

achalasia: Late results of a prospective follow up investigation. *Gut*. 2004; 53: 629–633.

8. *Tannuri AC, Tannuri U, Velhote MC, Romao RL*. Laparoscopic extended cardiomyotomy in children: an effective procedure for the treatment of esophageal achalasia. *J. Pediatr. Surg*. 2010; 45: 1463–1466.

9. *Esposito C, Riccipetitoni G, Chiarenza SF, Roberti A, Vella C, Alicchio F, Fava G, Escolino M, De Pascale T, Settini A*. Long-term results of laparoscopic treatment of esophageal achalasia in children: a multicentric survey. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A*. 2013; 23: 955–959.

10. *Franklin AL, Petrosyan M, Kane TD*. Childhood achalasia: a comprehensive review of disease, diagnosis and therapeutic management. *World J. Gastrointest. Endosc.* 2014; 6: 105–111.

11. *Esposito C, Mendoza-Sagaon M, Roblot-Maigret B, Amici G, Desruelle P, Montupet P*. Complications of laparoscopic treatment of esophageal achalasia in children. *J. Pediatr. Surg*. 2000; 35: 680–683.

12. *Boeckstaens GE, Annese V, des Varannes SB, Chaussade S, Costantini M, Cuttitta A, Elizalde JI, Fumagalli U, Gaudric M, Rohof WO, Smout AJ, Tack J, Zwinderman AH, Zaninotto G, Busch OR*. European Achalasia Trial Investigators. Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia. *N. Engl. J. Med.* 2011; 364: 1807–1816.

13. *Shiwaku H, Inoue H, Beppu R, Nakashima R, Minami H, Shiroshta T, Yamauchi Y, Hoshino S, Yamashita Y*. Successful treatment of diffuse esophageal spasm by peroral endoscopic myotomy. *Gastrointest. Endosc.* 2013; 77: 149–150.

14. *Inoue H, Sato H, Ikeda H, Onimaru M, Sato C, Minami H, Yokomichi H, Kobayashi Y, Grimes KL, Kudo SE*. Per-oral endoscopic myotomy: A series of 500 patients. *J. Am. Coll. Surg*. 2015; 221: 256–264.

15. *Ramchandani M, Nageshwar Reddy D, Darisetty S, Kotla R, Chavan R, Kalpala R, Galasso D, Lakhtakia S, Rao GV*. Peroral endoscopic myotomy for achalasia cardia: Treatment analysis and follow up of over 200 consecutive patients at a single center. *Dig. Endosc.* 2016; 28: 19–26.

16. *Caldaro T, Familiari P, Romeo EF, Gigante G, Marchese M, Contini AC, Federici di Abriola G, Cucchiara S, De Angelis P, Torroni F, Dall'Oglio L, Costamagna G*. Treatment of esophageal achalasia in children: Today and tomorrow. *J. Pediatr. Surg*. 2015; 50: 726–730.

17. *Tan Y, Zhu H, Li C, Chu Y, Huo J, Liu D*. Comparison of peroral endoscopic myotomy and endoscopic balloon dilation

for primary treatment of pediatric achalasia. *J. Pediatr. Surg*. 2016; 51: 1613–1618.

18. *Maselli R, Inoue H, Misawa M, Ikeda H, Hosoya T, Onimaru M, Yoshida A, Eleftheriadis N, Suzuki K, Kudo S*. Peroral endoscopic myotomy (POEM) in a 3-year-old girl with severe growth retardation, achalasia, and Down syndrome. *Endoscopy*. 2012; 44 (Suppl. 2 UCTN): 285–287.

19. *Familiari P, Marchese M, Gigante G, Boskoski I, Tringali A, Perri V, Costamagna G*. Peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia in children. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2013; 57: 794–797.

20. *Королев М.П., Федотов Л.Е., Оглоблин А.Л., Копяков А.Л., Мамедов Ш.Д., Федотов Б.Л., Баранов Д.Г.* Первая в России пероральная эндоскопическая миотомия при лечении ахалазии кардии у ребенка. *Педиатр*. 2017; 8: 94–98.

21. *Chen WF, Li QL, Zhou PH, Yao LQ, Xu MD, Zhang YQ, Zhong YS, Ma LL, Qin WZ, Hu JW, Cai MY, He MJ, Cui Z*. Long-term outcomes of peroral endoscopic myotomy for achalasia in pediatric patients: a prospective, single-center study. *Gastrointest. Endosc.* 2015; 81: 91–100.

22. *Li C, Tan Y, Wang X, Liu D*. Peroral endoscopic myotomy for treatment of achalasia in children and adolescents. *J. Pediatr. Surg*. 2015; 50: 201–205.

23. *Nabi Z, Ramchandani M, Reddy DN, Darisetty S, Kotla R, Kalapala R, Chavan R*. Per Oral Endoscopic Myotomy in Children with Achalasia Cardia. *J. Neurogastroenterol. Motil.* 2016; 22: 613–619.

24. *Yamashita K, Shiwaku H, Hirose R, Kai H, Nakashima R, Kato D, Beppu R, Takeno S, Sasaki T, Nimura S, Iwasaki A, Inoue H, Yamashita Y*. Long-term outcome of peroral endoscopic myotomy for achalasia treatment in a 9-year-old female patient. *Asian J. Endosc. Surg.* 2016 Nov; 9: 332–335.

25. *Nabi Z, Ramchandani M, Chavan R, Tandan M, Kalapala R, Darisetty S, Reddy DN*. Peroral Endoscopic Myotomy in Children: First Experience With a New Triangular Knife. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2018 Jan; 66: 43–47.

26. *Kurian AA, Dunst CM, Sharata A, Bhayani NH, Reavis KM, Swanström LL*. Peroral endoscopic esophageal myotomy: defining the learning curve. *Gastrointest. Endosc.* 2013; 77: 719–725.

27. *Patel KS, Calixte R, Modayil RJ, Friedel D, Brathwaite CE, Stavropoulos SN*. The light at the end of the tunnel: a singleoperator learning curve analysis for per oral endoscopic myotomy. *Gastrointest. Endosc.* 2015; 81: 1181–1187.

© Коллектив авторов, 2018

DOI: 10.24110/0031-403X-2019-98-6-250-254
<https://doi.org/10.24110/0031-403X-2019-98-6-250-254>

С.М. Батаев^{1,2}, Л.Р. Хабибуллина¹, Н.Т. Зурбаев^{1,2}, Р.О. Игнатъев^{1,2}, М.В. Афаунов^{1,2},
 М.В. Попова², Е.В. Грушицкая², О.Б. Ковалев^{2,3}, А.С. Батаев¹

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

¹Научно-исследовательский центр клинической хирургии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,
²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского» ДЗМ (главный врач — д.м.н., проф.
 А.А. Корсунский), ³ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет
 им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва, РФ

Контактная информация:

Батаев Саидхасан Магомедович — д.м.н., главный научный сотрудник НИИ клинической хирургии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
 Адрес: Россия, 123317, г. Москва, Шмитовский проезд, 29
 Тел.: (499) 259-62-75, E-mail: khassan-2@yandex.ru
 Статья поступила 24.12.18, принята к печати 20.11.19.

Contact Information:

Bataev Saidhasan Magomedovich — MD., chief researcher of Scientific Research Center of Clinical Surgery, Pirogov Russian National Research Medical University
 Address: Russia, 123317, Moscow, Shmitovsky passage, 29
 Tel.: (499) 259-62-75, E-mail: khassan-2@yandex.ru
 Received on Dec. 24, 2018, submitted for publication on Nov. 20, 2019



В статье приведена тактика лечения пациента с нетипичной клинической картиной кишечного иерсиниоза. Мальчик 16 лет поступил в экстренном порядке с клинической картиной острого аппендицита (ОА). При поступлении проявлений инфекционных заболеваний выявлено не было. С подозрением на деструктивную форму ОА была выполнена лапароскопия, на которой обнаружены конгломерат кишечных петель с сальником и увеличение регионарных лимфатических узлов, что было расценено как неопластический процесс или лейомиома. Выполнены конверсия доступа и резекция илеоцекального отдела кишечника с удалением регионарных лимфатических узлов и наложением инвагинационного илеоасцендоанастомоза по Я.Д. Витебскому. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок выписан на 22-е сутки в удовлетворительном состоянии. Морфологическое и иммуногистохимическое исследования показали эрозивно-язвенный илеотифлит с выраженной гиперплазией групповых лимфоидных фолликулов с формированием гистиоцитарных гранулем, что в большей степени соответствовало кишечному иерсиниозу. В катamnестическом наблюдении спустя 4 месяца состояние ребенка удовлетворительное, жалоб нет. Разнообразие клинических проявлений и сходство с другими заболеваниями вызывают трудности в диагностике и лечении пациентов с иерсиниозной инфекцией, о которой следует помнить детским хирургам и педиатрам.

Ключевые слова: кишечный иерсиниоз, псевдотуберкулез, резекция илеоцекального отдела кишечника, илеоасцендоанастомоз по Я.Д. Витебскому, дети.

Цит.: С.М. Батаев, Л.Р. Хабибуллина, Н.Т. Зурбаев, Р.О. Игнатьев, М.В. Афаунов, М.В. Попова, Е.В. Грушицкая, О.Б. Ковалев, А.С. Батаев. Хирургические аспекты иерсиниозной инфекции у детей: клиническое наблюдение. *Педиатрия*. 2019; 98 (6): 250–254.

S.M. Bataev^{1,2}, L.R. Khabibullina¹, N.T. Zurbaev^{1,2}, R.O. Ignatyev^{1,2}, M.V. Afaunov^{1,2},
M.V. Popova², E.V. Grushitskaya^{2,3}, O.B. Kovalev^{2,3}, A.S. Bataev¹

SURGICAL ASPECTS OF *YERSINIA* INFECTION IN CHILDREN: A CLINICAL OBSERVATION

¹Scientific Research Center of Clinical Surgery, Pirogov Russian National Research Medical University;

²G.N. Speransky City Children's Hospital № 9 (head physician – MD, prof. A.A. Korsunsky);

³Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

The article describes the tactics of treating a patient with an atypical clinical picture of intestinal yersiniosis. A 16-year-old boy entered on an emergency basis with the clinical picture of acute appendicitis (AA). At admission there were no manifestations of infectious diseases. With suspicion of AA destructive form, laparoscopy was performed, that revealed a conglomerate of intestinal loops with an omentum and an increase in regional lymph nodes, which was regarded as a neoplastic process or leiomyoma. Access conversion and resection of intestine ileocecal section with the removal of regional lymph nodes and the application of invagination ileoascendoanastomosis according to the method of Ya.D. Vitebskiy. The postoperative period passed without complications. The child was discharged on the 22nd day in a satisfactory condition. Morphological and immunohistochemical studies showed erosive ulcerative ileotiflitis with severe hyperplasia of group lymphoid follicles with the formation of histiocytic granulomas, which was more consistent with intestinal yersiniosis. In the follow-up observation, after 4 months, the child's condition is satisfactory, without complaints. A variety of clinical manifestations and similarities with other diseases causes difficulties in the diagnosis and treatment of patients with yersiniosis infection, which should be considered by pediatric surgeons and pediatricians.

Keywords: intestinal yersiniosis, pseudotuberculosis, resection of intestine ileocecal section, ileoascendoanastomosis according to the method of Ya.D. Vitebskiy.

Quote: S.M. Bataev, L.R. Khabibullina, N.T. Zurbaev, R.O. Ignatyev, M.V. Afaunov, M.V. Popova, E.V. Grushitskaya, O.B. Kovalev, A.S. Bataev. *Surgical aspects of Yersinia infection in children: a clinical observation. PEDIATRIA*. 2019; 98 (6): 250–254.

Иерсиниозная инфекция – повсеместно распространенная инфекция, представляет собой два варианта заболевания: псевдотуберкулез (или экстраинтестинальный иерсиниоз), вызываемый *Yersinia pseudotuberculosis*, и кишечный иерсиниоз, возбудителем которого является *Yersinia enterocolitica*. Данные возбудители относятся к семейству *Enterobacteriaceae* рода *Yersinia* [1].

Источником данных заболеваний являются, как правило, дикие и домашние животные. Заражение

происходит алиментарным путем, но возможен контактный и аэрогенный пути. Важно отметить, что роль человека как источника псевдотуберкулеза остается недоказанной. Восприимчивость к иерсиниозам всеобщая [1, 2].

Данные заболевания характеризуются полиморфизмом клинических проявлений с вовлечением различных органов и систем. В некоторых случаях встречаются клинические манифестации, которые имитируют хирургические заболевания, либо имеют

хирургические осложнения [2]. Ниже представленное сообщение демонстрирует проявления кишечного иерсиниоза, потребовавшие выполнения хирургического вмешательства.

Пациент Г., 16 лет поступил в ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского в экстренном порядке с жалобами на боли в животе постоянного характера, повышение температуры тела до 38,5 °С. Из анамнеза известно, что боли в животе беспокоили ребенка около суток, тошноты и рвоты не было, в день поступления отмечался оформленный стул. Пациент отрицал наличие хронических заболеваний, за последний год не выезжал из страны. На момент поступления состояние средней тяжести, при осмотре отсутствовали признаки инфекционных заболеваний: кожные покровы чистые от сыпи, сердечно-сосудистая система стабильна, костно-суставная система без видимой патологии.

В анализе периферической крови: лейкоциты 11,14 тыс/мкл, нейтрофилы 60,5%, лимфоциты 30,3%, моноциты 5,8%, эозинофилы 2,8%, базофилы 0,6%, СОЭ не исследовалась. Ультразвуковое исследование брюшной полости выявило свободную жидкость в правом латеральном канале до 12 мм, в этой же проекции визуализировались увеличенные лимфатические узлы овальной формы размерами до 12,6 мм и образование сложной акустической структуры, состоящее из слепой кишки и петель подвздошной кишки. Стенки кишечных петель инфильтрированы и утолщены до 8 мм, перистальтика в них отсутствовала. В центре этого конгломерата визуализировалось аперистальтическое образование тубулярной формы, диаметром 8,8 мм с толщиной стенок до 2,4 мм и окутанное прядью сальника. В режиме доплерографии отмечалось локальное усиление кровотока в этой области. Были сформулированы показания к экстренной диагностической лапароскопии с подозрением на деструктивную форму острого аппендицита (ОА).

Интраоперационно: в правой подвздошной области, включая латеральный канал, определялось крупное (до 15x15x10 см) объемное образование, плотное при инструментальной пальпации. Выявленные находки в виде конгломерата кишечных петель, сальника и отсутствие визуализации червеобразного отростка явились показанием для мобилизации илеоцекального угла. После мобилизации выяснилось, что тубулярная структура, расцененная ранее как червеобразный отросток, оказалась ригидной стенкой подвздошной кишки. Дальнейшая лапароскопическая ревизия оказалась неэффективной, в связи с чем была выполнена конверсия доступа.

Выполнена лапаротомия по Волковичу–Дьякову, в рану выведен конгломерат, состоящий из слепой кишки и червеобразного отростка, хрящевидной плотности, размерами 10x7 см. Ревизия конгломерата показала, что данное образование не являлось аппендикулярной природы (рис. 1). Возникло подозрение на неопластический процесс или лейомиому илеоцекального отдела кишечника, в связи с чем выполнена резекция илеоцекального угла в пределах здоровой кишки с удалением увеличенных до 2 см регионарных лимфатических узлов. Был сформирован инвагинационный илеоасцендоанастомоз конец в бок по Я.Д.

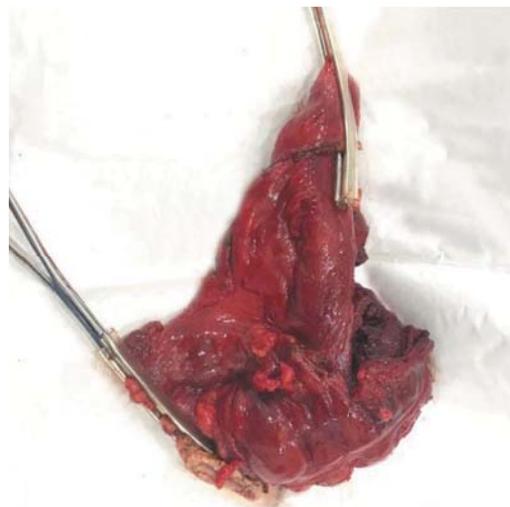


Рис. 1. Макропрепарат резецированного конгломерата, состоящего из подвздошной и слепой кишки с червеобразным отростком, извлеченного в ходе оперативного вмешательства у наблюдаемого пациента.

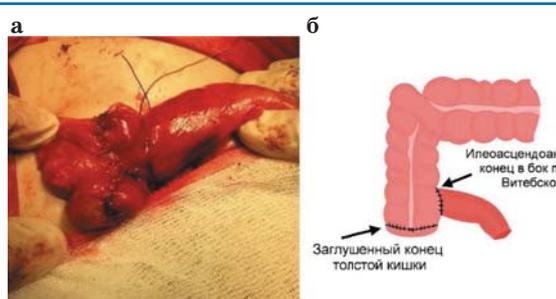


Рис. 2. Интраоперационная картина (а) и схема (б) сформированного инвагинационного илеоасцендоанастомоза конец в бок по Я.Д. Витебскому в ходе оперативного вмешательства у наблюдаемого пациента.

Витебскому (рис. 2). Операция была завершена дренированием брюшной полости по Генералову.

Послеоперационный период протекал без осложнений, энтеральную нагрузку пациент получал с 1-х суток, стул отмечался на 4-е послеоперационные сутки. В раннем послеоперационном периоде отмечалось увеличение СОЭ (до 46 мм/ч), повышение С-реактивного белка (до 35,3 мг/л). Уровень прокальцитонина был в пределах нормы (<0,05 нг/мл).

При биопсийном исследовании был диагностирован язвенный колит с наличием неспецифических гигантоклеточных гранул (рис. 3). Трансмуральное распространение и продуктивный характер воспалительного инфильтрата с наличием признаков фиброза и гиалиноза кишечной стенки (рис. 4) свидетельствовали о высокой активности колита и давности заболевания не менее 10–14 дней. Гистологическая картина требовала дифференциального диагноза между болезнью Крона и воспалительными гранулематозными заболеваниями кишечника (иерсиниоз, туберкулез, токсоплазмоз).

Для исключения лимфопролиферативного заболевания (лимфогранулематоз, лимфома) материал был направлен на иммуногистохимическое исследование, которое не выявило признаков неопластического процесса. Результат трактовался как эрозивно-язвенный илеотифлит с выраженной гиперплазией груп-

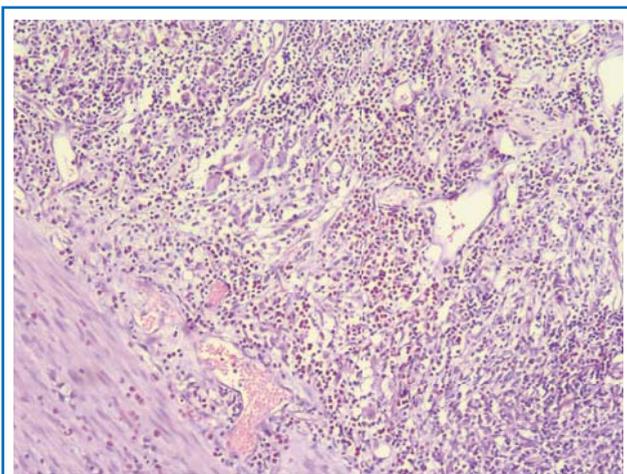


Рис. 3. Гистологическое исследование стенки кишки: неспецифическая гранулема с гигантскими многоядерными клетками среди воспалительной инфильтрации стенки кишки.
Ув. 100, окраска гематоксилином и эозином.

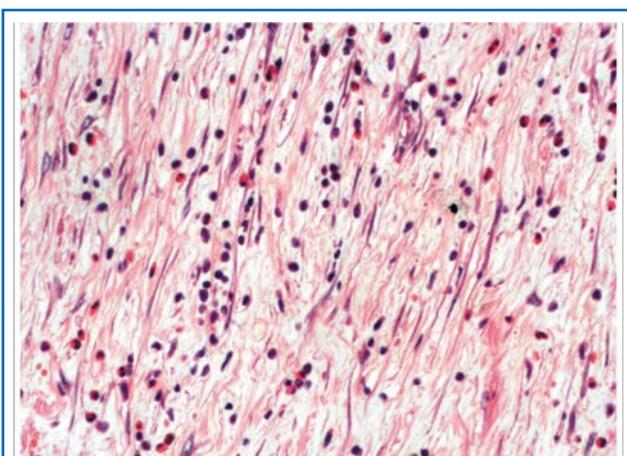


Рис. 4. Гистологическое исследование стенки кишки: воспалительный инфильтрат, очаговый склероз и гиалиноз стенки кишки.
Ув. 100, окраска гематоксилином и эозином.

повых лимфоидных фолликулов и формированием гистиоцитарных гранулем, что с высокой степенью вероятности характерно для иерсиниоза.

Решением консилиума в составе детских хирургов, клинических фармакологов и инфекционистов было принято решение о продолжении антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия, активными в отношении *Y. pseudotuberculosis* и *Y. enterocolitica*, инфузионной и противовоспалительной терапии. В наш клинический поиск также входило проведение пробы Манту и диаскин-теста для исключения туберкулеза кишечника. Результаты оказались отрицательными. Исследование крови методом реакции прямой гемагглютинации (далее в тексте РПГА) с иерсиниозными О:3 и О:9 и псевдотуберкулезными диагностикумами, а также исследование сыворотки крови на токсоплазмоз также показало отрицательный результат. На основании морфологического исследования и иммуногистохимического анализа нами был сформулирован диагноз кишечный иерсиниоз. Послеоперационное течение гладкое. На фоне комплексной терапии (в т.ч. антибактериальной терапии – курс 21 день) купированы проявления гуморальной активности: пациент перестал лихора-

дить, нормализовались показатели СРБ. Пациент был выписан из стационара после проведения всего комплекса антибактериальной терапии на 22-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Катамнестическое обследование проведено через 4 месяца со дня оперативного вмешательства. Состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Проведенное ультразвуковое исследование не выявило отклонений от возрастной нормы, мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Клинический и биохимический анализы крови в пределах референтных величин. РПГА с иерсиниозными и псевдотуберкулезными диагностикумами – результаты отрицательные.

Обсуждение

Клиническая картина иерсиниозной инфекции варьирует в зависимости от возраста пациента, его иммунного статуса и свойств микроорганизма. Описанные в литературе случаи демонстрируют вариабельность течения заболевания от ограниченного энтероколита до системной инфекции [3, 4].

Основанием для демонстрации данного наблюдения явилось нетипичное проявление иерсиниозной инфекции. У пациента отсутствовали характерные для иерсиниоза эпидемиологические данные (проживание за городом, регулярное употребление необработанной овощной продукции и др.), клинические проявления (симптомы интоксикации с фебрильной лихорадкой, энантема и/или экзантема, артралгия, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, изменение характера стула, гепатолиенальный синдром, лимфаденопатия, катаральные явления), специфические изменения в биохимических анализах крови – гиперферментемия по АлАТ и АсАТ, повышение общего билирубина за счет прямой фракции, отсутствие высева иерсиний, изменения показателей клинического анализа крови не соответствовали бактериальной этиологии заболевания. Это не позволило в предоперационном периоде заподозрить эту патологию. Ребенок был взят на лапароскопию с подозрением на деструктивную форму ОА. Выполненная резекция илеоцекального угла с инвагинационным илеоасцендоанастомозом по Я.Д. Витебскому позволила взять материал для морфологического исследования и провести радикальное иссечение аффектированной зоны. Инвагинационный илеоасцендоанастомоз по Я.Д. Витебскому считается одним из наиболее физиологических вмешательств в данном случае, поскольку является попыткой воссоздания антирефлюксного механизма для предотвращения заброса кишечного содержимого из толстой кишки в подвздошную (рис. 2).

К. Minami и соавт. [3] описывают 4 спорадических случая заболеваемости кишечным иерсиниозом у детей в возрасте 2–13 лет. У двух пациентов развились симптомы, имитирующие ОА; у одного был острый гастроэнтерит, а у одного – бактериемия, осложнившаяся абсцессом печени. Возбудителем этих инфекций была *Yersinia enterocolitica* серогруппа О:8.

Широкое разнообразие симптомов, сходство с другими заболеваниями вызывают значительные труд-

ности в диагностике и лечении данного заболевания. Наиболее типичными клиническими проявлениями кишечного иерсиниоза являются боли в животе, как правило, в правой подвздошной области, рвота, диарея, повышение температуры тела.

Стоит также отметить необходимость проведения дифференциальной диагностики кишечного иерсиниоза и новообразований желудочно-кишечного тракта. В статье I. Azghari и соавт. [2] 41-летняя женщина поступила в отделение неотложной помощи в связи с массивным ректальным кровотечением. Была заподозрена опухоль в области илеоцекальной области, проведена лапаротомия с последующей илеоцекальной резекцией. Гистологическое исследование показало энтерит, вызванный *Yersinia enterocolitica*.

В редких случаях клиническая картина иерсиниозной инфекции, проявляющаяся в виде утолщения и уплотнения стенок слепой и терминального отдела подвздошной кишки с участками воспаления и язвами, наталкивает клиницистов на мысль о воспалительных заболеваниях кишечника. R. Naddei и соавт. [5] сообщают о случае иерсиниоза, имитирующего болезнь Крона у 11-летнего мальчика с периодическими болями в животе, при исследовании которого были выявлены характерные для болезни Крона признаки: наличие зернистости и афтозных язв в терминальном отделе подвздошной кишки

Иерсиниозная инфекция нередко проявляется желудочно-кишечными язвами, особенно в терминальном отделе подвздошной кишки, реже в желудке и ободочной кишке [6]. Описана перфорация подвздошной кишки, потребовавшая выполнения операции по поводу перитонита. Интраоперационно был обнаружен некротически-язвенный илеит с мезадени-том, вызванный *Yersinia enterocolitica* [7].

J. Kimura и соавт. [8] опубликовали клинический случай, описывающий псевдотуберкулез илеоце-

кального угла у 12-летнего мальчика, потребовавший выполнение илеоцекальной резекции, как и в нашем наблюдении.

Инфекция, вызванная *Yersinia enterocolitica*, может иметь легкое течение без развития осложнений. Однако пациенты с иммунодефицитными состояниями, диабетом, заболеваниями печени подвержены диссеминированной форме инфекции [9]. Для них характерно развитие опасных осложнений, таких как абсцессы печени, сепсис и энцефалит, у детей младшего возраста возможно развитие бактериемии [10].

Таким образом, разнообразие клинических проявлений и сходство с другими заболеваниями вызывают трудности в диагностике и лечении пациентов с иерсиниозной инфекцией, о которой следует помнить детским хирургам и педиатрам. Основанием для публикации этого наблюдения явилось атипичное проявления заболевания, потребовавшее в том числе и хирургического вмешательства. Диагноз был сформулирован на основании данных морфологического и иммуногистохимического исследований, проведенных в двух различных лечебных учреждениях г. Москвы. Однако клинические проявления, интраоперационные находки и данные морфологического исследования оставляют сомнения в окончательной трактовке диагноза заболевания, что и послужило основанием для публикации данного клинического наблюдения в надежде на последующее его обсуждение на страницах журнала «Педиатрия».

Финансирования: источник не указан.

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Bataev S.M.  0000-0003-0191-1116

Khabibullina L.R.  0000-0002-1515-0699

Ignatyev R.O.  0000-0002-6393-1326

Kovalev O.B.  0000-0003-0273-6700

Литература

1. Шестакова М.Д., Е.А. Воскресенская, Г.И. Кокорина, О.А. Бургасова, Г.Я. Ценева. Диагностическая и лечебная тактика при абдоминальной форме иерсиниозов у детей. Педиатрия. 2012; 91 (4): 37–42.

2. Azghari I, Bargach A, Moatassim Billah M, Amine Essaoudi M, Jahid A, Nawa K. Ileocecal resection for massive rectal bleeding due to *Yersinia enterocolitica*: a case report and review of the literature. Journal of Medical Case Reports. 2016; 10: 6. <https://doi.org/10.1186/s13256-015-0786-2>

3. Minami K, Yasuda R, Terakawa R, Koike Y, Takeuchi K, Higuchi T, Horiuchi A, Kubota N, Hidaka E, Kawakami Y. Four Sporadic Pediatric Cases of *Yersinia enterocolitica* O:8 Infection in a Rural Area of Japan. Jpn. J. Infect. Dis. 2017; 70: 192–194. <https://doi.org/10.7883/yoken.jjid.2016.039>

4. Naddei R, Martinelli M, Strisciuglio C, D'Armiesto M, Vollaro A, Staiano A, Miele E. *Yersinia enterocolitica* ileitis mimicking Crohn's disease in childhood: a case report. Inflamm. Bowel Dis. 2017; 23 (4): E15–16. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2015.07.117>

5. May AN, Piper SM, Boutlis CS. *Yersinia* intussusception:

Case report and review. Journal of Paediatrics and Child Health. 2014 Feb; 50 (2): 91–95. <https://doi.org/10.1111/jpc.12240>

6. Manookian P, Yavrouian R, Mahmoud A. An unusual case of *Yersinia enterocolitica* infection manifesting as perianal and colonic ulcers. The American Surgeon. 2013; 79 (8): 271–272.

7. De Berardis B, Torresini G, Brucchi M, Marinelli S, Mattucci S, Schietroma M. *Yersinia enterocolitica* intestinal infection with ileum perforation: report of a clinical observation. Acta Biomed. 2004; 75 (1): 77–81.

8. Chan J, Gandhi RT. A Case of Septic Arthritis of the Shoulder Due to *Yersinia enterocolitica* with Review of the Literature. Brief report. 2014 Aug 2; 1 (2): ofu054. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofu054>

9. Gayraud M, Scavizzi MR, Mollaret HH, Guillevin L, Hornstein MJ. Antibiotic treatment of *Yersinia enterocolitica* septicemia: a retrospective review of 43 cases. Clin. Infect. Dis. 1993; 17 (3): 405–410. <https://doi.org/10.1093/clinids/17.3.405>