

**УДК 616.98-053.5-071.1**

**Е. А. Костылева, Е. Д. Водопьянова, К. А. Костылев, А. А. Чомаева**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Г. Баум*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России  
г. Краснодар, Россия*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАИНТЕСИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ**

### ***Введение***

Иерсиниоз, вызываемый бактериями *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis*, представляет собой зоонозную инфекцию с фекально-оральным механизмом передачи и выраженным клиническим полиморфизмом. Это заболевание является серьезной проблемой во многих регионах Российской Федерации. Показатели заболеваемости распределены неравномерно: в северных регионах они могут достигать 50–150 и более случаев на 100 000 детей, в то время как на юге России, куда входит Краснодарский край, эти показатели значительно ниже и составляют от 6 до 10 случаев на 100 000 детей [1]. Однако, по мнению экспертов, истинная распространенность может быть значительно выше официальных данных из-за трудностей с клинической диагностикой.

Диагностика иерсиниоза у детей объективно затруднена из-за сходства его симптомов с симптомами ряда других заболеваний. Он может манифестирувать в виде гастроэнтероколита, псевдоаппендицита, мезентериального лимфаденита, гепатита, а также проявляться в виде скарлатиноподобной сыпи или артрита [2]. Это приводит к длительным обследованиям у инфекционистов, гастроэнтерологов, хирургов и ревматологов, а постановка правильного диагноза откладывается. Основой для постановки диагноза является комплекс лабораторных методов, включая серологические тесты (ИФА, RHA), которые позволяют выявлять специфические антитела, и молекулярно-генетические методы (ПЦР), которые направлены на выявление ДНК возбудителя. Бактериологический посев остается «золотым стандартом», однако он характеризуется низкой чувствительностью и требует длительного времени.

### ***Цель***

Описать и проанализировать сложный клинический случай иерсиниоза у ребенка 14 лет, проходившего лечение в ГБУЗ «СКДИБ» г. Краснодара.

### ***Материал и методы исследования***

Анализ медицинской документации пациента А. 14 лет, проходившего лечение в ГБУЗ «СКДИБ» г. Краснодара. Из медицинской документации получены результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики, а также диагностические данные и результаты обследования у профильных специалистов.

### ***Результаты исследования и обсуждение***

Мальчик, 14 лет, поступил в стационар в 28.07.2025 г., с жалобами на повышение температуры до 38,4°C, слабость, вялость, утомляемость, мелкоточечная сыпь на верхних конечностях.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне хронической герпетической инфекции вне обострения. Роды срочные, без особенностей.

Развивался по возрасту. Вакцинирован согласно национальному календарю по графику. Простудными заболеваниями болеет 3–4 раза в год.

Из анамнеза заболевания известно, что у ребенка периодически с ноября 2024 года отмечалась субфебрильная лихорадка, необильная мелкоточечная сыпь, локализующаяся преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей, сыпь эфимерная (то появлялась, то исчезала). 01.07.25 у ребенка также отмечалось повышение температуры до 37,8°C, слабость, недомогание, высыпания на нижних конечностях, боли в правой подвздошной области, жидкий стул до 3–4 раз без патологических примесей. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, ребенок стал посещать общеобразовательную школу.

Три недели спустя, у ребенка появились боли в лучезапястном, локтевом суставах, мелкоточечная сыпь. Обратились за медицинской помощью в ГБУЗ «СКДИБ» г. Краснодар, где в приемном отделении был выставлен диагноз – В34.9 Вирусная инфекция неуточненная. Аллергический дерматит.

Для верификации диагноза был применен комплекс лабораторно-инструментальных методов. В общеклиническом анализе крови отмечалось умеренное повышение уровня лимфоцитов ( $3,1 \times 10^9/\text{л}$ ), а в дальнейшем – значительное повышение уровня моноцитов ( $0,98 \times 10^9/\text{л}$ ). В биохимическом анализе крови уровень аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) находился в пределах нормы (АСТ - 20,2 Ед/л, АЛТ - 21,4 Ед/л), однако на УЗИ отмечались гепатомегалия и реактивные изменения печени. Уровень С-реактивного белка был умеренно повышен (4,8 мг/л). Коагулограмма характеризовалась признаками гипокоагуляции: снижение уровня фибриногена (1,9 г/л) и увеличение активированного частичного тромбопластинового времени (40,1). В общем анализе мочи и пробе Нечипоренко было зафиксировано повышенное содержание лейкоцитов (1500/мл) и эритроцитов (500/мл), а также значительное количество солей и слизи, что указывает на вовлечение в патологический процесс органов мочевыделительной системы.

Учитывая характер сыпи, в ходе обследования была исключена этиологическая роль кори, краснухи, токсоплазмоза, ЦМВ, ВЭБ, ВПГ 1/2, иерсиниоза О3, псевдотуберкулеза, гельминтозов и кишечных инфекций.

Серологически была подтверждена иерсиниозная инфекция (*Yersinia enterocolitica* О9): значительный рост титра антител в РПГА с иерсиниозным диагностиком с 1:800 до 1:1600 в динамике. У ребенка была выявлена сопутствующая инфекция вируса герпеса 6 типа (ВПГ-6).

На основании анамнестических, клинических и лабораторных данных у пациента была диагностирована экстраинтестинальная форма иерсиниоза (А28.2), протекающего с сопутствующей инфекцией ВПГ-6.

На фоне проводимой антибактериальной, симптоматической терапии наблюдалась положительная динамика, и ребенок был выписан на 8-е сутки с улучшением в удовлетворительном состоянии, под наблюдением врача-инфекциониста, врача-педиатра.

### **Выводы**

Описанный клинический случай наглядно демонстрирует трудности диагностики иерсиниоза, которые связаны с полиморфизмом клинической картины, имитирующей широкий спектр заболеваний. Для своевременной верификации диагноза необходим комплексный подход с обязательным использованием современных лабораторных методов. Наибольшую диагностическую ценность имеет сочетание серологических (ИФА, РНГА) и молекулярно-генетических (ПЦР) исследований. Даже в регионах с относительно низкими официальными показателями заболеваемости, таких как Краснодарский

край, иерсиниоз следует включать в дифференциальную диагностику детей с лихорадкой, интоксикацией, абдоминальным синдромом, поражением печени и суставов, а также полиморфными кожными высыпаниями.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эпидемиологическая обстановка по природно-очаговым инфекционным болезням в Южном и Северо-Кавказском федеральных округах в 2022 г. : аналитический обзор / авт.-сост. А. Н. Куличенко, О. В. Малецкая, Д. А. Прислегина, В. В. Махова, Т. В. Таран, Н. Ф. Василенко, Е. А. Манин, У. М. Ашибиков, Д. В. Ульшина. – Ставрополь, 2023. – 104 с.
2. Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1104 с.

УДК 579.61:616.716.1/4-002.3

**А. Р. Крук, Н. А. Гущин**

*Научный руководитель: старший преподаватель А. А. Козырева,  
к.м.н., доцент Н. Э. Колчанова*

*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

### ***Введение***

Одонтогенный остеомиелит – это гнойно-некротический инфекционный воспалительный процесс, развивающийся в костной ткани и костном мозге челюстных костей, а также в окружающих их мягких тканях, на фоне снижения иммунной реактивности организма, повышения вирулентности условно патогенной одонтогенной микрофлоры, нарушения микроциркуляции, нейрогуморальной регуляции и повышения сенсибилизации организма. Это одно из самых неоднозначных и грозных заболеваний из всех гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Согласно литературным данным, среди микрофлоры остеомиелитических гнойных очагов чаще встречаются стафилококки, стрептококки и другие кокки, возможны ассоциации с палочковидными формами бактерий и анаэробной флорой [1, 2].

В зависимости от характера микрофлоры, иммунобиологического состояния и индивидуальных особенностей организма инфекционный процесс в костной ткани челюстей может носить как очаговый, так и диффузный характер. Снижение качества жизни пациентов с одонтогенным остеомиелитом определяет необходимость более глубокого изучения этиологии и патогенеза данного заболевания [3].

### ***Цель***

Изучить характер патогенной микрофлоры, выделенной из раневого экссудата у пациентов с одонтогенным остеомиелитом челюстей.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в течение 2023 года с диагнозом одонтогенный остеомиелит челюсти (К10.21). При анализе данных учитывали результаты микробиологического исследования, чувствительность выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам.