

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ РЕДКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН

Александр Вячеславович Колесников¹, Ирина Владимировна Кирсанова²,
Евгения Михайловна Кулина³, Татьяна Дмитриевна Гришина⁴

^{1, 2, 4} ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»
Минздрава России, Рязань, Россия

³ ГБУ РО «ОКБ имени Н. А. Семашко», Рязань, Россия

¹ kolldoc@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9025-5258>

² kirsanova-iv@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2851-0972>

³ eva20076@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9778-1952>

⁴ grishn98@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1733-9671>

Аннотация

Введение. Болезнь кошачьих царапин – инфекционное заболевание, вызываемое *Bartonella henselae*, широко распространенного среди диких и домашних животных микроорганизма. **Цель работы** – продемонстрировать редкий клинический случай хориоретинита и птоза на фоне бартонеллеза у ребенка 10 лет. **Материалы и методы.** Ребенок 10 лет поступил с жалобами на снижение зрения, боль при движении глаза и опущение верхнего века левого глаза. Заболевание началось с повышения температуры до 37,5 °С и боли в животе. Через три дня появились указанные офтальмологические жалобы. При поступлении в стационар острота зрения левого глаза – 0,02 н/к, верхнее веко опущено. На глазном дне – отек диска зрительного нерва (ДЗН) с проминенцией, от ДЗН до макулярной зоны – обширный высокий отек сетчатки. **Результаты и обсуждение.** На фоне местной и общей антибактериальной и противовоспалительной терапии наблюдалась положительная динамика: верхнее веко приняло правильное положение, боли при движении глаза не беспокоили, уменьшился отек ДЗН, очаг на сетчатке, острота зрения повысилась до 0,04 н/к. Пациент был переведен в ФГБУ НМИЦ глазных болезней имени Гельмгольца, где был обследован на бартонеллез. Выявлен IgG к *Bartonella henselae* 1:160. Окончательный клинический диагноз: нейроретинит левого глаза, ассоциированный с бартонеллезом. В данном клиническом случае описано редкое проявление болезни кошачьих царапин. В связи с поздним обращением к офтальмологу и поздним началом медикаментозного лечения не удалось полностью восстановить зрение левого глаза. **Заключение.** В большинстве случаев специфическое лечение бартонеллеза начинается поздно, поэтому при любом атипичном проявлении болезни необходимо исключать риккетсиозы, в том числе бартонеллез.

Ключевые слова: болезнь кошачьих царапин, нейроретинит, *Bartonella*, лимфаденит.

Для цитирования: Колесников, А. В. Клинический случай развития редкого проявления болезни кошачьих царапин / А. В. Колесников, И. В. Кирсанова, Е. М. Кулина, Т. Д. Гришина // Уральский медицинский журнал. 2022. 21 (3): С. 88-93. <http://doi.org/10.52420/2071-5943-2022-21-3-88-93>

@ Колесников А. В., Кирсанова И. В., Кулина Е. М., Гришина Т. Д.

@ Kolesnikov A. V., Kirsanova I. V., Kulina E. M., Grishina T. D.

A CLINICAL CASE OF THE DEVELOPMENT OF A RARE MANIFESTATION OF CAT SCRATCH DISEASE

Alexander Vyacheslavovich Kolesnikov¹, Irina Vladimirovna Kirsanova²,
Evgenia Mikhailovna Kulina³, Tatyana Dmitrievna Grishina⁴

^{1,2,4} Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

³ Regional Clinical Hospitals names N. A. Semashko, Ryazan, Russia

¹ kolldoc@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9025-5258>

² kirsanova-iv@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2851-0972>

³ eva20076@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9778-1952>

⁴ grishn98@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1733-9671>

Abstract

Introduction. Cat scratch disease is a common infectious disease caused by intracellular microorganisms *Bartonella henselae*, which are widespread among wild and domestic animals. **The aim of study** was to demonstrate a rare clinical case of chorioretinitis against the background of a 10-year-old child's bartonellosis. **Materials and methods.** A 10-year-old child received with complaints about a significant decrease of vision and lowering of the upper eyelid of the left eye. The disease began with increase in temperature to 37.5 °C, abdominal pain. Three days later, these ophthalmic complaints appeared. After examining a paediatric ophthalmologist, neurologist and conducting an additional instrumental survey, the patient was hospitalised in an ophthalmological hospital. When acuity of vision of the left eye was 0.02 n/a, the upper eyelid was lowered. On the fundus there was a pronounced extensive edema of the optic nerve disc (OND) with prominence, from OND to the macular zone there was an extensive high retinal swelling. The department conducted a standard clinical examination, blood test for chronic infections, examination of visual evoked potentials and other instrumental examinations. From the first day, local and general antibacterial and anti-inflammatory treatment was carried out. **Results and Discussion.** Positive dynamics has been observed since the fourth day of treatment, but the visual acuity of the left eye has not improved. On the eighth day, the patient was discharged for subsequent hospitalisation at the Federal State Budgetary Institution NMRC of Eye Diseases named after Helmholtz, in which he was examined for bartonellosis and identified IgG to *Bartonella henselae* 1:160. Final clinical diagnosed: Left eye neuroretinitis associated with bartonellosis. On the fourteenth day after treatment, the patient was discharged - the left eye was almost calm, visual acuity was 0.06. In this clinical case, a rare manifestation of cat scratches disease is described. Due to the late visit to an ophthalmologist and the late start of medical treatment, it was not possible to fully restore the vision of the left eye. **Conclusion.** In most cases, it takes a lot of time to make a diagnosis, and specific treatment begins late, in connection with which it is necessary to draw attention to this problem of doctors of different directions. It should also be remembered that any atypical manifestation of the disease serves as a reason to exclude rickettsiosis, including bartonellosis.

Key words: cat scratch disease, neuroretinitis, *Bartonella*, lymphadenitis.

For citation:

Kolesnikov A. V., Kirsanova I. V., Kulina E. M., Grishina T. D. A clinical case of the development of a rare manifestation of cat scratch disease. Ural medical journal. 2022; 21 (3): 88-93. <http://doi.org/10.52420/2071-5943-2022-21-3-88-93>

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь кошачьих царапин (доброкачественный лимфоретикулез) – это распространенное инфекционное заболевание, вызываемое грамотрицательными внутриклеточными микроорганизмами *Bartonella henselae*, которые представляют собой короткие плеоморфные, грамотрицательные, неподвижные аэробные палочки размером 0,3–0,5 мкм в ширину, 1,0–1,7 мкм в длину [1]. Они широко распространены среди диких и домашних животных в мире, в том числе в России. Зараженность животных разнообразна: грызунов – от 15 до 80 %; домашних кошек – от 3 до 30 % (бездомных – до 100 %), домашних собак – более 5 % (бездомных – 20 %), енотов – до 50 % [2]. Пути передачи инфекции: контактный (контакт, укус, царапина кошки, режущие предметы, собаки, козы и др.) и трансмиссивный (блохи, вши). Инкубационный период составляет 3–20 дней [3].

Естественным резервуаром *Bartonella henselae* являются кошки, которые заражаются бактерией через укус кошачьей блохи (*Ctenocephalides felis*), и чаще всего не проявляют симптомов инфекции. Однако в некоторых случаях *Bartonella henselae* выявляется у кошек с различными клиническими симптомами, такими как эндокардит, судорожные расстройства, глазные заболевания и гиперглобулинемия [4]. Заражение людей может произойти через царапины, укусы или зараженную слюну через поврежденную кожу. Диагноз ставится на основании данных анамнеза (наличие контакта с кошкой), клинических данных (присутствие первичного очага и регионарного лимфаденита) и данных лабораторных исследований – микробиологическое исследование крови с высевом на кровяной агар, иммунохимическое исследование биоптата с использованием акридина оранжевого, анализ крови методом реакции непрямой иммуно-

флюоресценции (РНИФ) на антитела к *Bartonella henselae* (диагностический титр 1:40) [2].

В клинической картине можно выделить типичные формы (первичный аффект с регионарным лимфаденитом) и атипичные формы (глазные формы, поражение ЦНС, поражение прочих органов (эндокардит, миокардит, хроническая бактериемия, артрит, бациллярный ангиоматоз, гепатит, гломерулонефрит, остеомиелит), болезнь кошачьих царапин у ВИЧ-инфицированных). Болезнь может протекать как в острой, так и в хронической форме [2].

К офтальмологическим осложнениям относятся нейроретинит (отек диска зрительного нерва, сопровождающийся звездчатым рисунком экссудативной макулопатии), папиллит, неврит зрительного нерва и, чаще всего, односторонний окулогландулярный синдром Парино, включающий в себя преаурикулярную лимфаденопатию и фолликулярный конъюнктивит [5]. *Bartonella henselae* также может вызвать очаговый или мультифокальный хориоретинит, нейроретинит, панувеит [6], окклюзию ветвей центральных артерии и вены сетчатки, отслойку сетчатки [7].

Этиотропная терапия бартоinelлезной инфекции проводится антибиотиками группы макролидов, тетрациклином, доксициклином, рифампицином, фторхинолонами (ципрофлоксацин). Курс лечения составляет 2–4 недели. Также имеются сведения о положительном влиянии системных антибиотиков в комбинации с кортикостероидами на конечную остроту зрения. Zohar Nabet-Wilner с соавт. в своем исследовании доказали, что при комбинированном лечении происходит повышение остроты зрения в значительно большей степени, чем при лечении только антибиотиками [8].

К профилактическим мероприятиям относят личную гигиену, исключение контакта с грызунами и представителями семейства кошачьих, изолированное содержание домашних животных, защиту от нападения кровососущих членистоногих на человека и домашних животных [2].

Цель работы – продемонстрировать редкий клинический случай хориоретинита на фоне бартоinelлеза у ребенка 10 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При описании клинического наблюдения использовали первичную медицинскую документацию: амбулаторная карта пациента Б. (запись об обращении в кабинет неотложной офтальмологической помощи ГБУ РО ОКБ имени Н. А. Семашко от 31.08.2021 и 01.09.2021), история болезни пациента Б., находившегося на стационарном лечении во 2-м офтальмологическом отделении ГБУ РО ОКБ Семашко № С2021-7330, заключения осмотра специалистов и результаты проведенных исследований, заключение хирурга по месту жительства (ГБУ РО Спасской ЦРБ от 28.08.2021), консультация невролога от 02.09.2021, данные МРТ головного мозга с контрастированием от 03.09.2021, заключение фтизиоофтальмолога от 06.09.2021, а также протокол телемедицинской консультации ФГБУ «НМИЦ глазных болезней имени Гельмгольца» № 0023 от 06.09.2021.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент поступил с жалобами на значительное снижение и «затуманивание» зрения, опущение верхнего века левого глаза. Со слов матери ребенка, зрение левого глаза резко снизилось за неделю до обращения, за четыре дня отмечалось однократное повышение температуры до 37,5 °С, боли в животе, в связи с чем ребенок был осмотрен хирургом районной больницы. Осмотр хирурга: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,5 °С, пульс – 75 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст., ЧДД – 16 в минуту, сознание ясное, менингеальных симптомов нет, кожа и видимые слизистые чистые, подмышечные, подчелюстные и паховые лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, другие периферические лимфатические узлы не пальпируются. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем изменений не выявлено. Живот при пальпации: мягкий, болезненный, печень и селезенка не увеличены. Хирургом был поставлен диагноз «острая кишечная инфекция» и назначен полиметилсилоксанаполигидрат (энтеросгель) и дротаверин (но-шпа). Больше боли в животе не беспокоили, температура тела не повышалась. За два дня до обращения появились боли в левом глазу, а за день – птоз верхнего века левого глаза. В этот же день осмотрен офтальмологом по месту жительства. С диагнозом «неврит зрительного нерва левого глаза» направлен в ОКБ имени Н. А. Семашко. Контакт с домашними кошками мать ребенка отрицает. Перед госпитализацией выполнено МРТ головного мозга: на МРТ – картина умеренных атрофических изменений зрительного нерва слева, незначительная асимметрия желудочков головного мозга, справа больше, чем слева, расширение ретроцеребеллярного пространства, МР-данных об очаговых и диффузных изменениях вещества головного мозга не получено. На КТ-исследовании патологии со стороны орбит не выявлено. Заключение невролога: синдром глазодвигательных нарушений, мозжечковых нарушений под вопросом, не исключается заболевание воспалительного и инфекционного характера, демиелинизирующее заболевание, вестибулопатия. На следующий день после повторного обращения в ОКБ имени Н. А. Семашко осмотрен детским офтальмологом и направлен на УЗИ, оптическую когерентную томографию (ОКТ) макулярной зоны и диска зрительного нерва левого глаза с диагнозом «хориоретинит левого глаза» под вопросом. Выполнение ОКТ оказалось невозможным из-за отсутствия фиксации взгляда, на УЗИ левого глаза (В-скан) – оболочки прилежат, в стекловидном теле – пристеночное среднерефлективное фиксированное образование, которое занимает всю центральную зону, плюс-ткань не определяется. В этот же день пациент госпитализирован в ОКБ имени Н. А. Семашко с диагнозом «хориоретинит неясной этиологии левого глаза» для проведения курса консервативной терапии.

Офтальмологический статус при поступлении: острота зрения правого глаза 1,0, левого глаза – 0,02 н/к (эксцентрично с височной стороны).

Левый глаз: внутриглазное давление T_n (пальпаторно), цилиарной болезненности нет, положение глазного яблока правильное, движение в полном объеме, взгляд вниз сопровождается болью, ослаблена конвергенция, верхнее веко опущено, прикрывает роговицу на 1,5 мм. При биомикроскопии глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага чистая, радужная оболочка не изменена, зрачок круглый, диаметр 3 мм, на свет реагирует, хрусталик прозрачный. Рефлекс с глазного дна – розовый с желтоватым оттенком, на глазном дне: выраженный обширный отек диска зрительного нерва (ДЗН) с проминенцией, контуры ДЗН не прослеживаются, стушеваны, на диске – точечные микрогеморрагии, от ДЗН до макулярной зоны с ее захватом отмечается обширный высокий отек сетчатки размером около пяти ДЗН. Сетчатка в области отека – резко бледная, множественные микрогеморрагии в макулярной зоне, артерии сужены, вены полнокровны, извиты, расширены, в остальных отделах сетчатка прилежит. Правый глаз: патологических изменений не выявлено.

В стационаре проведено стандартное клиническое обследование и для исключения соответствующей этиологии процесса исследовали кровь на хронические инфекции: IgM и G к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмозу – результаты оказались отрицательные. Для исключения ЛОР-патологии была выполнена рентгенография орбиты и придаточных пазух носа – патологии не выявлено. Ребенок был осмотрен ЛОР-врачом, ЛОР-патологии не выявлено. Для исключения неврологической патологии была проведена МРТ головного мозга с контрастированием: изменений диффузного и очагового характера в веществе головного мозга не выявлено, ретроцеребеллярная арахноидальная киста, и консультация невролога: синдром глазодвигательных нарушений на фоне острого хориоретинита левого глаза. Рекомендовано плановое наблюдение у невролога. Было проведено исследование зрительных вызванных потенциалов, выявлены признаки замедления проведения афферентации по зрительным проводящим путям в кору слева. Также у пациента подозревался хориоретинит туберкулезной этиологии, в связи с чем он был направлен на консультацию фтизиоофтальмолога. Данных о туберкулезной этиологии хориоретинита не выявлено.

В стационаре было проведено лечение: антибактериальные, стероидные и нестероидные противовоспалительные средства местно, а также парабульбарные инъекции кортикостероидов, антибактериальные препараты и кортикостероиды внутримышечно, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), диуретики и антигистаминные препараты внутрь.

С четвертого дня стационарного лечения наблюдали положительную динамику – боль в левом глазу при взгляде вниз уменьшилась, уменьшился птоз верхнего века, отек ДЗН и сетчатки, начали рассасываться геморрагии на ДЗН и в макулярной зоне. Однако острота зрения левого глаза не улучшалась.

На шестой день была проведена телемедицинская консультация с ФГБУ НМИЦ глазных болезней имени Гельмгольца, по результатам которой было рекомендовано провести серологическое обследование на коронавирусную инфекцию, бартонеллез, цветное дуплексное сканирование (ЦДС) сосудов глаза и орбиты, а также добавить к лечению ацетазоламид внутрь, продолжить локальную и системную глюкокортикоидную терапию. Пациент был записан на консультацию в Детское консультационно-поликлиническое отделение и на госпитализацию в детское хирургическое отделение.

На восьмой день пациент был выписан с улучшением в удовлетворительном состоянии на консультацию и последующую госпитализацию в ФГБУ НМИЦ глазных болезней имени Гельмгольца. Объективный статус левого глаза при выписке: острота зрения 0,04 н/к эксцентрично с височной стороны, верхнее веко в правильном положении, птоза нет, болезненности при движении глазных яблок нет, глаз спокоен, роговица – прозрачная, передняя камера – средней глубины, влага – чистая, рельеф радужки не изменен, зрачок – круглый, диаметр 3 мм, на свет реагирует, хрусталик – прозрачный, рефлекс с глазного дна – розовый, на глазном дне сохраняется отек ДЗН с проминенцией, контуры ДЗН не прослеживаются, стушеваны, на диске – точечные микрогеморрагии, в макулярной зоне – уменьшившийся отек, в диаметре два ДЗН.

В ФГБУ НМИЦ глазных болезней имени Гельмгольца пациент был обследован на бартонеллез и выявлен IgG к *Bartonella henselae* 1:160, на основании чего был поставлен окончательный клинический диагноз «нейроретинит левого глаза, ассоциированный с бартонеллезом». После установления этиологии заболевания ребенок вспомнил о том, что около двух недель назад его поцарапала кошка, живущая во дворе их дома. В стационаре было проведено медикаментозное противовоспалительное лечение в комбинации с парабульбарными инъекциями глюкокортикостероидов. На четырнадцатый день на фоне положительной динамики пациент был выписан. При выписке левый глаз практически спокоен, на глазном дне уменьшилась проминенция ДЗН, острота зрения составила 0,06 н/к.

ОБСУЖДЕНИЕ

В статье продемонстрирован случай болезни кошачьих царапин, инфекционного заболевания, вызываемого грамотрицательной внутриклеточной палочкой *Bartonella henselae*, которая попадает в организм человека через царапины, укусы или зараженную слюну кошек. Основные места внедрения микроорганизма – слизистые оболочки, например, конъюнктивы, складки кожи и кожа головы [5]. Предположительными входными воротами в описанном клиническом случае является кошачья царапина на кисти левой руки: после лабораторного подтверждения диагноза ребенок вспомнил, что его за две недели до начала болезни оцарапала кошка, живущая во дворе.

В классической клинической картине заболевания преобладают лимфаденопатия, кожные проявления и поражение висцеральных органов. У 85–90 % зараженных людей развивается болезненная лимфаденопатия с одиночными или множественными узлами до 1–5 см в диаметре и выраженной общей реакцией организма в виде субфебрильной или фебрильной лихорадки. В 10 % случаев увеличенные лимфатические узлы могут воспаляться. Лимфаденопатия длится в среднем 1–4 месяца. Кожные проявления в виде эритематозных папул, пузырьков или узелков могут сохраняться до трех недель. Из внутренних органов чаще всего поражаются печень и селезенка, что сопровождается лихорадкой, потерей веса и болью в животе. В данном случае заболевание манифестировало с повышения температуры и боли в животе.

К неврологическим осложнениям болезни кошачьей царапины относят атаксию, паралич черепных нервов, у пожилых пациентов может развиваться состояние, похожее на деменцию [5]. В приведенном клиническом случае к неврологическим проявлениям можно отнести опущение верхнего века левого глаза.

Глазные проявления встречаются редко, как правило, присоединяются через 2–3 недели от начала системного заболевания, включают нейроретинит, оптическую нейропатию и другие формы внутриглазного воспаления [9]. Нейроретинит – воспаление зрительного нерва и перипапиллярной сетчатки, характеризуется отеком диска зрительного нерва (ДЗН) и образованием «макулярной звезды», которая обычно появляется через 1–2 недели после отека ДЗН, может сопровождаться папиллярными и перипапиллярными телеангиозктами сосудов, внутриретиальными кровоизлияниями [10–12]. В описанном нами клиническом случае на глазном дне наблюдался выраженный обширный отек ДЗН с проминенцией, контуры ДЗН не прослеживались, на диске обнаружены точечные микрогеморрагии, от ДЗН до макулярной зоны с ее захватом отмечался обширный высокий отек сетчатки ($D=5ДЗН$). Сетчатка в области отека была резко бледная. В макулярной зоне наблюдались множественные микрогеморрагии.

Редкость глазных проявлений заболевания продемонстрирована в работе Zohar Hahot-Wilner с соавт., которые в период с 1996 по 2015 г. из 3222 пациентов с болезнью кошачьей царапины выявили глазные проявления, за исключением синдрома Парино у 141 пациента (4,4 % случаев), причем у 61 % – при первом визите к врачу. Лихорадка наблюдалась в 58 % случаев, недомогание и слабость – в 77 %, которые начались в среднем за две недели до постановки диагноза болезни кошачьей царапины и часто исчезали или улучшались до появления офтальмологических проявлений. Глазные симптомы начались в среднем за неделю до первого обращения к врачу. Снижение или помутнение зрения наблюдалось в 88 % случаев. Самой частой офтальмологической находкой был отек ДЗН (88 %) и сопутствующий нейроретинит. У оставшихся 12 % пациентов были диагностиро-

ваны ретинит (6,5 %), передний увеит (2 %), нейроретинит на поздней стадии, ретробульбарный неврит, окклюзия верхней ветви центральной вены сетчатки и панувеит (4 %). В 33 % наблюдалась оптическая нейропатия [8]. В описанном нами случае клинические проявления болезни кошачьей царапины начинались с общих явлений в виде повышения температуры тела, недомогания, слабости и боли в животе. Офтальмологические жалобы появились значительно позже. Поэтому родители ребенка прежде всего обратились к хирургу с жалобами на лихорадку и боль в животе и только через неделю, в связи со значительным снижением зрения и опущением верхнего века, – к офтальмологу.

В приведенном нами клиническом случае этиология заболевания была установлена после тестирования на бартонеллез. Нужно помнить, что при раннем тестировании возможны ложноотрицательные результаты. При наличии патогномоничных клинических проявлений может потребоваться повторное тестирование. Siew Mei Yар и соавт. приводят клинический случай пациента с болезнью кошачьих царапин, сопровождающейся менингитом и нейроретинитом. На глазном дне наблюдался отек диска зрительного нерва и отек макулярной зоны в виде «макулярной звезды». При поступлении пациент был обследован на бартонеллез, тест оказался отрицательным. Однако при повторном проведении анализа был выявлен диагностический титр антител к *Bartonella henselae* [13].

A. Donnio с соавт. сообщают о случае бартонеллеза у ребенка 11 лет с резким снижением зрения левого глаза в течение двух недель (счет пальцев у лица), которое сопровождалось гриппоподобной симптоматикой. При биомикроскопии был выявлен отек диска зрительного нерва с папиллярными и перипапиллярными кровоизлияниями и серозной отслойкой сетчатки, воспалительный экссудат в стекловидном теле. В дополнение к этому на левом плече пациента имелась кошачья царапина, которая появилась около двух месяцев назад. В течение четырех недель проводилась антибактериальная терапия, включающая рифампицин и доксициклин перорально. В процессе терапии у пациента и домашней кошки была выявлена Ig G и M к *Bartonella henselae*. При выписке острота зрения составила 0,5 [15]. В данном клиническом случае так же, как и в нашем у ребенка не удалось добиться полного восстановления остроты зрения, что может быть связано с поздним обращением к офтальмологу, поздним началом терапии и локализацией процесса на сетчатке.

Дифференциальная диагностика болезни кошачьей царапины проводится с кожно-бубонной формой туляремии, туберкулезом лимфатических узлов, лимфогранулематозом, бактериальными лимфаденитами. Глазные формы необходимо дифференцировать с туберкулезным хориоретинитом, хориоретинитом на фоне токсоплазмоза, саркоидозом, токсической и медикаментозной нейропатией, цитомегаловирусным поражением, нейросифилисом и синдромом Гийена – Барре [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном клиническом случае описано редкое проявление болезни кошачьих царапин – нейроретинит, ассоциированный с бартонеллезом. В связи с поздним обращением к офтальмологу, трудностями верификации диагноза, связанными со стертой клинической симптоматикой и поздним

началом специфической терапии полностью восстановить ребенку зрение не удалось. Необходимо информировать об этой проблеме врачей различных специальностей: инфекционистов, педиатров, врачей общей практики. Врачам-офтальмологам следует помнить, что любое атипичное проявление болезни служит поводом для исключения риккетсиозов, в том числе бартонеллеза.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Mahjoub A, Bellazreg F, Ben Abdesslem N. [et al.]. Cat scratch disease neuroretinitis: A case report. Ann Med Surg (Lond). 2021 Aug 15; 69 : 102722. DOI: 10.1016/j.amsu.2021.102722. PMID: 34457255; PMCID: PMC8377531.
2. Мазанкова Л. Н. Бартонеллез (болезнь кошачьих царапин) у детей / Л. Н. Мазанкова, Ф. С. Харламова, И. М. Османов, Л. Н. Шпак, Л. А. Павлова, Э. Р. Самитова, М. А. Анцупова, С. Д. Соловьева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. Т. 63, № 3. С. 112–117.
3. Orellana-Rios J, Verdaguier-Diaz J.I., Opazo G. [et al.]. Not cat-scratch disease: Bartonella henselae neuroretinitis associated with non-feline pet mammals. IDCases. 2020 Oct 1; 22 : e00978. DOI: 10.1016/j.idcr.2020.e00978. PMID: 33083230; PMCID: PMC7554364.
4. Okaro U., George S., Anderson B. What Is in a Cat Scratch? Growth of Bartonella henselae in a Biofilm. Microorganisms. 2021 Apr 14; 9 (4) : 835. DOI: 10.3390/microorganisms9040835. PMID: 33919891; PMCID: PMC8070961.
5. Baranowski K., Huang B. Cat Scratch Disease. 2021 Jun 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 29489252.
6. Abdelhakim A., Rasool N. Neuroretinitis: a review. Curr Opin Ophthalmol. 2018 Nov; 29 (6) : 514–519. DOI: 10.1097/ICU.0000000000000527. PMID: 30148725.
7. Eiger-Moscovich M., Amer R., Oray M., Tabbara K.F., Tugal-Tutkun I., Kramer M. Retinal artery occlusion due to Bartonella henselae infection: a case series. Acta Ophthalmol. 2016 Aug; 94 (5) : e367–70. DOI: 10.1111/aos.12932. Epub 2016 Jan 8. PMID: 26748767.
8. Habot-Wilner Z., Trivizki O., Goldstein M. [et al.]. Cat-scratch disease: ocular manifestations and treatment outcome. Acta Ophthalmol. 2018 Jun; 96 (4) : e524–e532. DOI: 10.1111/aos.13684. Epub 2018 Mar 5. PMID: 29504674.
9. Amer R., Tugal-Tutkun I. Ophthalmic manifestations of bartonella infection. Curr Opin Ophthalmol. 2017 Nov; 28 (6) : 607–612. DOI: 10.1097/ICU.0000000000000419. PMID: 28984726.
10. Oray M., Önal S., Koç Akbay A., Tuğal Tutkun İ. Diverse Clinical Signs of Ocular Involvement in Cat Scratch Disease. Turk J Ophthalmol. 2017 Jan; 47 (1) : 9–17. DOI: 10.4274/tjo.28009. Epub 2017 Jan 17. PMID: 28182175; PMCID: PMC5282546.
11. Ksiaz I., Abroug N., Mahmoud A. [et al.]. Update on Bartonella neuroretinitis. J Curr Ophthalmol. 2019 May 6; 31 (3) : 254–261. DOI: 10.1016/j.joco.2019.03.005. PMID: 31528758; PMCID: PMC6742623.
12. Sahin O. Cat-scratch disease: unusual perivascular chorioretinal lesions. Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol. 2014 Winter; 3 (4) : 127–30. PMID: 25756063; PMCID: PMC4352207.
13. Yap S. M., Saeed M., Logan P., Healy D. G. Bartonella neuroretinitis (cat-scratch disease). Pract Neurol. 2020 Dec; 20 (6) : 505–506. DOI: 10.1136/practneurol-2020-002586. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32546517.
14. Abazari A., Kaplowitz K., Sibony P. A 31-year-old man with bilateral blurry vision and floaters. Digit J Ophthalmol. 2015 May 7; 21 (2) : 1–11. DOI: 10.5693/djo.03.2014.08.003. PMID: 27330461; PMCID: PMC4902642.
15. Donnio A., Buestel C., Ventura E., Merle H. Neurorétinite à Bartonellahenselae: maladie des griffes du chat [Cat-scratch disease neuroretinitis]. J FrOphtalmol. 2004 Mar; 27 (3) : 285–90. French. DOI: 10.1016/s0181-5512(04)96132-3. PMID: 15039632.

Сведения об авторах:

А. В. Колесников – кандидат медицинских наук, доцент
И. В. Кирсанова – ассистент кафедры
Е. М. Кулина – врач-офтальмолог
Т. Д. Гришина – студентка

Information about authors:

A. V. Kolesnikov – MD, Associate Professor
I. V. Kirsanova – department assistant
E. M. Kulina – ophthalmologist
T. D. Grishina – student

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflicts of interests. The authors declare no conflicts of interests.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Этическая экспертиза не применима.

Ethics approval is not applicable.

Информированное согласие было подписано законным представителем пациента.

Informed consent was signed by the patient's legal representative.

Статья поступила в редакцию 22.12.2021; одобрена после рецензирования 28.02.2022; принята к публикации 03.06.2022.

The article was submitted 22.12.2021; approved after reviewing 28.02.2022; accepted for publication 03.06.2022.