

DOI: 10.15690/vsp.v17i2.1882

И.Х. Белялетдинова¹, И.В. Митрофанова², Т.В. Кириченко², Е.Н. Абрамова², Т.В. Арсеньева², М.В. Базарова², С.В. Шахгильдян^{1,2}¹ Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН, Москва, Российская Федерация² Инфекционная клиническая больница № 1, Москва, Российская Федерация

Псевдопаралич Парро при раннем врожденном сифилисе: клинический случай

Контактная информация:

Белялетдинова Ильмира Халитовна, научный сотрудник клинического отдела вирусных нейроинфекций Федерального научного центра исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН

Адрес: 108819, Москва, п. Московский, пос. Института полиомиелита, д/вл. 8, стр. 1, **e-mail:** belyaletdinova_i@mail.ru**Статья поступила:** 15.03.2018 г., **принята к печати:** 26.04.2018 г.

Обоснование. Врожденный сифилис — тяжелая внутриутробная инфекция, которая, поражая большинство органов и систем ребенка, может приводить к его инвалидизации. Однако заподозрить врожденный сифилис у ребенка при отсутствии сведений о ранее перенесенном сифилисе у матери крайне сложно. В статье представлен случай моносимптомной клинической картины раннего врожденного сифилиса. **Описание клинического случая.** В возрасте 1 мес у ребенка возникли гиперемия, изолированный отек правого предплечья, ограничение движений в конечности. Осмотрен педиатром — заподозрен перелом костей предплечья. На рентгенограмме наличие перелома не подтверждено. Ситуация расценена как аллергическая реакция, назначена десенсибилизирующая терапия, на фоне которой диапазон движений в правой руке несколько увеличился. В возрасте 2 мес отмечено снижение объема движений в левой руке. При госпитализации состояние расценено как среднетяжелое. Не лихорадил, признаков интоксикации не было. Кожа и видимые слизистые оболочки не изменены. Сердечно-легочная деятельность была удовлетворительной. Живот доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень +6 см, плотной консистенции. Селезенка +5 см. Физиологические отправления в норме. В неврологическом статусе: реакция на осмотр адекватная, эмоциональный крик. Черепно-мозговые нервы без патологии. Видит, слышит. В руках ограничение объема активных движений, пассивные движения болезненные. Мышечный тонус в руках низкий, в ногах — ближе к физиологическому. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, равные. Большой родничок 1,5×1,5 см, не выбухает. Рентгенологическое исследование костей предплечья показало изменение структуры эпифизов обеих костей предплечья, характерное для сифилитического остеохондрита. **Заключение.** Описаны сложности диагностики раннего врожденного сифилиса у ребенка в возрасте 2 мес при отсутствии соответствующего анамнеза у матери. Подчеркивается необходимость исключения сифилитической инфекции у младенцев с двигательными нарушениями, рожденных от необследованных матерей.

Ключевые слова: дети, ранний врожденный сифилис, псевдопаралич Парро, клинический случай, остеохондрит.

(Для цитирования: Белялетдинова И. Х., Митрофанова И. В., Кириченко Т. В., Абрамова Е. Н., Арсеньева Т. В., Базарова М. В., Шахгильдян С. В. Псевдопаралич Парро при раннем врожденном сифилисе: клинический случай. *Вопросы современной педиатрии*. 2018; 17 (2): 152–156. doi: 10.15690/vsp.v17i2.1882)

ОБОСНОВАНИЕ

Врожденный сифилис — тяжелая внутриутробная инфекция, которая поражает большинство органов и систем ребенка и может приводить к его инвалидизации [1]. Основная профилактика врожденного сифилиса заключается в своевременной диагностике и эффективном лечении сифилитической инфекции у женщин. Источником инфекции для плода является только больная мать [1]. Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных сифилисом, с целью профилактики врожденного сифилиса проводится трехкратное серологическое обследование всех беременных [2]. Обследованию, лечению и наблюдению длительностью от 1 года до 3 лет подлежат все дети, рожденные от матерей, больных сифилисом [3]. Однако заподозрить такую врожденную патологию

у ребенка при отсутствии сведений о ранее перенесенном сифилисе у матери крайне сложно.

Ранний врожденный сифилис (РВС) легко диагностировать при наличии у ребенка клинических проявлений со стороны кожи и слизистых оболочек, таких как сифилитическая пузырчатка, папулезная сыпь, сифилитический ринит [4]. Сифилитическая пузырчатка — один из первых патогномичных симптомов РВС — обнаруживается уже при рождении или проявляется на первой неделе жизни [5], иногда лишь единичными элементами или десквамацией кожи на ладонях и подошвах [6, 7]. Также достоверным признаком врожденной сифилитической инфекции является диффузная инфильтрация кожи Гохзингера [8], которой предшествует эритема, после чего кожа уплотняется, инфильтрируется, становится гладкой, фиолетово-крас-

ной, кожные складки сглаживаются. Диффузная инфильтрация кожи проявляется утолщением кожи ладоней, подошв, лица. Чаще это происходит на 8–10-й нед жизни ребенка [8]. На коже лица, особенно в области рта и подбородка, из-за постоянной травматизации (сосание, крик) формируются трещины и эрозии, которые после заживления оставляют лучистые рубцы, расположенные вокруг рта (рубцы Фурнье). На коже ягодиц, половых органов, перианальной области возможен аналогичный процесс [8].

Специфический сифилитический ринит, как правило, развивается на 2–6-й нед жизни ребенка и может быть единственным признаком раннего врожденного сифилиса [1]. Ринит проявляется диффузной воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки полости носа и не поддается стандартному лечению с применением местных сосудосуживающих препаратов [1].

У детей грудного возраста специфические костные поражения возникают в виде остеохондритов, периоститов, остеоитов и остеопериоститов с явлениями остеосклероза и значительно реже в виде изолированных очагов деструкции, представляющих собой гуммы (узлы в тканях) [9]. Характерно симметричное поражение костей предплечья и голени [10]. Различают три степени остеохондрита. На 3-й стадии случаются переломы костей в области метафиза. При этом может развиваться псевдопаралич Парро: в пораженной конечности отсутствуют активные движения, попытка произвести пассивное движение сопровождается сильной болезненностью, вызывая плач ребенка [11].

При врожденном сифилисе часто обнаруживается патология внутренних органов (гепато-, спленомегалия, признаки панкреатита, поражение нервной системы). Клинические проявления нейросифилиса, который возникает в 60% случаев РВС, у новорожденных обычно отсутствуют. Диагностика нейросифилиса основывается на серологическом обследовании ликвора и результатах магнитно-резонансной томографии [4]. Известно, что врожденный сифилис может проявляться моносимптомной клинической картиной: только кожные проявления (генерализованная папулезная сыпь, шелушение), изолированное поражение костной системы или внутренних органов [12–14].

Ниже представлено описание случая РВС, протекавшего с моносимптомной клинической картиной, затруднившей диагностику заболевания при первом обращении за медицинской помощью.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

О пациенте

Пациент Ф., 2 мес, поступил в Инфекционную клиническую больницу (ИКБ) № 1 г. Москвы в мае 2017 г.

Анамнез жизни: ребенок из семьи трудовых мигрантов, прибывших из Молдавии. Родился в Москве, от второй нормально протекавшей беременности и родов. На учете по беременности мать ребенка не состояла. Вес при рождении 3000 г, длина — 51 см; на грудном вскармливании. Выписан из роддома на 3-й сут.

Анамнез заболевания: в возрасте 1 мес отмечались гиперемия, изолированный отек правого предплечья,

Ilmira Kh. Belyaletdinova¹, Irina V. Mitrofanova², Tatjana V. Kirichenko², Elena N. Abramova²,
Tatjana V. Arsenyeva², Marina V. Bazarova², Svetlana V. Shakhgildyan^{1, 2}

¹ Chumakov Federal Scientific Center for Research and Development of Immune-and-Biological Products of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation

² Infectious Clinical Hospital No. 1, Moscow, Russian Federation

Early Congenital Syphilitic Pseudoparalysis (Parrot's Disease): A Clinical Case

Background. Congenital syphilis is a severe intrauterine infection which, affecting most of the organs and systems of a child, can lead to his disability. However, it is extremely difficult to suspect congenital syphilis in a child in the absence of information about prior syphilis in his mother. The article presents a case of a monosymptomatic clinical picture of early congenital syphilis. **Description of the Clinical Case.** At the age of 1 month, the child had hyperemia, isolated edema of the right forearm, and restriction of limb movements. He was examined by a pediatrician who suspected a fracture of the forearm bones. X-ray did not show any fracture. The situation was regarded as an allergic reaction; desensitizing therapy was prescribed during which the range of movements in the right arm slightly increased. At the age of 2 months, there was a decrease in the range of movements in the left arm. On admission, the condition was regarded as moderate one. No fever; no signs of intoxication. Skin and visible mucous membranes were not changed. Cardiopulmonary activity was satisfactory. The abdomen was palpable in all compartments, painless. The liver was enlarged 6 cm, of dense consistency. The spleen was enlarged 5 cm. Bowel and bladder functions were normal. Neurological status: the reaction to examination was adequate, emotional cry. Cranial nerves without pathology. Can see and hear. Restricted range of movements in the arms; passive movements were painful. Muscle tone in the arms was low, in the legs — closer to physiological one. Equal and brisk tendon reflexes from the arms and legs. Large fontanel 1.5×1.5 cm, not protruded. X-ray examination of the forearm bones showed a change in the structure of the epiphyses of both forearm bones that was common to syphilitic osteochondritis. **Conclusion.** The article describes the complexity of diagnosis of early congenital syphilis in a child aged 2 months in the absence of a corresponding anamnesis in his mother. The need to rule out syphilitic infection in infants with motor impairments, born from unexamined mothers, has been emphasized.

Key words: children, early congenital syphilis, Parrot's disease, clinical case, osteochondritis.

(For citation: Belyaletdinova Ilmira Kh., Mitrofanova Irina V., Kirichenko Tatjana V., Abramova Elena N., Arsenyeva Tatjana V., Bazarova Marina V., Shakhgildyan Svetlana V. Early Congenital Syphilitic Pseudoparalysis (Parrot's Disease): A Clinical Case. *Voprosy sovremennoy pediatrii — Current Pediatrics*. 2018; 17 (2): 152–156. doi: 10.15690/vsp.v17i2.1882)

ограничение движений в конечности. Осмотрен участковым педиатром — заподозрен перелом. На рентгенограмме данных о переломе нет, ситуация расценена как аллергическая реакция, назначена десенсибилизирующая терапия (диметиндена малеат по 5 капель 3 раза/сут в течение 5 сут). На фоне лечения движения в правой руке несколько увеличились. С конца мая снизился объем движений в левой руке. Осмотрен неврологом поликлиники, направлен на госпитализацию. После осмотров в приемных отделениях двух московских стационаров пациент направлен в ИКБ № 1 г. Москвы с диагнозом «Острый верхний парапарез».

Физикальная диагностика

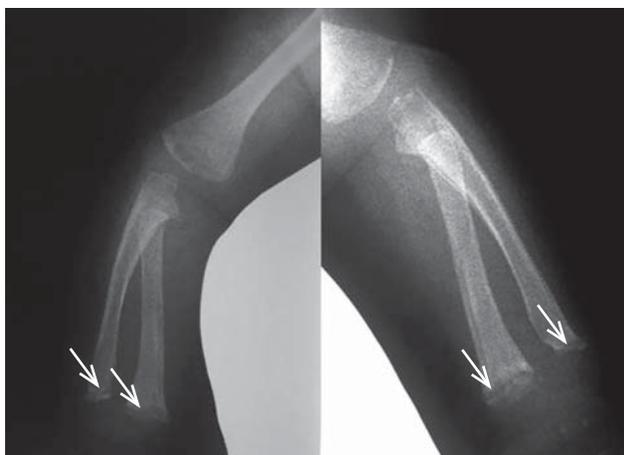
При госпитализации состояние расценено как среднетяжелое. Не лихорадит, признаков интоксикации нет. Кожа чистая. Зев розовый. В легких аускультативно дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания 42/мин. Тоны сердца ритмичные, звучные. Частота сердечных сокращений 124/мин. Живот доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень +6 см, плотной консистенции. Селезенка +5 см. Стул кашицеобразный, желтый. Мочится адекватно.

В неврологическом статусе: реакция на осмотр адекватная, эмоциональный крик. Черепные нервы без патологии. Видит, слышит. Резкое ограничение объема активных движений рук, пассивные движения в руках вызывают плач ребенка. Мышечный тонус в руках низкий, в ногах — ближе к физиологическому. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, равные. Большой родничок $1,5 \times 1,5$ см, не выбухает.

Предварительный диагноз

На данном этапе обследования заподозрен перелом плечевой кости слева.

Рис. Рентгенограмма костей предплечья ребенка Ф., 2 мес
Fig. X-ray image of the forearm bones of the child F., 2 months



Примечание. Рентгенограммы костей предплечья в прямой проекции. Стрелками указаны зоны отслоения эпифиза — 3-я стадия остеохондрита.

Note. Radiographs of the forearm bones in a straight projection. The arrows indicate the zones of epiphysis detachment — the third stage of osteochondritis.

Диагностические процедуры

Клинический анализ крови: гемоглобин — 73 г/л (норма 103–141), эритроциты — 3,0 (норма $3,5\text{--}5,1 \times 10^{12}$ /л), тромбоциты — 237 тыс. (норма $100\text{--}300 \times 10^9$ /л), лейкоциты — 10,7 (норма $6,0\text{--}17,5 \times 10^9$ /л); нейтрофилы палочкоядерные — 3% (норма 1–5), сегментоядерные — 27% (норма 16–45); лимфоциты — 35% (норма 45–70), моноциты — 13% (норма 4–10), эозинофилы — 2% (норма 1–5), атипичные мононуклеары — 20% (в норме отсутствуют), скорость оседания эритроцитов — 45 мм/ч (норма 2–10).

Клинический анализ мочи: удельный вес — 1006 (норма 1010–1017), pH — 6,5 (норма 5,0), белок — 0,41 г/л (в норме отсутствует), лейкоциты — 3–4 в поле зрения (п/з) (норма 0–5), эритроциты — 100 в п/з (норма 0–2).

Клинический анализ ликвора: белок — 0,27 г/л (норма 0,22–0,33), цитоз — 14 кл/мкл³ (норма 0–15), глюкоза — 2,5 ммоль/л (норма 2,1–3,9), лактат — 1,6 ммоль/л (норма 1,1–2,8).

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок — 96 мг/л (норма 0–5), аспаратаминотрансфераза — 312 МЕ/л (норма < 40), аланинаминотрансфераза — 244 МЕ/л (норма < 40).

Рентгенограмма костей предплечья: изменение структуры эпифизов обеих костей, характерное для сифилитического остеохондрита (рис.).

Осмотр окулистом: зафиксировано снижение фото-реакции. Синдром Аргайла–Робертсона?

Серодиагностика сифилитической инфекции: реакция микропреципитации у ребенка — 1:32 (положительно), у матери — 1:9 (положительно); реакция непрямой гемагглютинации бледных трепонем у ребенка — 1:1290 (положительно), у матери — 1:1290 (положительно); реакция иммобилизации бледных трепонем у ребенка — положительно; реакция иммунофлюоресценции с абсорбцией у ребенка — положительно.

Имуноферментный анализ сыворотки крови у ребенка: иммуноглобулины группы М к *Treponema pallidum* — положительно, группы G — положительно.

Клинический диагноз

Ранний врожденный сифилис с симптомами (поражение костей, печени, селезенки, почек).

Дифференциальная диагностика

Диагностически ценными симптомами были отсутствие истинных парезов рук при снижении в них объема активных движений, а также обнаружение остеохондрита — патогномоничного признака РВС — при рентгенологическом исследовании костей предплечья.

Медицинские вмешательства

Ребенку проводилась антибактериальная терапия пенициллином в дозе 100 000 МЕ 6 раз/сут внутримышечно в течение 14 сут. В дебюте антибактериальной терапии в течение 3 сут отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр, расцененное как аллергическая реакция Яриша–Герксгеймера, которая помимо повышения температуры может проявляться ознобом,

снижением артериального давления, тахикардией, тошнотой, головной болью, болью в мышцах, усугублением имевшихся или появлением новых симптомов основного заболевания. Реакция может возникнуть через несколько часов от начала лечения специфическими антибактериальными препаратами у больных спирохетозами (*Treponema*, *Borrelia*) и связана с высвобождением антигенов при массовой гибели бактерий.

Динамика и исходы

На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось — сон спокойный, аппетит сохранен. Печень +4 см, селезенка +4 см. Нарос объем активных движений в руках.

Общий анализ крови: гемоглобин — 68 г/л, эритроциты — $2,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты — 271 тыс., лейкоциты — $9,5 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с/я — 29%, лимфоциты — 58%, моноциты — 8%, эозинофилы — 1%, СОЭ — 62 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес — 1008, рН — 6,0, белок — 2,76 г/л, лейкоциты — 17–18 в п/з, эритроциты — 43–44 в п/з.

Ребенок выписан на амбулаторное долечивание по месту постоянной регистрации.

Прогноз

В целом прогноз для жизни благоприятный при междисциплинарном подходе к терапии ребенка и должном уходе со стороны родителей.

ОБСУЖДЕНИЕ

В последние годы отмечается рост заболеваемости сифилисом среди женщин детородного возраста [15]. Следует сказать, что реальный уровень заболеваемости сифилисом, вероятно, гораздо выше, чем регистрируется официальной статистикой [16]. В частности, более высокие показатели могут быть обусловлены трудовыми мигрантами, которые, по данным региональных служб здравоохранения, находятся в группе риска [16]. В этой связи важно отметить, что Российская Федерация занимает 3-е место среди стран с наибольшим числом трудовых мигрантов (преимущественно из бывших союзных республик) [17]. Известно также, что предоставление медицинской помощи мигрантам осуществляется ограниченно: медицинская помощь доступна менее чем 10% женщин и около 30% детей [18]. Заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем, среди мигрантов в разы выше, чем среди населения принимающей стороны [18]. При этом ежегодно в роддомах Москвы появляется на свет около 10 тыс. детей, рожденных жительницами дальнего и ближнего зарубежья [19]. Все вышесказанное определяет необходимость повышения настороженности у врачей первичного звена в отношении социально значимых инфекций, в том числе РВС.

Известно, что диагностика РВС должна быть комплексной и включать оценку клинических проявлений

заболевания с данными анамнеза, результатов серологического и рентгенологического исследований [20]. Последствиями РВС, даже после проведенной специфической терапии, являются низкий физический потенциал и задержка психомоторного развития. Результаты наблюдения показали, что более 70% детей с сифилисом в возрасте 1 года жизни имели задержку психомоторного развития [21].

Как указывалось выше, профилактика сифилитической инфекции включает санитарно-просветительскую работу (об использовании барьерных методов контрацепции); скрининговое обследование населения, в том числе трехкратное серологическое обследование беременных, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением. Однако приведенный клинический пример демонстрирует недостатки оказания медицинской помощи, а именно длительность постановки диагноза, что, вероятно, связано с нехваткой знаний клинических симптомов данной патологии среди врачей первичного звена, а также ограниченной доступностью диагностических тестов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ представленного клинического случая демонстрирует сложности диагностики РВС у ребенка 2 мес при отсутствии соответствующего анамнеза матери. Необходимо отметить большое значение обследования беременных с целью своевременной диагностики и лечения. У детей с двигательными нарушениями в возрасте до 1 года, рожденных от необследованных матерей, необходимо исключать сифилитическую инфекцию.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

От родителя пациента (законного представителя) получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая, а также на использование его медицинских данных (результатов обследования, лечения и наблюдения) в научных целях.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

FINANCING SOURCE

Not specified.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

CONFLICT OF INTERESTS

Not declared.

ORCID

И. Х. Белялетдинова <https://orcid.org/0000-0003-1630-5282>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кунгуров Н.В., Полякова Н.В., Зильберберг Н.В., Левчик Н.К. Дифференциальная диагностика врожденного и приобретенного сифилиса у детей до двух лет // *Современные проблемы науки и образования*. — 2015. — № 5. [Kungurov NV, Polyakova NV, Zilberberg NV, Levchik NK. The differential diagnosis of congenital and acquired syphilis in children up to two years. *Modern problems of science and education*. 2015;(5). (In Russ).] Доступно по: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21812> Ссылка активна на 12.03.2018.
2. Клинические руководства. [Klinicheskie rukovodstva. (In Russ).] Доступно по: cr.rosminzdrav.ru Ссылка активна на 12.03.2018.
3. Матыскина Н.В., Таранушенко Т.Е. Клинико-лабораторные проявления инфекционного процесса у детей с ранним врожденным сифилисом // *Мать и дитя в Кузбассе*. — 2015. — № 1 — С. 25–29. [Matyskina NV, Taranushenko TE. Clinical and laboratory manifestations of infection in children with early congenital syphilis. *Mat' i ditya v Kuzbasse*. 2015;(1):25–29. (In Russ).]
4. Мелашенко Т.В., Милиявская И.Р., Горланов И.А., Леина Л.М. О поражении ЦНС при раннем врожденном сифилисе // *Педиатр*. — 2014. — Т. 5. — № 2 — С. 65–68. [Melashenko TV, Milyavskaya IR, Gorlanov IA, Leina LM. CNS defeat in early congenital syphilis. *Pediatr*. 2014;5(2):65–68. (In Russ).]
5. Brighi G, Farneti G, Marangoni A, et al. Congenital syphilis like many years ago. *Case Rep Infect Dis*. 2011;2011:235059. doi: 10.1155/2011/235059.
6. Горланов И.А., Милиявская И.Р., Леина Л.М. Клиника, диагностика и лечение раннего врожденного сифилиса // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 2009. — № 3 — С. 73–77. [Gorlanov IA, Milyavskaya IR, Leina LM. Clinical picture, diagnosing and treatment of early congenital syphilis in the neonatal period. *Vestn Dermatol Venerol*. 2009;(3):73–77. (In Russ).]
7. Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005;(16):245–257. doi: 10.1053/j.spid.2005.06.005.
8. Gupta R, Vora RV. Congenital syphilis, still a reality. *Indian J Sex Transm Dis*. 2013;34(1):50–52. doi: 10.4103/0253-7184.112941.
9. Заторская Н.Ф., Перламутров Ю.Н., Лосева О.К., и др. Значение рентгенографии трубчатых костей в диагностике раннего врожденного сифилиса // *Клиническая дерматология и венерология*. — 2009. — № 6 — С. 37–41. [Zatorskaya NF, Perlamutrov YuN, Loseva OK, et al. The role of X-ray examination of tubular bones in the diagnosis of early congenital syphilis. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2009;(6):37–41. (In Russ).]
10. Завадовская В.Д., Зуев А.В., Фатеева С.В. Ультразвуковое исследование в диагностике раннего врожденного сифилиса // *Бюллетень сибирской медицины*. — 2012. — Т. 11. — № 1 — С. 25–32. [Zavadovskaya VD, Zuyev AV, Fateyeva SV. Ultrasound examination in diagnostic of early congenital syphilis. *Bulletin of Siberian medicine*. 2012;11(1):25–32. (In Russ).]
11. Родионов А.Н. *Сифилис*. — СПб.: Питер; 2007. [Rodionov AN. *Sifilis*. St. Petersburg: Piter; 2007. (In Russ).] Доступно по: <https://studfiles.net/preview/6262442/> Ссылка активна на 12.03.2018.
12. Fan P, Fu M, Liao W, et al. Early congenital syphilis presented with exclusive bending pain of extremity: case report. *J Dermatol*. 2007;34(3):214–216. doi: 10.1111/j.1346-8138.2007.00253.x.
13. Kim HY, Kim BJ, Kim JH, Yoo BH. Early congenital syphilis presenting with skin eruption alone: a case report. *Korean J Pediatr*. 2011;54(12):512–514. doi: 10.3345/kjp.2011.54.12.512.
14. Armangil D, Canpolat FE, Yigit S, et al. Early congenital syphilis with isolated bone involvement: a case report. *Turk J Pediatr*. 2009;51(2):169–171.
15. Куртеева Е.Е. Заболеваемость сифилисом беременных: обзор литературы // *Международный студенческий научный вестник*. — 2016. — № 6 — С. 2. [Kurteeva EE. The incidence of syphilis in pregnant women: a literature review. *Mezhdunarodnyi studencheskii nauchnyi vestnik*. 2016;(6):2. (In Russ).]
16. Струин Н.Л., Шубина А.С. Социальные инфекции у мигрантов, факторы, способствующие заболеваемости: обзор литературы // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. — 2015. — № 11 — С. 676–679. [Struin NL, Shubina AS. Social infection of migrants, factors contributing to morbidity: a review. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2015;(11):676–679. (In Russ).]
17. Слатвицкая И.И., Арустамян А.С. Международная миграция трудовых ресурсов в современном мире: виды и причины ее возникновения // *Научная гипотеза*. — 2017. — № 4 — С. 35–39. [Slatvitskaya II, Arustamyan AS. Mezhdunarodnaya migratsiya trudovykh resursov v sovremennom mire: vidy i prichiny ee vozniknoveniya. *Nauchnaya gipoteza*. 2017;(4):35–39. (In Russ).]
18. Кузнецова И.Б., Мухарямова Л.М., Вафина Г.Г. Здоровье мигрантов как социальная проблема // *Казанский медицинский журнал*. — 2013. — Т. 94. — № 3 — С. 367–372. [Kuznetsova IB, Mukharyamova LM, Vafina GG. Health of the migrants as a social problem. *Kazan Med Zh*. 2013;94(3):367–372. (In Russ).]
19. Смольяков А.А., Смольяков А.А. Проблемы реализации социальных прав мигрантов в РФ // *Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России*. — 2016. — № 1 — С. 63–68. [Smolyakov AA, Smolyakov AA. Problems of the social rights of migrant workers in Russia. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta Ministerstva vnutrennikh del Rossii*. 2016;(1):63–68. (In Russ).]
20. Мартынова Г.П., Кузнецова Н.Ф., Колодина А.А., Белкина А.Б. Критерии лабораторной диагностики различных форм раннего врожденного сифилиса // *Детские инфекции*. — 2014. — Т. 13. — № 4 — С. 59–63. [Martynova GP, Kuznetsova NF, Kolodina AA, Belkina AB. Criteria for laboratory diagnosis of various forms early congenital syphilis. *Detskie infektsii*. 2014;13(4):59–63. (In Russ).]
21. Самодова О.В., Волокитина Т.В. Отдаленные последствия и исходы внутриутробных инфекций (результаты проспективного наблюдения) // *Экология человека*. — 2010. — № 2 — С. 36–42. [Samodova OV, Volokitina TV. Remote consequences and results of congenital infections (results of prospective study). *Ecology, human*. 2010;(2):36–42. (In Russ).]

От редакции

В журнале «Вопросы современной педиатрии» в № 6 2017 г. была опубликована статья «Иммунизация пневмококковой полисахаридной вакциной детей с ювенильным идиопатическим артритом без системных проявлений: результаты проспективного исследования». Авторы Алексеева Е.И., Дворяковская Т.М., Денисова Р.В., Исаева К.Б., Солошенко М.А., Мамутова А.В., Маянский Н.А., Ткаченко Н.Е., Зубкова И.В., Калюжная Т.А., Шахтактинская Ф.Ч., Гайворонская А.Г., Броева М.И., Федосеенко М.В. (*Вопросы современной педиатрии*. 2017; 16 (6): 493–501. doi: 10.15690/vsp.v16i6.1822)

Название этой статьи следует читать так: «Иммунизация пневмококковой конъюгированной вакциной детей с ювенильным идиопатическим артритом без системных проявлений: результаты проспективного исследования».

В журнале «Вопросы современной педиатрии» в № 1 2018 г. была опубликована статья «Роль нарушений эпидермального барьера при атопическом дерматите: современные концепции патогенеза заболевания». Авторы Н.Н. Мурашкин, Э.Т. Амбарчян, А.И. Материкин, Р.В. Епишев (*Вопросы современной педиатрии*. 2018; 17 (1): 85–88. doi: 10.15690/vsp.v17i1.1859).

На стр. 87 название средства по уходу за сухой и чувствительной кожей следует читать так: «Витамин F Либредерм».