

Случай генерализованного течения иерсиниоза у подростка: сложный путь к диагнозу

Кузин Алексей Владимирович, Сергеева Алина Евгеньевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО Стежкина Елена Викторовна

ФГБОУ ВО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань

Актуальность. Кишечный иерсиниоз — антропозоонозное заболевание, вызываемое бактерией *Y. enterocolitica*. Клиническая картина иерсиниоза характеризуется полиморфизмом синдромов, в том числе системного характера, что в совокупности со сложностью лабораторного подтверждения диагноза объясняет актуальность данной проблемы для врачей различных специальностей.

Цель исследования. Представить клинический случай труднодиагностируемого заболевания с акцентом на симптомы, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Пациенты и методы. Пациент И., 17 лет, поступил в стационар 14.08.2024 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 °С, рвоту, боль в горле, светобоязнь, боль в суставах. Из анамнеза известно, что с 9 по 12 августа ребенок находился в деревне Рязанской области. 10 августа пользовался бритвенным станком, после чего заметил гнойничковые образования в локтовой области. 11 августа поднялась температура до 39,4 °С, отмечались рвота, жидкий стул. Через два дня от начала заболевания обратились к педиатру, поставлен диагноз: «ОРВИ с кишечным синдромом». Назначено симптоматическое лечение, без эффекта. Вечером того же дня появилась сыпь в области шеи, груди, на ногах, ребенка беспокоили выраженная головная боль, болезненные ощущения при прикосновениях, боль в горле, субфебрилитет, выраженная слабость. Пациент экстренно госпитализирован в ДОРИТ. При поступлении — состояние больного тяжелое, положение пассивное, сопор. Множественная полиморфная сыпь: розовая пятнисто-папулезная, в центре отдельных элементов везикулы, больше на лобке, в центре

других элементов геморрагии с некрозами до 10 мм, преимущественно на нижних конечностях. Менингеальные симптомы: Кернига положительный, ригидность затылочных мышц до 5–6 см. Выполнена спинномозговая пункция: ликвор прозрачный, вытекающий струей под большим давлением. В общем анализе: ликвор слабо мутный, реакция щелочная, 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, предположительно, энтеровирусной этиологии. Проведено ультразвуковое обследование: в брюшной полости незначительное количество свободной жидкости, в плевральной полости справа около 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. Пациент переведен на ИВА. 17.08.2024 принято решение о транспортировке пациента в Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» с диагнозом: «Сепсис. Острый менингит неуточненной этиологии. Двусторонняя пневмония, тяжелая форма. Двусторонний гидроторакс. ДН 2-й степени. ИТШ (купирован). ДВС-синдром». В результате комплексного обследования выявлены АТ к *Y. enterocolitica*: 1 : 80 (3+). На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика. 30.08.2024 ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Результаты. Представленный клинический случай подчеркивает сложность своевременной диагностики кишечного иерсиниоза из-за поражения различных органов и систем, многообразия клинических проявлений.

Заключение. Необходимо более широкое информирование врачей различных специальностей о возможных вариантах течения данного заболевания.