

14. Ilyenkova NA, Chikunov VV, Shive SA. Using elxacaftor/tezacaftor/ivacaftor + ivacaftor in preschool children with cystic fibrosis. *Pulmonologiya*. 2025;35(2):213-20. (In Russ.) Ильенкова Н.А., Чикунов В.В., Шиве С.А. Опыт применения препарата элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор + ивакафтор у детей с муковисцидозом дошкольного возраста. *Пульмонология*. 2025;35(2):213-20. DOI:10.18093/0869-0189-2025-35-2-213-220

15. Fatkhullina IR, Kondratyeva EI. The development of toxic drug-induced hepatitis in a slow metabolizer with cystic fibrosis. *Pulmonologiya*. 2025;35(2):262-8. (In Russ.) Фатхуллина И.Р., Кондратьева Е.И. Развитие токсического лекарственного гепатита у пациента с муковисцидозом – медленного метаболизатора лекарственных препаратов. *Пульмонология*. 2025;35(2):262-8. DOI:10.18093/0869-0189-2025-35-2-262-268

Статья поступила в редакцию 08.09.2025; одобрена после рецензирования 10.10.2025; принята к публикации 20.11.2025.
The article was submitted 08.09.2025; approved after reviewing 10.10.2025; accepted for publication 20.11.2025.

Информация об авторах:

Юрий Маркович Спиваковский – заведующий кафедрой факультетской педиатрии, доцент, кандидат медицинских наук; директор клиники факультетской педиатрии Университетской клинической больницы №1 имени С.Р. Миротворцева СГМУ, spivakovski65@mail.ru, ORCID 0000-0002-3077-570X; **Оксана Витальевна Сидорович** – доцент кафедры факультетской педиатрии, кандидат медицинских наук; oksana-sidorovich@yandex.ru, ORCID 0000-0001-6259-1131; **Екатерина Ивановна Рудакова** – ординатор кафедры факультетской педиатрии, katherine.rudakova@gmail.com, ORCID 0000-0003-1972-0596; **Ксения Валерьевна Спирчихина** – студентка V курса, spirchikhinak@gmail.com, ORCID 0009-0003-9872-5287; **Даниил Владимирович Русских** – студент VI курса, daniil57809@gmail.com.

Information about the authors:

Yuri M. Spivakovsky – Head of the Department of Faculty Pediatrics, Associate Professor, PhD; Director of the Faculty Pediatrics Clinic at University Clinical Hospital No. 1 n. a. S.R. Mirovtortsev of the V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, spivakovski65@mail.ru, ORCID 0000-0002-3077-570X; **Oksana V. Sidorovich** – Associate Professor of the Department of Faculty Pediatrics, PhD, oksana-sidorovich@yandex.ru, ORCID 0000-0001-6259-1131; **Ekaterina I. Rudakova** – Resident of the Department of Faculty Pediatric, katherine.rudakova@gmail.com, ORCID 0000-0003-1972-0596; **Ksenia V. Spirchikhina** – Student, spirchikhinak@gmail.com, ORCID 0009-0003-9872-5287; **Daniil V. Russkich** – Student, daniil57809@gmail.com

УДК 616-0.53,1+616.98

EDN: PXJBJU

<https://doi.org/10.15275/ssmj2104442>

Клинический случай

ВРОЖДЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ: НЕОНАТАЛЬНЫЙ ЛИСТЕРИОЗ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ю.В. Черненко¹, Л.Г. Бочкова¹, Ю.В. Симцова²

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

²Перинатальный центр ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №8», Саратов, Россия

CONGENITAL INFECTIONS: NEONATAL LISTERIOSIS (CLINICAL CASE)

Yu.V. Chernenkov¹, L.G. Bochkova¹, Yu.V. Simtsova²

¹V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

²Perinatal Center of the Saratov City Clinical Hospital No.8, Saratov, Russia

Для цитирования: Черненко Ю.В., Бочкова Л.Г., Симцова Ю.В. Врожденные инфекции: неонатальный листериоз (клинический случай). *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2025; 21 (4): 442–445. EDN: PXJBJU. <https://doi.org/10.15275/ssmj2104442>.

Аннотация. Представленный клинический случай неонатального листериоза демонстрирует результаты запоздалой диагностики этого заболевания при отсутствии настороженности в отношении врожденной инфекции во время наблюдения за беременной. Обращено внимание на трудности постановки диагноза врожденного листериоза при недостаточной мотивации акушеров во время оказания помощи беременной, невзирая на наличие факторов риска антропоозноза. В результате диагноз был поставлен только после идентификации возбудителя с помощью бактериологического исследования. Отсроченная диагностика явилась причиной генерализации инфекции у новорожденного, что потребовало интенсивной терапии. Выбранные лечебный и диагностический подходы способствовали благоприятному результату, несмотря на угрозу для жизни ребенка.

Ключевые слова: новорожденный ребенок, внутриутробная инфекция, неонатальный листериоз, *Listeria monocytogenes*

For citation: **Chernenkov YuV, Bochkova LG, Simtsova YuV. Congenital infections: Neonatal listeriosis (clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research**. 2025; 21 (4): 442–445. (In Russ.) EDN: PXJBJU. <https://doi.org/10.15275/ssmj2104442>.

Abstract. The presented clinical case of neonatal listeriosis demonstrates the consequences of delayed diagnosis in the absence of concern regarding congenital infection during monitoring of a pregnant woman. Attention is drawn

to the difficulties in diagnosing congenital listeriosis due to insufficient motivation among obstetricians when providing care for a pregnant woman, despite the presence of risk factors for anthroponosis. As a result, the diagnosis was only established after identification of the pathogen using bacteriological examination. Delayed diagnosis led to generalized infection in the newborn, necessitating intensive therapy. The chosen therapeutic and diagnostic approaches contributed to a favorable outcome, despite the threat to the child's life.

Keywords: newborn, intrauterine infection, neonatal listeriosis, *Listeria monocytogenes*

Введение. Внутриутробные инфекции (ВУИ) – одна из острых проблем современной перинатологии, решение которой возможно только в условиях междисциплинарного подхода при совместной работе специалистов различного профиля. Актуальность предотвращения любых ВУИ обусловлена патологическим воздействием на внутриутробное развитие плода, приводящее к развитию инфекционных эмбриофетопатий, оказывающих неблагоприятное влияние на состояние здоровья детей и нередко приводящее к инвалидизации и высокой летальности среди новорожденных и грудных детей. По данным ряда авторов, распространенность врожденной инфекционной патологии среди детей достигает более 10%. Источником ВУИ является мать при наличии у нее острой формы инфекционной болезни [1–3].

Несмотря на регламентируемую в Российской Федерации с 2002 г. обязательную регистрацию случаев заболеваемости листериозом, в настоящее время отмечено снижение настороженности в отношении данной инфекции. Ослабление внимания по отношению к листериозу можно объяснить доминирующими представлениями об антропоозоонозной природе этого заболевания. Однако проведенные исследования убедительно доказали то, что инфицирование матери может произойти и при употреблении инфицированных продуктов питания [4].

Врожденный листериоз нередко является причиной тяжелых последствий, таких как самопроизвольные аборт, мертворождения, развитие пороков плода и тяжелые инфекционно-воспалительные поражения различных органов и систем. В неонатальный период у детей развиваются тяжелые формы менингита, пневмонии и сепсиса с высоким уровнем летальности. Особое значение имеет внутриутробная передача возбудителя от инфицированной матери к плоду. Причем риск внутриутробного заражения присутствует в течение всей беременности. Листериоз у беременных часто протекает с типичными клиническими проявлениями, а также в виде недифференцированного острого респираторного заболевания или по типу субклинического бациллоносительства.

А.А. Нафеевым в 2022 г. [5] и позже Л.Н. Шейбак в 2023 г. [3] справедливо отмечено: при запоздалой диагностике *Listeria monocytogenes* правильный диагноз нередко устанавливается только после рождения ребенка, что является высоким риском развития тяжелых форм ВУИ, в частности врожденного листериоза.

Несмотря на достаточную информированность в отношении эпидемиологических и патоморфологических особенностей, поставить диагноз врожденного листериоза по клиническим и анамнестическим данным проблематично. При этом предпочтение отдается лабораторным методам исследования. Классическим методом диагностики врожденного листериоза до настоящего времени считается бактериологическое исследование. Однако рутинное бактериологическое обследование не позволяет обнаружить *Listeria*

monocytogenes, так как для детекции данного возбудителя нужны специальные среды, которыми бактериологические лаборатории не всегда оснащены. Кроме того, культивация листерий требует достаточно продолжительного времени (до 7 дней), что ограничивает возможности неонатологов для диагностики и своевременного этиотропного лечения. Использование для диагностики этой инфекции молекулярно-биологических методов, например полимеразной цепной реакции, позволяют преодолеть указанные недостатки [6–8].

Цель – на примере клинического случая показать необходимость повышения настороженности акушеров и неонатологов в отношении пренатальной диагностики врожденного листериоза для своевременного его распознавания, что позволит предотвратить тяжелые осложнения у новорожденных.

При проведении клинического наблюдения соблюдались стандарты надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципы Хельсинской декларации.

Получено информированное согласие родителей на публикацию данных истории болезни ребенка.

Описание клинического случая. Недоношенная девочка N. родилась 15.01.2025 в состоянии умеренной асфиксии с оценкой по Апгар 4–5–6 баллов при сроке 34,5 нед гестации с массой тела 2070,0 г, длиной 45 см, с окружностью головы – 32 см, окружностью груди – 30 см.

Матери ребенка 20 лет, проживает в сельской местности. Профессиональная деятельность связана с уходом за сельскохозяйственными животными. Беременность первая, осложнилась угрозой прерывания, гестационным сахарным диабетом, хориоамнионитом. На 34-й неделе беременность осложнилась гипертермией, диареей. Роды первые, преждевременные. В родах отошли зеленые околоплодные воды.

В связи с интранатальной асфиксией в родильном зале новорожденному была оказана первичная и реанимационная помощь в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. После стабилизации состояния для дальнейшего лечения ребенок был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных. При рождении отмечена нормосмия, по шкале Болларда – Новака – соответствие гестационному возрасту.

При поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных отмечено тяжелое состояние в связи с дыхательным расстройством и гемодинамическими нарушениями, потребовавшим инотропной поддержки на фоне морфофункциональной незрелости. Аускультативно отмечалось ослабленное дыхание. Респираторная терапия (ИВЛ/СРАР) проводилась с учетом газового состава крови, клинической картины и динамики заболевания. Учитывая дыхательную недостаточность, интранатальную асфиксию, хориоамнионит, зеленые околоплодные воды выставлен предварительный диагноз: «Врожденная пневмония». Назначена комбинированная антибактериальная терапия широкого спектра действия, включившая Сульфатин и гентамицин в возрастных дозировках.

Ответственный автор – Лариса Геннадьевна Бочкова
Corresponding author – Larisa G. Bochkova
E-mail: lu_lg@mail.ru



Гранулематозная сыпь у ребенка N. с листериозом

На 2-е сутки после рождения на коже спины, верхних и нижних конечностей появилась гранулематозная сыпь, склонная к слиянию (рисунок).

В результате бактериологического исследования крови, плаценты, легочного аспирата, кала выделена бактерия *Listeria monocytogenes* в титре 10^3 КОЕ.

В общем анализе крови выявлены: дисфункциональный эритропоэз (индекс распределения эритроцитов по объему, стандартное отклонение – 56,9 фл), тромбоцитопения и нейтропения (таблица).

Рентгенография легких: неравномерная пневматизация легочных полей, усиление легочного рисунка.

Учитывая новые клинико-лабораторные данные, поставлен клинический диагноз: «Неонатальный диссеминированный листериоз (P37.2)».

В соответствии с чувствительностью выделенной микрофлоры произведена смена антибактериальной терапии на препараты Сульцеф и ванкомицин в возрастных дозировках.

В дальнейшем состояние ребенка прогрессивно улучшалось: купировалось дыхательное расстройство, кожный покров очистился. Ребенок стал активно сосать соску, вскармливался адаптированной смесью для недоношенных детей.

На 12-е сутки жизни ребенок переведен в отделение патологии новорожденных для дальнейшего наблюдения и лечения.

Состояние при поступлении в отделение оценено как средней тяжести вследствие токсико-метаболической энцефалопатии, морфофункциональной

незрелости. При поступлении в отделение принято решение о прекращении антибактериальной терапии под контролем лабораторных показателей. Результат посева крови на 13-е сутки – отрицательный.

При исследовании крови методом полимеразной цепной реакции на токсоплазмоз, цитомегало-и герпесвирусную инфекции эти заболевания были исключены.

Отмечена положительная динамика прокальцитонинового теста (нг/мл), проведенного методом твердофазного иммуноферментного анализа для определения концентрации прокальцитонина в сыворотке крови:

18.01.2025 – 10;
22.01.2025 – 0,135;
31.01.2025 – 0,053.

За время пребывания ребенка в стационаре проводили терапию: ИВЛ/СРАР – 3 сут; добутамин – 2 сут; инфузионно-корректирующая терапия и парентеральное питание – 13 сут; антибактериальная терапия в возрастной дозировке: Сультасин и гентамицин – до 3-х суток, Сульцеф и ванкомицин – 10 сут.

Для профилактики грибковой инфекции: Тифлуксан – 19 мг 13 сут.

На 20-е сутки жизни после окончания лечения новорожденный выписан домой в удовлетворительном состоянии с диагнозом: «P37.2 Неонатальный диссеминированный листериоз в анамнезе. Внутриутробная пневмония, реконвалесцент. Церебральная ишемия 1-й степени».

Общий анализ крови в динамике пациентки N.

Показатель	Дата			
	15.01.2025	18.01.2025	22.01.2025	28.01.2025
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	5,29	5,45	4,63	5,22
Гемоглобин, г/л	198	203	165	192
Гематокрит, %	54,5	54,1	45,6	52,1
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	101	60	234	234
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	4,59	14,19	13,7	32,99
Палочкоядерные нейтрофилы, %	5	2	4	1
Сегментоядерные нейтрофилы, %	50	71	45	68
Эозинофилы, %	3	3	1	6
Лимфоциты, %	36	20	37	9
Моноциты, %	6	4	13	16

Обсуждение. Согласно современной информации врожденный листериоз достаточно хорошо изучен. Определены его клинико-эпидемиологические и патоморфологические особенности, разработаны принципы диагностики, лечения и профилактики. Однако своевременная диагностика этого заболевания до настоящего времени проводится нерегулярно, что нередко является причиной запоздалого лечения новорожденного [4–6].

В приведенном клиническом наблюдении отмечены характерные признаки этой ВУИ, возникшие на 1–2-е сутки жизни у недоношенного ребенка и сопровождавшиеся появлением характерной экзантемы и дыхательного расстройства, что потребовало проведения экстренной дифференциальной диагностики для уточнения происхождения заболевания. При этом у матери во время беременности, а также в прегравидарный период не был заподозрен TORCH-синдром (включающий токсоплазмоз, микоплазмоз, сифилис, гепатиты, стрептококки и другие инфекции, краснуху, цитомегаловирус, герпес), несмотря на наличие клинических признаков инфекции (лихорадка, диарея) и фактора профессионального риска (контакт с животными). Вероятность внутриутробного инфицирования плода подтверждена наличием хориоамнионита.

Диагностика раннего врожденного листериоза, основанная только на клинико-anamnestических данных, относится к числу сложных задач. Именно поэтому лабораторные методы играют ключевую роль в постановке точного диагноза, что и было подтверждено результатами клинического наблюдения. В частности, бактериологическое исследование с использованием специальных сред для выделения *Listeria monocytogenes* подтвердило свою значимость в распознавании данного заболевания. Важно отметить, что для подтверждения диагноза могут использоваться и другие методы, такие как полимеразная цепная реакция и серологические тесты, которые позволяют выявить специфические антитела к возбудителю. Однако бактериологический метод остается наиболее надежным и широко признанным [5, 7, 8].

Заключение. В силу того, что врожденный листериоз нередко становится причиной его тяжелых последствий у новорожденных, особое значение приобретают своевременная диагностика и адекватное лечение данного заболевания. Однако хорошо известна недостаточная настороженность клиницистов на разных уровнях системы «мать – плод – новорожденный». Приведенный клинический случай является примером решения указанных проблем при недостаточной мотивации специалистов перинатального звена во время оказания помощи беременной

с факторами риска антропозоонозной инфекции. В результате диагноз врожденного листериоза был поставлен только после идентификации возбудителя с помощью бактериологического исследования, что дает основание подтвердить эффективность данного метода лабораторной диагностики ВУИ. Выбранная лечебно-диагностическая тактика способствовала благоприятному исходу, несмотря на высокий риск развития полиорганной недостаточности и угрозы для жизни ребенка.

Вклад авторов. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

References (Список источников)

1. Charlier C, Disson O, Lecuit M. Maternal-neonatal listeriosis. *Virulence*. 2020;11(1):391-7. doi:10.1080/21505594.2020.1759287
2. Schlech WF. Epidemiology and clinical manifestations of *Listeria monocytogenes* infection. *Microbiol Spectr*. 2019;7(3):10. doi:10.1128/microbiolspec.GPP3-0014-2018
3. Sheybak LN. Congenital listeriosis, modern features. 2023;7(7):22-5. (In Russ.) Шейбак Л.Н. Врожденный листериоз, современные особенности. *Медицинские новости*. 2023;7(7):22-5.
4. Tyukavkina SYu, Kotieva IM, Dodokhova MA, et al. Pathogenesis and clinical forms of human listeriosis. *South Russian Journal of Therapeutic Practice*. 2024;5(1):99-111. (In Russ.) Тюкавкина С.Ю., Котиева И.М., Додохова М.А. и др. Патогенез и клинические формы листериоза человека. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2024;5(1):99-111. DOI:10.21886/2712-8156-2024-5-1-99-111
5. Nafeev AA, Modnikova VI, Popov VV, et al. On the diagnosis of intrauterine listeriosis. *Children Infections*. 2022;21(1):66-9. (In Russ.) Нафеев А.А., Модникова В.И., Попов В.В. и др. К вопросу диагностики внутриутробного листериоза. *Детские инфекции*. 2022;21(1):66-9. DOI:10.22627/2072-8107-2022-21-1-66-69
6. Penkov DG, Ulyanicheva ES, Drevnitskaya AS. Listeriosis. Congenital neonatal sepsis. Clinical case. *Children's medicine of the North-West (St. Petersburg)*. 2023;11(4):110-4. (In Russ.) Пеньков Д.Г., Ульяничева Е.С., Древицкая А.С. Листериоз. Врожденный неонатальный сепсис. Клинический случай. *Children's Medicine of the North-West*. 2023;11(4):110-4. DOI:10.56871/CmN-W.2023.44.47.013
7. Ivanov DO, Panchenko AC, Fedorova LA, et al. Diagnosis and treatment of infection specific to the perinatal period (Draft clinical recommendations for discussion by neonatologists and pediatricians). *Pediatr*. 2024;(15):5-25. (In Russ.) Иванов Д.О., Панченко А.С., Федорова Л.А. и др. Диагностика и лечение инфекции, специфичной для перинатального периода (Проект медицинских рекомендаций для обсуждения неонатологами и педиатрами). *Педиатр*. 2024;(15):5-25. DOI:10.17816/PED1535-25
8. Sadova NV, Zaplatnikov AL. Congenital Listeriosis. *Russian Medical Journal*. 2008;(18):1162. (In Russ.) Садова Н.В., Заплатников А.Л. Врожденный листериоз. *РМЖ*. 2008;(18):1162.

Статья поступила в редакцию 31.03.2025; одобрена после рецензирования 22.05.2025; принята к публикации 20.11.2025. The article was submitted 31.03.2025; approved after reviewing 22.05.2025; accepted for publication 20.11.2025.

Информация об авторах:

Юрий Валентинович Черненко – заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии, профессор, доктор медицинских наук, chernenkov64@mail.ru, ORCID 0000-0002-6896-7563; **Лариса Геннадьевна Бочкова** – доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, кандидат медицинских наук, lu_lg@mail.ru, ORCID 0000-0002-4634-3696; **Юлия Владимировна Симцова** – заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных, neo.rean.gkb8@yandex.ru.

Information about the authors:

Yuri V. Chernenkov — Head of the Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, Professor, DSc, chernenkov64@mail.ru, ORCID 0000-0002-6896-7563; **Larisa G. Bochkova** — Assistant Professor of the Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, PhD, lu_lg@mail.ru, ORCID 0000-0002-4634-3696; **Yulia V. Simtsova** — Head of the Neonatal Intensive Care and Resuscitation Division, neo.rean.gkb8@yandex.ru.