

показателями трансаминаз.

3. Нежелательные явления в виде токсического неврита зрительных нервов у пациента №3 предположительно связаны с приемом линезолида.

Бедаквилин, линезолид, претоманид продемонстрировали свою эффективность в лечении. В тоже время, препараты вызывают различные нежелательные явления. Прежде чем рекомендовать данные схемы для глобального использования, необходимы масштабные исследования, чтобы окончательно подтвердить их безопасность использования.

Список литературы:

1. Борисов С.Е. Бедаквилин — новый противотуберкулезный препарат / С.Е.Борисов, Д.А.Иванова // Туберкулез и социально значимые заболевания. - 2014. - № 1–2. - С. 44–51

2. Кислицына О.Г. Новые лекарственные препараты и режимы химиотерапии в лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза / О.Г.Кислицына, П. И. Угодникова // Актуальные проблемы туберкулеза. – 2019. – С. 64-67

3. Наумов А.Г. Стратегия борьбы с лекарственно-устойчивым туберкулезом: перспективные режимы химиотерапии (обзор литературы) / А.Г. НАУМОВ, А.В. Павлушин // Вестник новых медицинских технологий. – 2019. – Т.13. - №5. – С.57-65

4. Приказ МЗ РФ №951 от 29 декабря 2014 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания» [Электронный ресурс] // Гарант.ру. [сайт]. [2020]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70749840/> Дата доступа 15.02.2020

УДК 616.9-22.7:616.3-05

**Гоманова Л.И., Сытая Ю.С., Каншина Н.Н.
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО
ЛИМФАДЕНИТА ИЕРСИНИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Кафедра инфекционных болезней
Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова
Москва, Российская Федерация

**Gomanova L.I., Sytaya J.S., Kanshina N.N.
DESCRIPTION OF CLINICAL CASE OF MESENTERIAL
LYMPHADENITIS OF YERSINIOSIS ETHIOLOGY**

Department of infectious diseases
First Moscow I.M. Sechenov State Medical University
Moscow, Russian Federation

E-mail: gomanov@list.ru

Аннотация. В статье представлен клинический случай абдоминальной формы иерсиниоза с вариантом течения – мезентериальный лимфаденит, который имитировал симптоматику острого аппендицита. Описаны ключевые аспекты эпидемиологии, клинической картины и диагностики кишечного иерсиниоза.

Annotation. The article presents a clinical case of abdominal form of yersiniosis with mesenteric lymphadenitis, which imitated the symptoms of acute appendicitis. We described the key aspects of epidemiology, clinical manifestations and diagnostics of intestinal yersiniosis.

Ключевые слова: кишечный иерсиниоз, мезентериальный лимфаденит, эпидемиология, клинические симптомы, диагностика

Key words: intestinal yersiniosis, mesenteric lymphadenitis, epidemiology, clinical symptoms, diagnostics.

Введение

Кишечный иерсиниоз занимает третье место после сальмонеллеза и кампилобактериоза среди кишечных инфекций. По данным Роспотребнадзора в РФ ежегодно регистрируется около 2500 случаев заболеваемости. Наиболее сложная эпидемиологическая ситуация находится в Сибирском, Северо-Западном и Центральном Федеральном Округах [1, 3]. Абдоминальная форма иерсиниоза встречается в 3,5-10% всех случаев иерсиниоза, причем из них на мезентериальный лимфаденит приходится 13% [4]. Кишечный иерсиниоз – сапрозооантропонозное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое патогенной для человека *Yersinia enterocolitica*, грамотрицательной бактерией, имеющей 31 серотип. Большинство изолятов относится к серотипам 03 и 09, причем серовары 03 имеют большую энтеротоксичность, а 09 большую инвазивность. К характерным чертам иерсиниоза относится специфичность эпидемиологического анамнеза: употребление свежих овощей и фруктов с загрязненной почвы, молочной продукции и мясных продуктов. Почва является основным резервуаром инфекции, что приводит к сохранению и накоплению возбудителя. Данный факт обуславливает зимне-весеннюю сезонность заболевания, когда происходит реализация продукции из овощехранилищ [2]. Кишечный иерсиниоз характеризуется полиморфизмом клинических проявлений: интоксикацией, лихорадкой, поражением желудочно-кишечного тракта, кожи, опорно-двигательного аппарата и других органов, обладает склонностью к обострениям, рецидивам и хронизации процесса. Полиморфность клинической симптоматики, трудности ранней диагностики приводят к развитию вторично-очаговых, а иногда генерализованных форм инфекции, особенно у детей раннего возраста и у лиц с иммуносупрессией. Одной из распространенных проблем в диагностике кишечного иерсиниоза, в частности таких вариантов

течения как терминальный илеит и/или мезентериальный лимфаденит, является имитация симптомов острого аппендицита [4]. Лабораторная и инструментальная диагностика позволяют выявить возбудителя и исключить патологию со стороны аппендикса, что позволяет предотвратить необоснованную интраабдоминальную хирургическую операцию.

Цель исследования – описание клинического случая абдоминальной формы кишечного иерсиниоза с вариантом течения – мезентериальный лимфаденит, который имитировал симптоматику острого аппендицита. Описание ключевых аспектов эпидемиологии, клинической картины и диагностики кишечного иерсиниоза.

Материалы и методы исследования

Больная К. 18 лет, заболела остро. Из эпидемиологического анамнеза известно, что часто употребляет салаты из свежих овощей. Впервые отметила повышение температуры до 39°C, слабость 11 декабря 2019. Через 2 дня появились ноющая боль в нижних отделах живота, жидкий стул до 10 раз в сутки и рвота съеденной пищей. 14 декабря с усилением болей в животе, с сохраняющейся лихорадкой была госпитализирована с подозрением на острый аппендицит, острую кишечную инфекцию неустановленной этиологии в ХБО ИКБ №2 г. Москвы. При поступлении обращали на себя температура 39°C; боли в правой половине живота; жидкий стул зеленого цвета до 10 раз в сутки; умеренно болезненный живот по ходу толстой кишки. Была назначена консультация хирурга. При осмотре хирургом пальпировалась болезненная спазмированная слепая кишка, наблюдался положительный симптом Падалки. Симптомы Воскресенского, Ровзинга, Ситковского, Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга были отрицательные. При ректальном исследовании (perrectum) – сфинктер тоничен, патологических образований на высоте пальца не определялось, в ампульном отделе прямой кишки наблюдался скудный жидкий стул желто-зеленого цвета без примесей крови.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентке был назначен ряд лабораторных и инструментальных исследований для проведения дифференциально-диагностического поиска. Общий анализ крови: гемоглобин-94 г/л; эритроциты- $4,69 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты- $21,5 \times 10^9$ /л; п/я-16%; с/я-71%; эозинофилы-4%; моноциты-4%; лимфоциты-5%; тромбоциты- 236×10^9 /л; СОЭ-17мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин-71,0 мкмоль/л; АЛТ-41,4 Ед/л; АСТ-29,5 Ед/л; α -амилаза-34,6 Ед/л; общий билирубин-18,2ммоль/л. Проведена ПЦР диагностика кала с выявлением ДНК *Yersiniaenterocolitica*. При проведении РПГА с сальмонеллезным, дизентерийным, иерсиниозным, псевдотуберкулезным, Vi-диагностикумами обнаружены антитела к *Yersiniaenterocolitica* 1:800. Проведено УЗИ органов брюшной полости, в результате которого выявлены множественные увеличенные и диффузно измененные мезентериальные и подвздошные лимфоузлы. Увеличение печени, селезенки не наблюдалось, патологии со стороны поджелудочной железы и желчного пузыря не выявлено. Данные за

острый аппендицит отсутствуют. Острой гинекологической патологии не выявлено. Дополнительно было проведено УЗИ лимфатических узлов (одна анатомическая зона): конгломерат мезентериальных лимфоузлов справа размерами до 23 мм с утолщенным корковым слоем, эхо-признаки мезаденита.

На основании острого начала заболевания, синдромов интоксикации и гастроэнтерита, псевдоаппендикулярной симптоматики (сильные боли в правой половине живота), «+» симптома Падалки, результатов УЗИ и ПЦР (обнаружение в кале ДНК *Yersinia enterocolitica*) больной был диагностирован иерсиниоз, абдоминальная форма, мезентериальный лимфаденит. Исключен острый аппендицит. Пациентке была назначена антибактериальная терапия с положительной динамикой: цефтриаксон внутримышечно по 1,0 г 2 раза в сутки и ципрофлоксацин внутрь по 500 мг 2 раза в сутки. Дополнительно была проведена инфузионная и спазмолитическая терапия, также применялись такие лекарственные препараты как аципол, смекта и омепразол.

Выводы:

1. Полиморфность клинической картины кишечного иерсиниоза должна заставлять не только врачей-инфекционистов, но и врачей смежных специальностей уделять пристальное внимание вопросам изучения эпидемиологического анамнеза пациента, анамнеза жизни и анамнеза заболевания.

2. В 13% случаев при абдоминальной форме иерсиниозов наблюдается картина мезентериального лимфаденита, которая может имитировать аппендикулярную симптоматику. Решающую роль в постановке диагноза играет лабораторная диагностика, УЗИ органов брюшной полости.

3. Своевременная антибактериальная терапия позволяет предотвратить генерализацию кишечного иерсиниоза и избежать развитие осложнений.

Список литературы:

1. Эпидемиологический надзор и профилактика псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. – С. 52

2. Ценева Г.Я. Иерсиниозы: распространенность, основные направления профилактики как базовый компонент охраны здоровья населения / Г.Я. Ценева, О.А. Бургасова, Н.Д. Ющук, Е.Ю. Смирнова // Здоровье населения и среда обитания. – 2010. – Т.213. – №12. – С. 8-11

3. Чеснокова М.В. Анализ эпидемиологической ситуации по псевдотуберкулезу и кишечному иерсиниозу в России и прогноз заболеваемости на среднесрочную перспективу / М.В. Чеснокова, В.Т. Климов, А.Я. Никитин, М.Б. Ярыгина, Т.И. Иннокентьева, С.В. Балахонов // Здоровье населения и среда обитания. – 2018. – Т.306. – №9. – С. 59-63

4. Jung J.Y. The prevalence of *Yersinia* infection in adult patients with acute right lower quadrant pain / J.Y. Jung, Y.S. Park, D.H. Baek, J.H. Choi, Y.J. Jo, S.H. Kim, B.K. Son, J.D. Chae, D.H. Kim, Y.Y. Jung // Korean J Gastroenterol. – 2011. – Т.57. – №1. – Р. 14-18