

УДК 616.9-053.2  
DOI: 10.26435/UC.V0I1(34).428

**В.В. Медведева**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

## **СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО ЛИСТЕРИОЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

В настоящее время настороженность практикующих врачей в отношении врожденного листериоза неоправданно снизилась. Отсутствует достоверная информация о распространенности листериоза. Не проводятся в должном объеме лабораторные исследования для верификации инфекции. Этиологическое значение листерий в генезе TORCH-синдрома обсуждается редко, даже в тех случаях, когда имеются типичные проявления врожденного листериоза (экзантема, лихорадка, менингит).

Листериоз зарегистрирован в 70 странах с различными климатическими условиями. В настоящее время листериоз относят к сапронозам. Основной путь инфицирования – пищевой. Люди заражаются при употреблении контаминированных продуктов питания, не подвергнутых адекватной термической обработке, особенно мяса, молока, сыров. Повышенную опасность представляют также продукты быстрого приготовления – гамбургеры, сосиски, «хот-дог», морепродукты, ранние овощи, при хранении которых в холодильнике происходит накопление листерий и даже повышение их вирулентности, после чего данное заболевание стали рассматривать как одну из важных пищевых инфекций в мире [2, 4]. В условиях мегаполисов важнейшим фактором распространения листериоза является большое число бездомных животных, частая и высокая миграция населения, в том числе детей, недостаточный уровень диагностики инфекции и высокий уровень контаминации [4, 6]. Наибольшую опасность представляет листериоз для беременных, поскольку он приводит к невынашиванию плода, мертворождению, преждевременным родам и ранней смертности новорожденных. По сравнению с другими женщинами беременные в 10 раз более восприимчивы к листериозу. Высокую частоту листериоза у беременных объясняют повышенной чувствительностью к этой инфекции мочеполовой системы женщины, особенно матки и плаценты. Помимо беременных и новорожденных, листериоз наиболее часто поражает людей с нарушением им-

мунитета, ослабленных другими предшествующими болезнями [3, 5].

В литературе нет данных о контагиозности при листериозе. Зараженный человек или носитель инфекции может быть источником только при возникновении неонатальной и перинатальной патологии. Наблюдается вертикальная передача от матери к плоду, возможно заражение новорожденного при прохождении через родовые пути. Доказаны заражения акушеров при оказании помощи новорожденным [5, 7].

Для листерий, как и для других факультативных внутриклеточных паразитов, главную роль играет клеточный иммунитет. Снижение уровня клеточного иммунитета во время беременности, особенно в поздние сроки, обуславливает повышение восприимчивости к листериозной инфекции [3, 5].

Внутриутробное инфицирование плода происходит в результате обострения (активизации) хронического латентного листериоза или острого инфицирования [2, 7].

Врожденный листериоз бывает редко. При заражении плода во время беременности, как правило, развивается острый хориоамнионит, приводящий к мертворождению или преждевременным родам, рождается недоношенный ребенок. Более 20% случаев перинатального листериоза завершаются внутриутробной гибелью плода [1, 3, 5].

Клинически при неонатальном листериозе выделяют раннюю (в течение 5 дней) и позднюю атаку инфекции (в течение 1-4 нед.), причем поздняя атака инфекции имеет лучший прогноз (10% смертности). В целом при врожденном листериозе умирает 50% детей, часто в течение нескольких минут или часов после рождения [5, 7].

Листериоз с ранним началом как результат внутриутробной инфекции проявляется чаще

в 1-2-е сутки после рождения в форме сепсиса, сопровождающегося образованием специфических гранул в различных органах (септико-гранулематозная форма), что обычно сочетается с низким весом при рождении, акушерскими осложнениями и материнским инфицированием. Внутриутробная инфекция может вызывать тяжелую гранулематозную интерстициальную пневмонию с высокой летальностью (результат аспирации инфицированной амниотической жидкости). Летальность достигает 50% [1, 5, 7].

Листерииоз с поздним началом развивается в среднем через 10-12 дней после рождения и протекает, как правило, в форме менингита. Эта форма является результатом заражения ребенка при прохождении через контаминированные родовые пути, а также характерна при внутрибольничных вспышках листериоза в родильных домах. Летальность при листериозном менингите составляет 25% [3, 5, 7].

Внутриутробное инфицирование листериями нередко приводит к выкидышам, антенатальной гибели плода, преждевременным родам, порокам развития плода, а также серьезным инфекционно-воспалительным поражениям различных органов и систем.

В Донецком регионе эпидемический процесс листериозной инфекции характеризуется спорадическими случаями, за 2018-2019 гг. было зарегистрировано два случая листериоза у детей, один из которых закончился летальным исходом от септической формы листериоза.

В нашей практике за короткий период времени (1 год) мы столкнулись с двумя случаями листериоза новорожденных. Для подтверждения вышеизложенного представляем первое клиническое наблюдение развития врожденного листериоза у новорожденного ребенка.

Ребенок К. родился от первой беременности в гестационном возрасте 31-32 нед, в результате преждевременных родов, масса тела – 1950 г, длина тела – 46 см, окружность головы – 30 см, окружность груди – 26 см. Оценка по шкале Апгар – 5-6 баллов. Из акушерского анамнеза известно, что женщина, 22-х лет, проживала в сельской местности, перенесла во время беременности: пиелонефрит в 27 недель, отеки беременных, ОРЗ с фебрильной лихорадкой, хориоамнионит в 32 недели, плацентит, лейкоцитоз и повышение СОЭ в анализе крови на 20 неделе беременности, в околоплодных водах выделена *Listeria monocitogenes* 107. Роженица переведена в инфекционное отделение ЦГКБ №1 г. Донецка, где выставлен диагноз: смешанная инфекция (листерииоз, иерсиниоз). Ретроспективно было уточнено, что во время беременности

мать ребенка употребляла яйца в сыром виде и некипяченое молоко.

Состояние ребенка с момента рождения крайне тяжелое. Отмечались отечность век, серозно-гнойное отделяемое из глаз, брадикардия, патологические апноэ до 10-15 секунд. Аускультативно: дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, печень +3 см, селезенка – у края реберной дуги. На основании анамнестических и клинико-лабораторных данных был выставлен предварительный диагноз: внутриутробная инфекция, синдром дыхательных расстройств, ДН 2 ст., недоношенность. Ребенок переведен в отделение реанимации новорожденных. После результата бактериологического исследования околоплодных вод и консультации детского инфекциониста выставлен окончательный диагноз: врожденный листериоз, глазо-железистая форма, недоношенность, незрелость нейрореспираторного тракта, СДР, перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения. Назначенная антибактериальная, по чувствительности (меропенем парентерально, местно левомицетиновые глазные капли), и патогенетическая терапия привела к положительной динамике и выздоровлению ребенка и матери. Выявленный листериоз у новорожденного протекал в форме локализованной инфекции – конъюнктивит – и характеризовался легким течением.

Приводим второе клиническое наблюдение развития врожденного листериозного сепсиса у новорожденного ребенка. Из анамнеза известно, что ребенок от 1 беременности, срок гестации – 40 недель. Беременность протекала с повышением артериального давления, кандидозным кольпитом, с 28 недели – отеки беременной, угроза преждевременного прерывания беременности, маловодие. Безводный период – 10 часов 39 минут. Роды 1-е, срочные, путем ургентного кесарева сечения в нижнем сегменте в связи с клинически узким тазом. Масса тела ребёнка при рождении – 3250. Оценен по шкале Апгар на 7/7 баллов (в выписном эпикризе – 7/8 баллов). Контаминация на груди отца. Через 20 минут появилось стонущее дыхание, в связи с чем переведен в отделение выхаживания недоношенных новорожденных. При переводе отмечалась термоллабильность (режим кювеза), дыхательные расстройства, которые расценены как транзиторное тахипноэ. Состояние ребенка после рождения удовлетворительное. В начале 2-х суток отмечена патологическая гипербилирубинемия – 280-340 мкмоль/л по Билитесту, которая сохранялась на высоких цифрах и требовала подтверждения показателями сывороточного билирубина и трансаминаз. На шестые сутки отмечалась гипертермия. На восьмые сут-

ки ребенок выписан домой по настоянию матери. Через 2 дня состояние ухудшилось: возникло беспокойство, отказ от еды. Затем беспокойство сменилось вялостью, появилась выраженная бледность кожи, гипотермия. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар. В стационаре состояние расценено как крайне тяжелое. Выражены признаки сердечно-сосудистой, дыхательной и церебральной недостаточности. Начата интенсивная терапия. При лабораторном исследовании крови выявлена анемия, тромбоцитопения, лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гипокоагуляция. На фоне проводимой комплексной интенсивной терапии состояние не улучшалось. Сохранялась полиорганная недостаточность, клинические признаки ДВС-синдрома. Через 5 часов после госпитализации наступила смерть ребенка. Летальный исход у новорожденного был обусловлен манифестировавшей в первые дни его жизни внутриутробной инфекцией, которая привела к поражению многих органов и систем. Это подтверждено результатами аутопсии. Распространенность патологического процесса подтверждалась многочисленными кровоизлияниями в жизненно важные органы (сердце, легкие, печень). При гистологическом исследовании обнаружены многочисленные гранулемы (листеиомы) в легких, сердце, печени, селезенке, надпочечниках, оболочках головного мозга и сосудистых сплетениях и в субэпендимальной зоне боковых желудочков, поджелудочной железе и почках. Гранулемы имели характерную для листериоза морфологию, клеточный состав которых представ-

лен макрофагальными элементами с примесью нейтрофильных лейкоцитов в центре, в отдельных гранулемах отмечались вторичные некрозы в центре гранулем. Учитывая множественность мелких гранулёмоподобных очагов коагуляционного некроза, высказано предположение о возможной листериозной этиологии заболевания. В данном случае имел место ранний гранулематозный листериозный сепсис новорожденного, который клинически не был заподозрен и установлен только после патологоанатомического и гистологического исследования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, отсутствие специфических клинических симптомов листериоза у беременных и новорожденных привело к трудностям диагностики и тактики ведения неонатального листериозного сепсиса. Следовательно, улучшение качества диагностики и лечения листериоза позволит значительно снизить риск внутриутробного инфицирования и развития врожденной инфекции. Своевременная оценка тяжести состояния новорожденного и назначение комбинированной антибиотикотерапии, полусинтетических пенициллинов и аминогликозидов, с переходом в дальнейшем на препараты согласно чувствительности листерий, значительно снизит летальность от листериозного сепсиса. Данная информация должна приниматься во внимание при дородовом наблюдении беременных и ведении новорожденных группы риска по реализации листериозной инфекции.

**В.В. Медведева**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

## СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО ЛИСТЕРИОЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

В данной статье представлены клинические особенности листериозной инфекции новорожденных. В качестве примера предложены два случая наблюдения из практики врожденного листериоза. Оба клинических случая объединяются отсутствием настороженности врачей по поводу листериозной инфекции. Данная информация должна приниматься во внимание при дородовом наблюдении беременных и ведении новорожденных группы риска по реализации ли-

стериозной инфекции. Приведенные данные о листериозе новорожденных позволят врачам практического здравоохранения обратить особое внимание на своевременную профилактику, диагностику и лечение данной патологии.

**Ключевые слова:** врожденный листериоз, новорожденные, неонатальная смертность, внутриутробное инфицирование, летальность.

V.V. Medvedeva

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

**MODERN FEATURES OF CONGENITAL LISTERIOSIS (CLINICAL CASE)**

The clinical features of listeria infection of newborns are presented in the given article. As an example, two cases of observation from the practice of congenital listeriosis are suggested. Both clinical cases are combined by the lack of doctors' alertness about listeria infection. This information should be taken into account during antenatal care of pregnant women and the management of

newborns at risk for the implementation of listeria infection. The data on listeriosis of newborns will allow the doctors of practical healthcare to pay special attention to the timely prevention, diagnosis and treatment of this pathology.

**Key words:** congenital listeriosis, newborns, neonatal mortality rate, intrauterine infection, lethality.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Кан Н.Е., Орджоникидзе Н.В. Современные представления о внутриутробной инфекции. *Акушерство и гинекология*. 2004; 6: 3-5.
2. Кареткина Г.Н. Листерииоз. *Лечащий врач*. 2009; 9: 42-47.
3. Нафеев А.А., Тетерина Н.Г., Харитонов В.М. и др. Листерииоз как проявление внутриутробной инфекции. *Акушерство и гинекология*. 2005; 1: 50-51.
4. Тартаковский И.С., Малеев В.В., Ермолаева С.А. Листерии: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика. М.: Медицина для всех; 2002. 200.
5. Честнова Т. В. Диагностика листериоза у новорожденных. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2001; 3: 45-47.
6. Чистенко Г.Н., Дронина А.М., Бандацкая М.И. Листерииоз: этиология, эпидемиология, профилактика. *Мир медицины*. 2015; 3: 2-5.
7. Харит И.О., Фарбер Н.А., Мурзина Э.А. и др. Листерииоз плода и новорожденного. *Педиатрия*. 1979; 1: 24-30.

**REFERENCES**

1. Kan N.E., Ordzhonikidze N.V. Sovremennyye predstavleniya o vnutriutrobnoi infektsii. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2004; 6: 3-5 (in Russian).
2. Karetkina G.N. Listerioz. *Lechashchii vrach*. 2009; 9: 42-47 (in Russian).
3. Nafeev A.A., Teterina N.G., Kharitonov V.M. i dr. Listerioz kak proyavlenie vnutriutrobnoi infektsii. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2005; 1: 50-51 (in Russian).
4. Tartakovskii I.S., Maleev V.V., Ermolaeva S.A. Listerii: rol' v infektsionnoi patologii cheloveka i laboratornaya diagnostika. M.: Meditsina dlya vseh; 2002. 200 (in Russian).
5. Chestnova T. V. Diagnostika listerioza u novorozhdennykh. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*. 2001; 3: 45-47 (in Russian).
6. Chistenko G.N., Dronina A.M., Bandatskaya M.I. Listerioz: etiologiya, epidemiologiya, profilaktika. *Mir meditsiny*. 2015; 3: 2-5 (in Russian).
7. Kharit I.O., Farber N.A., Murzina E.A. i dr. Listerioz ploda i novorozhdennogo. *Pediatrics*. 1979; 1: 24-30 (in Russian).