 3 месяца

# 18 Профилактика и серологический контроль

## 🔍 Скрининг

- Трёхкратное обследование всех беременных
- Партнёрское обследование
- Расширенный комплекс при сомнительных НТТ

## 💉 Лечение

- Незамедлительный старт пенициллинотерапии
- Профилактическое лечение с 20-й недели
- Стационар во II–III триместрах

## 📈 Мониторинг

- МРП/ RPR-титр ежемесячно до родов
- КТГ при инициации терапии после 20 нед.
- УЗИ-контроль состояния плода

Серологический контроль (МР-титр) 1 раз в месяц до родоразрешения. После родов — наблюдение по схеме до снятия с учёта

# 19 Заключение

**Своевременный скрининг и пенициллиноterapia предотвращают врождённый сифилис практически в 100% случаев**

**01**

**Скрытые формы доминируют**

Диагноз ставится серологически — трёхкратный скрининг безальтернативен.

**02**

**Пенициллины — золотой стандарт**

Единственная группа, доказанно предотвращающая врождённый сифилис.

**03**

**Своевременность критична**

Терапия до 20 нед. — лучшие исходы; после 20 нед. — стационар + КТГ.

**04**

**Мультидисциплинарность**

Дерматовенеролог + акушер + неонатолог — единая команда.

**Благодарю за внимание !**