

СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИЕРСИНИОЗА У ПОДРОСТКА: СЛОЖНЫЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

Рязанский государственный медицинский университет имени академика

И.П. Павлова, г. Рязань

Кузин А. В., Сергеева А. Е.

Научный руководитель: Стежкина Е.В., к.м.н., доцент кафедры

факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФПДО

Иерсиниоз – инфекционное заболевание, проявляющееся разнообразием клинических форм и симптомов. Инкубационный период длится от 2 до 20 дней. В 70% случаев болезнь начинается остро, проявляясь поражением желудочно-кишечного тракта и общеинфекционными симптомами.

Ключевые слова: иерсиниоз, кишечный иерсиниоз, псевдотуберкулез, *Yersinia enterocolitica*, менингит.

Yersiniosis is an infectious disease that manifests itself in a variety of clinical forms and symptoms. The incubation period lasts from 2 to 20 days. In 70% of cases, the disease begins acutely, manifested by damage to the gastrointestinal tract and general infectious symptoms.

Keywords: yersiniosis, intestinal yersiniosis, pseudotuberculosis, *Yersinia enterocolitica*, meningitis.

Представлен клинический случай труднодиагностируемого заболевания с акцентом на симптомы, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Материалы и методы исследования. Анализ первичной медицинской документации (амбулаторная карта ф. № 012 у, выписки из стационаров, личная курация пациента).

Результаты и обсуждение. Пациент И., 17 лет, поступил в стационар 14.08.2024 г. с жалобами на головную боль, боль в животе, сыпь, нарушение сознания, жидкий стул, болезненные ощущения при прикосновениях,

выраженный озноб, повышение температуры тела до $39,8^{\circ}\text{C}$, рвоту, боль в горле, светобоязнь, боль в суставах.

Из анамнеза известно, что с 9 по 12 августа ребенок находился в Рыбновском районе Рязанской области. 10 августа пользовался бритвенным станком, после чего заметил гнойничковые образования в лобковой области. На следующий день поднялась температура до $39,4^{\circ}\text{C}$, отмечались рвота, жидкий стул. Через три дня от начала заболевания обратился к педиатру, который поставил диагноз: ОРВИ с кишечным синдромом. Назначено симптоматическое лечение, без положительной динамики. Через несколько часов после посещения участкового врача вызвали СМП, внутримышечно введен жаропонижающий препарат, отмечалось кратковременное улучшение. Вечером того же дня появилась сыпь в области шеи, груди, на ногах, ребенка беспокоила выраженная головная боль, слабость, болезненные ощущения при прикосновениях, боль в горле, субфебрилитет, выраженная слабость. Пациент экстренно госпитализирован в ДОРИТ.

При поступлении: состояние больного тяжелое, положение пассивное, сопор (12 баллов по ШКГ). Кожные покровы бледные, акроцианоз пальцев рук и ног, конечности холодные на ощупь. Множественная полиморфная сыпь: розовая пятнисто-папулезная, в центре отдельных элементов везикулы, больше на лобке, в центре других элементов геморрагии с некрозами, преимущественно на нижних конечностях, максимальным размером 10 мм. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц до 5-6 см, с-м Кернига положительный. Инфекционно-токсический шок 2 степени.

После стабилизации состояния выполнена спинномозговая пункция: ликвор прозрачный, светлый, вытекающий струей под большим давлением. В общем анализе ликвора: слабо мутный, реакция щелочная, реакция Панди +, белок 0,132 г/л, цитоз 70 клеток (смешанный плеоцитоз), эритроциты 10-12 в п/зр, в связи с чем у больного не исключался менингит неуточненной (предположительно энтеровирусной) этиологии.

На 5 день болезни проведено ультразвуковое обследование: в брюшной полости незначительное количество свободной жидкости, в плевральной полости справа около 150-200 мл, слева около 700 мл свободной жидкости.

В результате проводимого лечения сохранялось тяжелое состояние за счет эндогенной интоксикации, общемозговой симптоматики, проявлений СПОН, нарастающих явлений ДН.

Для дальнейшего лечения пациент переведен в областную детскую клиническую больницу Рязанской области с диагнозом «Генерализованная вирусно-бактериальная инфекция неуточненной этиологии, тяжелая форма. Острый менингит неуточненной этиологии, тяжелая форма. Двусторонняя пневмония тяжелая форма, ДН 2 степени, двусторонний гидроторакс. Дистрибутивный шок (купирован). Синдром полиорганной недостаточности. ДВС-синдром. Кишечный синдром». На фоне проводимого лечения тяжелое состояние сохранялось, ребенок переведен на ИВЛ.

На 6 день заболевания принято решение о транспортировке пациента в ГБУ Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка». В результате комплексного обследования выявлены АТ к *Yersinia enterocolitica* (РПГА): 1:80 (3+). АТ к *Y. enterocolitica* IgM – не обнаружены. АТ к *Y. enterocolitica* IgG – 0.045 (не обнаружены). АТ к *Y. enterocolitica* IgA – 0.038 (не обнаружены). ДНК *Y. Enterocolitica* – не обнаружено, ДНК *Y. Pseudotuberculosis* – не обнаружено.

Поставлен диагноз «Иерсиниоз, смешанная форма: кишечная, внебольничная двусторонняя пневмония, менингоэнцефалит, суставная, кожная, гепатит – острое течение, тяжелой степени тяжести».

Лечение включало интенсивную терапию, в том числе поддержание жизненно важных функций, антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия, поддержку гемодинамики, седацию, коррекцию электролитных нарушений и обезболивание. На фоне проводимой терапии

отмечалась положительная динамика. 30.08.2024 г. ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Представленный клинический случай подчеркивает сложность своевременной диагностики кишечного иерсиниоза из-за поражения различных органов и систем, многообразия клинических проявлений. Необходимо более широкое информирование врачей различных специальностей о возможных вариантах течения данного заболевания.

Список литературы:

1. Нарзуллаев Н.У., Мирзоева М.Р., Остонова Г.С. Новые взгляды на методы диагностики иерсиниоза. *Scientific progress*. 2021; 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-vzglyady-na-metody-dagnostiki-iersinioza> (дата обращения: 22.09.2024).
2. Жумабеккызы А., Байбуланова А. Кишечный иерсиниоз у детей. *Вестник науки*. 2021; 6 (39): 128-132. – EDN VXYBJX.
3. Шестакова М.Д., Новикова В.П., Хавкин А.И., Воскресенская Е.А., Кокорина Г.И., Богумильчик Е.А., Шноль Е.В., Яблокова Е.А., Ерохина М.И., Чибрина Е.В. Гастроэнтерологические маски хронических иерсиниозов у детей: осмысление опыта. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022; 4 (200). <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-200-4-101-111>.
4. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология: Учебник / Под ред. В.В. Зверева, А.С. Быкова. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016: 816 с. ISBN 978-5-9986-0227-6
5. Бениова С. Н. Кишечный иерсиниоз в практике врача-педиатра. *Практическая медицина*. 2007; 24. – EDN PCWKHN.

Поступила в редакцию 15.05.2025
Принята к публикации 23.05.2025
Опубликована 30.09.2025

Как цитировать:

Кузин А. В., Сергеева А. Е. Случай генерализованного течения иерсиниоза у подростка: сложный путь к диагнозу. Материалы X итоговой и I межрегиональной научно-практической конференции научного общества молодых ученых, инноваторов и студентов (НОМУИС) с международным участием, 21-23 мая 2025, АГМУ, г. Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2025; 4 (31): 84-87.
