

Бартонеллез (болезнь кошачьих царапин) у детей

Л.Н. Мазанкова¹, Ф.С. Харламова², И.М. Османов³, Л.Н. Шпак³, Л.А. Павлова¹,
Э.Р. Самитова³, М.А. Анцупова³, С.Д. Соловьева³

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава РФ, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва, Россия;

³ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой» Москва, Россия

Bartonellosis (cat-scratch disease) in children

L.N. Mazankova¹, F.S. Kharlamova², I.M. Osmanov³, L.N. Shpak³, L.A. Pavlova¹, E.R. Samitova³,
M.A. Antsupova³, S.D. Solovyova³

¹Russian Medical Academy of Continuous Postgraduate Education, Moscow, Russia;

²Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

³Children's Clinical Hospital named after Z.A. Bashlyayeva, Moscow, Russia

Бартонеллезы — группа заболеваний человека, вызываемых грамотрицательными, аэробными, факультативно внутриклеточными бактериями, нуждающимися для своего роста в присутствии крови или продуктов расщепления эритроцитов. Заболевания отличаются полиморфизмом клинических проявлений, обусловленным системным поражением внутренних органов. Представленный авторами клинический случай демонстрирует трудности диагностического поиска при бартонеллезе у детей. Цель демонстрации — привлечь внимание к проблеме бартонеллезов не только инфекционистов, но и педиатров. Следует помнить, что любое атипичное проявление болезни является поводом для исключения инфекционной патологии. Учитывая высокую распространенность бартонелл среди домашних и диких животных, общепопуляционный иммунодефицит, увеличение числа ВИЧ-инфицированных пациентов, неблагоприятную экологическую и миграционную ситуацию, проблема бартонеллезов приобретает высокую социальную значимость для населения России.

Ключевые слова: дети, *Bartonella*, болезнь кошачьих царапин, лимфаденит, эндокардит, дифференциальный диагноз.

Для цитирования: Мазанкова Л.Н., Харламова Ф.С., Османов И.М., Шпак Л.Н., Павлова Л.А., Самитова Э.Р., Анцупова М.А., Соловьева С.Д. Бартонеллез (болезнь кошачьих царапин) у детей. Рос вестн перинатол и педиатр 2018; 63(3): 112–117. DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-3-112-117

Bartonellosis are a group of human diseases caused by gram-negative, aerobic, facultative intracellular bacteria, which only grow in the presence of blood or erythrocyte cleavage products. The diseases are characterized with multiple forms of clinical manifestations due to by systemic damage to internal organs. The clinical case presented by the authors demonstrates the difficulties of the bartonellosis diagnosis in children. The purpose of the demonstration is making aware of the problem of bartonellosis not only specialists in infectious diseases, but also pediatricians. It should be kept in mind that any atypical manifestation of the disease is the reason to rule out infectious pathology. In view of high prevalence of *Bartonella* among both domestic and wild animals, general immunodeficiency of the population, an increase in the number of HIV-infected patients, an unfavourable environmental and migration situation, the problem of Bartonellosis acquires great social importance for the population of Russia.

Key words: children, *Bartonella*, cat-scratch disease, lymphadenitis, endocarditis, differential diagnosis.

For citation: Mazankova L.N., Kharlamova F.S., Osmanov I.M., Shpak L.N., Pavlova L.A., Samitova E.R., Antsupova M.A., Solovyova S.D. Bartonellosis (cat-scratch disease) in children. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2018; 63(3): 112–117 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-3-112-117

Бартонеллезы — группа заболеваний человека, вызываемых грамотрицательными, аэробными, факультативно-внутриклеточными бактериями, нуждающимися для своего роста в присутствии

крови или продуктов расщепления эритроцитов [1, 2]. К бартонеллам, патогенным для человека, относятся «классические» бартонеллы (*B. bacilliformis*, *B. quintana*, *B. Henselae*, *B. elizabethae*, *B. clarridgeia*) и пред-

© Коллектив авторов, 2018

Адрес для корреспонденции: Мазанкова Людмила Николаевна — д.м.н., проф., зав. кафедрой детских инфекционных болезней Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования Павлова Людмила Алексеевна — к.м.н., доц. кафедры детских инфекционных болезней Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования

123242 Москва, ул. Баррикадная, д.2

Харламова Флора Семеновна — д.м.н., проф. кафедры инфекционных болезней у детей педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1

Османов Исмаил Магомедович — д.м.н., проф., гл. врач ДГКБ им. З.А. Башляевой

Шпак Лариса Николаевна — врач 5-го инфекционного отделения ДГКБ им. З.А. Башляевой

Самитова Эльмира Растямовна — к.м.н., зам.гл. врача по инфекциям ДГКБ им. З.А. Башляевой

Анцупова Маргарита Александровна — зав. отделением реанимации и интенсивной терапии ДГКБ им. З.А. Башляевой

Соловьева Светлана Даниловна — зав. 5-м инфекционным отделением ДГКБ им. З.А. Башляевой

125373 Москва, ул. Героев Панфиловцев, д.28

ставители появившихся клинически-значимых бартоinelл (*B. grahamii*, *B. vinsonii subsp. vinsonii*, *arupensis*, *berkhoffii*, *B. washoensis*, *B. koehlerae*, *B. alsatica*, *B. tamii*) [1]. Филогенетически бартоinelлы родственны роду *Brucella*, что объясняет полиморфизм и идентичность их клинических проявлений и оправдывает название «эритроцитарные риккетсиозы» [3].

Факторами риска развития бартоinelлеза являются:

- ослабление иммунной системы, в том числе на фоне трансплантации органов, противоопухолевой терапии, ВИЧ-инфекции;
- неблагоприятная экологическая и миграционная ситуация;
- бедность, антисанитария;
- распространенность *Bartonellae* во всем мире.

Морфологически это короткие плеоморфные, оксиданзонегативные, грамотрицательные, неподвижные, немного изогнутые аэробные палочки размером 0,3–0,5 мкм в ширину, 1,0–1,7 мкм в длину, которые широко распространены среди диких и домашних животных в мире, в том числе в России (рис. 1). Зараженность животных разнообразна: грызунов – от 15 до 80%; домашних кошек – от 3 до 30% (бездомных – до 100%), собак домашних – более 5% (бездомных – 20%), енотов – до 50%. Пути передачи инфекции: контактный (контакт, укус, царапина кошки, реж с белки, собаки, козы и др.) и трансмиссивный (блохи, вши).

Терминология заболеваний обусловлена разнообразием бартоinelл и путей передачи:

- траншейная (окопная) лихорадка,
- болезнь кошачьих царапин,
- болезнь Карриона (лихорадка Оройя),
- бацилярный ангиоматоз,
- рохалимический бартоinelлезный синдром с бактериемией,
- бацилярный пурпурный гепатит,
- бацилярный эндокардит.

Болезнь кошачьих царапин (синоним – лимфогенитический доброкачественный) характеризуется односторонним лимфаденитом, регионарным к месту входных ворот, и благоприятным исходом. Этиология – *B. henselae*, *B. clarrigeia*. Инкубационный период длится от 3 до 20 дней (чаще 7–14 дней). По клинической симптоматике можно выделить типичные

формы (около 90%), проявляющиеся первичным аффектом и регионарным лимфаденитом, и атипичные формы, которые включают: а) глазные формы; б) поражение ЦНС; в) поражение прочих органов (проявления генерализованной формы – эндокардит, миокардит, хроническая бактериемия, артрит, бацилярный ангиоматоз, гепатит, гломерулонефрит, остеомиелит); г) болезнь кошачьих царапин у ВИЧ-инфицированных. Болезнь может протекать как в острой, так и в хронической форме.

У некоторых больных (у 5%) появляется экзантема (краснухоподобная, папулезная, по типу узловатой эритемы), которая через 1–2 нед исчезает. Морфологическую основу кожных проявлений бартоinelлеза составляет аномальная пролиферация разбухших эндотелиальных клеток, часто выступающих в просвет сосудов в микроциркуляторном русле сосудистой системы. В организме чувствительных хозяев бартоinelлы растут на поверхности клеток, а также внедряются и заселяют эритроциты и эндотелиальные клетки сосудистой системы и эндокарда. Биологической особенностью бартоinelл является их уникальная способность стимулировать пролиферацию клеток эндотелия и рост мелких сосудов в их капиллярной части, что приводит к ангиоматозу [4, 5].

К осложнениям болезни кошачьих царапин относятся тромбоцитопеническая пурпура, первичная атипичная пневмония, абсцесс селезенки, миокардит [6]. После перенесенного заболевания формируется стойкий иммунитет.

Диагноз бартоinelлеза подтверждается:

- микробиологическим исследованием крови с высеваем на кровяной агар,
- иммунохимическим исследованием биоптата с использованием акридина оранжевого,
- анализом крови методом реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на антитела к *Bartonella henselae* (диагностический титр 1:40).

Дифференциальная диагностика осуществляется с кожно-бубонной формой туляремии, туберкулезом лимфатических узлов, лимфогранулематозом, бактериальными лимфаденитами.

Этиотропная терапия бартоinelлезной инфекции проводится антибиотиками группы макролидов, тетрациклином, доксициклином, рифампицином,

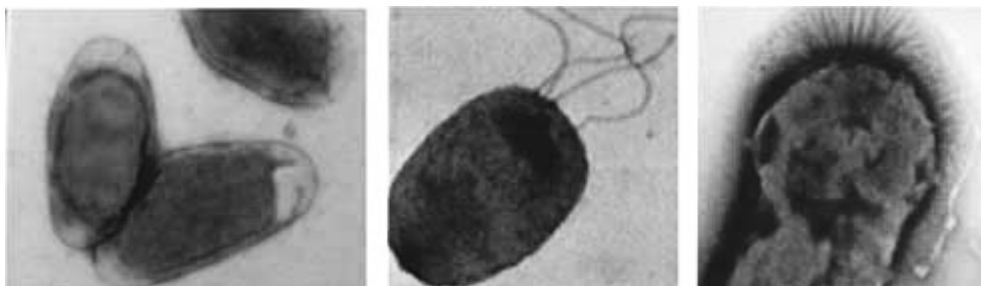


Рис. 1. Электронограмма бартоinelл (семейство *Bartonellaceae*, род *Bartonella*).

Fig. 1. Electronogram of *Bartonella* (*Bartonellaceae*, genus *Bartonella*).

фторхинолонами (ципрофлоксацин). Наибольший санирующий эффект достигается при применении доксициклина. Курс лечения составляет 2–4 нед. Профилактические мероприятия включают личную гигиену, исключение контакта с грызунами и представителями семейства кошачьих, изолированное содержание домашних животных, защиту от нападения кровососущих членистоногих на человека и домашних животных.

Представляем случай бартонеллеза у ребенка 11 лет. Ребенок поступил 27.12.2016 г в ДГКБ им. З.А. Башляевой с жалобами на лихорадку, боли в горле, сыпь, увеличение шейных лимфатических узлов, потемнение мочи.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, первых родов в срок, протекавших без патологии. Масса тела при рождении 3570 г, длина – 52 см. Профилактические прививки проведены по возрасту. Специалистами не наблюдался. Детскими инфекциями не болел, ОРЗ болел редко. Занимается спортом. Аллергоанамнез и наследственность не отягощены.

Эпидемиологический анамнез: контакты с инфекционными больными отрицает. Проживает в г. Москве, место проживания последние 6 мес не менял. Летом выезжал на дачу в Подмосковье, где контактировал с уличными и домашними кошками.

Анамнез заболевания: болен с 23.12.16, когда появились жалобы на повышение температуры тела до 39,5°C, рвота до 10 раз в сутки, боль в горле.

24.12.16 – сохраняются жалобы на боль в горле и температуру тела до 39,7°C. Осмотрен педиатром на дому – диагностирована лакунарная ангина, назначен сумамед, супрастин. 25.12.16 появилась геморрагическая сыпь на лице, шее. Повторно осмотрен педиатром – диагноз: скарлатина, продолжена антибактериальная терапия сумамедом. 26.12.16 (4-й день болезни): присоединился кашель, появилось мелкопластинчатое шелушение на стопах, крупнопластинчатое на ладонях, увеличение шейных лимфатических узлов, больше слева. 27.12.16 – сохраняется лихорадка до 38,5°C, вялость, слабость, снижение аппетита, появилась темная моча.

Госпитализирован 27.12.16 с направляющим диагнозом: скарлатина. Абсцедирующий левосторонний лимфаденит. Гематурия неясного генеза?

При госпитализации: состояние средней тяжести. Лихорадка 38,4–38,7°C, вялость, отсутствие аппетита. Кожа субиктеричная; на лице, туловище, конечностях, в паховой области, на ягодицах сыпь обильная, сливная, папулезная с геморрагическим пропитыванием единичных элементов. Мелкопластинчатое шелушение на стопах, крупнопластинчатое на ладонях. Бледный носогубный треугольник, периорбитальные тени. Зев гиперемирован, миндалины увеличены до 2-й степени, обильные наложения белого цвета с двух сторон. Язык сосочковый, «малиновый». Проявления кератоконъюнктивита с обеих сторон.

Отмечается пастозность кожи в области голеностопных суставов, одутловатость лица. Лимфатические узлы: увеличены подчелюстные справа до 1 см, слева подвижный конгломерат лимфатических узлов до 3 см, чувствительный при пальпации, кожа над ним не изменена. В легких дыхание ослабленное в нижнебоковых отделах с двух сторон. Хрипов нет. Кашель редкий, малопродуктивный. Частота дыхания – 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, пульс 102 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень +5 см, плотной консистенции; селезенка +1 см. Стула не было. Диурез снижен: не мочился в течение 6 ч.

Лабораторные данные. Общий анализ крови от 27.12.16 г.: Нв – 127 г/л, эр. – 4,4·10¹²/л, тр. – 187·10⁹/л, л. – 25,1·10⁹/л, с – 71%, лимф. – 11%, мон. – 18%; СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес – 1010, рН 6,0, белок – положительный, лейкоциты – 10–12 в поле зрения. Стрепто-тест – положительный.

Биохимический анализ крови от 27.12.16: повышение уровня аланинаминовой трансаминазы (АЛТ) – 124 Ед/л (0–41 Ед/л), аспартатаминовой трансаминазы (АСТ) – 93 Ед/л (0–37 Ед/л), лактатдегидрогеназы – 945 Ед/л (0–480 Ед/л), С-реактивного белка (СРБ) – 93,4 мг/л (0–10 мг/л); общий билирубин – 55 мкмоль/л (0–21 мкмоль/л), прямой билирубин – 46 мкмоль/л (0–4 мкмоль/л), креатинин – 91 мкмоль/л (44–115 мкмоль/л), мочевины – 10,6 ммоль/л (2,9–8,3 ммоль/л), снижение уровня общего белка – 51 г/л (54–87 г/л).

28.12.16. Антистрептолизин О (АСЛ-О) – отрицательно; анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2100 в 1 мл (до 2000), эр. – 200 в 1 мл (до 1000); полимеразная цепная реакция (ПЦР) на вирусы простого герпеса 1, 2-го типов, Эпштейна–Барр, цитомегаловирус, вирус герпеса человека 6-го типа, грибы рода *Candida* (кровь) – отрицательно; ПЦР (мазок носа и зева) на респираторные вирусы – отрицательно.

Коагулограмма: протромбин – 63,3% (60–130%), фибриноген – 5,2 г/л (1,8–3,5 г/л), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 34,9 с (26–36 с), тромбиновое время – 17,9 с (14–21 с).

Учитывая данные анамнеза и клинико-лабораторного обследования: острое начало, лихорадка, интоксикация, проявления ангины, «малиновый язык», экзантема с геморрагическим компонентом, лимфаденопатия, нейтрофильный лейкоцитоз, положительный анализ на стрептотест, был предположен предварительный клинический диагноз: скарлатина, тяжелая форма? Острый кератоконъюнктивит. Гепатит? Дифференциальный диагноз проводить с псевдотуберкулезом, исключить герпесвирусные инфекции.

Лечение: инфузионная терапия глюкозосолевыми растворами в объеме 1,2 л/с. Антибактериальная терапия: цефтриаксон 2 г в сутки внутривенно. Фенкарбол 10 мг·2 раза/день. Кагоцел по 6 мг·3 раза в день.

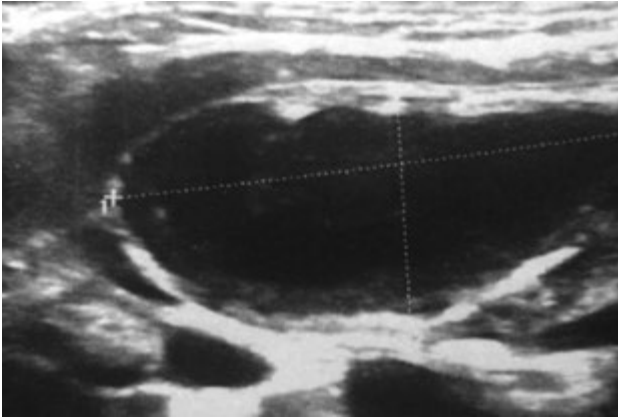


Рис. 2. Ультразвуковое исследование: картина серозного шейного лимфаденита.

Fig. 2. Ultrasonography: picture of serous cervical lymphadenitis.

Ципрофлоксацин по 2 капли 3 раза в день в оба глаза. Полоскание горла раствором фурацилина 3 раза в день.

Несмотря на проводимую терапию, у ребенка сохранялась лихорадка, интоксикация, субиктеричность кожи с нарастанием отеочного синдрома (отеки голеней, стоп, коленных суставов), лимфаденит. Отмечалось ухудшение лабораторных показателей: лейкоцитоз ($29,1 \cdot 10^9/\text{л}$), тромбоцитопения ($162 \cdot 10^9/\text{л}$); СРБ — 123,6 мг/л. (0–10 мг/л), прокальцитонин — 7,4 нг/мл (0,5 нг/мл), мочевины — 13,9 ммоль/л (2,9–8,3 ммоль/л).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и почек: гепатоспленомегалия, диффузные изменения поджелудочной железы и стенок почечных лоханок, увеличение размеров внутрибрюшных лимфатических узлов, свободная жидкость в брюшной полости. УЗИ подчелюстных лимфоузлов: серозный шейный лимфаденит слева в стадии инфильтрации без признаков абсцедирования (рис. 2). Эхокардиография (ЭхоКГ): поперечные трабекулы в левом желудочке, сеть Хиари в правом предсердии, размеры полостей и систолическая функция левого желудочка в норме, выпота в полости перикарда нет. Рентгенография органов грудной клетки: инфильтративных теней нет, легочный рисунок обогащен с двух сторон, значительно больше справа, правый корень широкий.

К 3-му дню госпитализации у ребенка установлена генерализованная вирусно-бактериальная инфекция (длительная лихорадка, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия, геморрагическая экзантема, кератоконъюнктивит, гепатит, отеочный синдром на фоне гипоальбуминемии, воспалительные изменения в общем анализе крови, нарушение гомеостаза, повышение уровня прокальцитонина) предположен риск развития синдрома системного воспалительного ответа (systemic inflammatory response syndrome, SIRS). Наличие длительной лихорадки, интоксикации, поражения кожи и слизистых, лимфопролиферативного синдрома, системного характера изменений гомеостаза требовало исключения синдрома Кавасаки.



Рис. 3. ЭхоКГ: картина вальвулита (утолщение створок аортального клапана).

Fig. 3. US picture of valvulitis (thickening of the aortic valve cusps).

Ребенок по тяжести состояния переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, где на фоне инфузионной и комбинированной антибактериальной терапии мерексидом 60 мг/кг в сутки и линезолидом 200 мг 3 раза в сутки сохранялось тяжелое состояние, тем не менее с **4-го дня** лечения стал уменьшаться отеочный синдром, по данным УЗИ уменьшилось количество свободной жидкости в брюшной полости, размеры печени и селезенки уменьшились. Однако на 5-е сутки появилось учащение и разжижение стула до 7 раз в день, с примесью зелени при отрицательном обследовании кала на токсины А и В *Cl. difficile*.

На 8-й день госпитализации на фоне сохраняющегося нейтрофильного лейкоцитоза до $22,5 \cdot 10^9/\text{л}$ и повышенной СОЭ до 30 мм/ч в биохимических показателях сыворотки крови значительно снизился уровень прокальцитонина — 0,19 нг/мл и СРБ — 29,6 мг/л, нормализовались показатели общего белка, альбумина, билирубина и трансаминаз. Реакция пассивной гемагглютинации с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумами в динамике сохранялась отрицательной. Посевы крови на стерильность роста микрофлоры не дали. Диагноз псевдотуберкулеза был снят. Кожа очистилась от сыпи.

На 13-й день госпитализации появился систолический и диастолический шум в сердце, тахикардия до 104 в минуту. Ребенок осмотрен кардиологом проф. И.И. Труниной. Заподозрена инфекционно-токсическая кардиопатия. Рекомендовано повторное проведение ЭхоКГ и исследование крови на АСЛ-О (отрицательный результат). Дополнительно назначен левокарнитин.

ЭхоКГ в динамике (рис. 3). Умеренный стеноз аортального клапана, утолщение створок аортального клапана, аортальная регургитация 1-й степени. Утолщение межжелудочковой перегородки. Размеры полостей сердца в пределах нормы. Поперечные трабекулы в левом желудочке. Показатели систоличе-

ской функции левого желудочка в пределах нормы. Выпота в полости перикарда не выявлено. Коронарные сосуды интактны.

Консультация кардиолога проф. Н.П. Котлюковой: у ребенка с генерализованной бактериальной инфекцией имеет место инфекционная кардиопатия в виде вальвулита аортального клапана с риском развития бактериального эндокардита. Рекомендовано усилить антибактериальную терапию (ванкомицин, цефуроксим парентерально), продолжить противовирусную терапию (виферон по 500 000 МЕ 2 раза в день). Показан курс габриглобина по 50 мл № 3.

Заключение консилиума: учитывая наличие клинического синдрома комплекса, характеризующегося длительной лихорадкой, интоксикацией, лимфаденопатией с односторонним поражением лимфоузлов, экзантемой, геморрагическим синдромом, гепатоспленомегалией, развитием гепатита, вальвулита аортального клапана, а также данные эпидемиологического анамнеза — контакт ребенка с кошками, нельзя исключить бартонеллез (болезнь кошачьих царапин). Рекомендовано продолжить антибактериальную терапию кларитромицином из расчета 15 мг на 1 кг массы тела курсом до 14 дней. Назначено исследование крови в лаборатории риккетсиозов НИИМиЭ им. Н.Ф. Гамалеи: РНИФ к *Bartonella henselae*.

С 15-го дня госпитализации лихорадка купирована. Лимфоузлы несколько уменьшились в размерах, но сохранялось увеличение подчелюстных лимфоузлов слева до 26 x 15 x 20 мм и печени до +3 см. Биохимические показатели сыворотки крови нормализовались. В общем анализе крови сохранялась эозинофилия до 8–18%, тромбоцитоз 415–500·10⁹/л и повышение СОЭ до 55 мм/ч. **24-й день** госпитализации: получен результат исследования крови: РНИФ к *Bartonella henselae* — 1:640 (диагностический титр больше 1:40).

Клинический диагноз

Основной: бартонеллез (болезнь кошачьих царапин), тяжелая, генерализованная форма.

Осложнения: инфекционно-токсическая кардиопатия. Вальвулит аортального клапана, недостаточность аортального клапана 2-й степени, Недостаточность кровообращения 0 степени.

Сопутствующие заболевания: острый тонзиллит стрептококковой этиологии; малые аномалии развития сердца.

Выписан на 35-й день госпитализации в удовлетворительном состоянии. Аппетит хороший. Температура тела стойко нормальная. Кожа обычной окраски, чистая, шелушения нет. Катаральные явления отсутствуют. Шейные лимфоузлы слева до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 84 в минуту, выслушивается

нежный систолический и протодиастолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные лабораторного исследования при выписке: Нв — 115 г/л, эр. — 4,3·10¹²/л, тр. — 275·10⁹/л, л. — 7,9·10⁹/л, п. — 4%, с. — 42%, э. — 4%, лимф. — 38%, мон. — 10%, плазмоциты — 2%; СОЭ — 28 мм/ч. Общий анализ мочи — без патологии. УЗИ органов брюшной полости — гепатомегалия, реактивные изменения поджелудочной железы, перегиб желчного пузыря. ЭхоКГ — утолщение правой коронарной створки аортального клапана, аортальная регургитация 1 степени (градиент давления выходного отдела левого желудочка 7,5 мм рт.ст.). ЭКГ — синусовая аритмия, нормальное положение электрической оси сердца, удлинение электрической систолы желудочков.

Рекомендации при выписке:

Наблюдение участкового педиатра, кардиолога, инфекциониста.

Домашний режим 1 мес, домашнее обучение.

Ибупрофен 1 таблетка 3 раза в день — 3 нед.

Доксициклин 100 мг в сутки — 7 дней.

УЗИ органов брюшной полости, шейных лимфатических узлов — через 1 мес.

Контроль общего анализа крови, общего анализа мочи, ЭКГ через 2 недели. Контроль ЭхоКГ — через 1 мес. Анализ крови методом РНИФ на бартонеллез через 2–3 нед.

Медицинский отвод от занятий физкультурой, в спортивных секциях на 6 мес.

Катамнез. Через 1 мес после выписки — размеры лимфоузлов и печени уменьшились до нормы. Выслушивается неинтенсивный систолический шум на верхушке, исчезает в положении стоя после физической нагрузки (физиологический шум, обусловленный поперечными трабекулами в левом желудочке). Анализ крови на маркеры бартонеллеза — отрицательные.

ЭхоКГ от 15.09.2017 г.: удлинение правой коронарной створки аортального клапана без его стенозирования. Аортальная регургитация 1 степени. Размеры полостей сердца в пределах нормы. Поперечные трабекулы в левом желудочке. Показатели систолической и диастолической функции левого желудочка в пределах нормы.

Данный клинический случай указывает на трудности диагностического поиска при бартонеллезе у детей. Дифференциальный диагноз у ребенка 11 лет с полиморфной клинической картиной в дебюте заболевания проводился с иерсиниозом (псевдотуберкулезом), скарлатиной, синдромом Кавасаки

Данные за псевдотуберкулез: длительная лихорадка, интоксикация, кератоконъюнктивит, прогрессирующая экзантема, генерализованная лимфадено-

нопатия, гепатоспленомегалия, иктеричность кожи, билирубинемия, нейтрофильный лейкоцитоз, зимняя сезонность, возраст 11 лет. *Данные против псевдотуберкулеза*: отсутствие выраженных болей в животе.

Данные за скарлатину: острое начало, лихорадка, интоксикация, проявления ангины, лимфаденопатия, экзантема, положительный стрептотест, нейтрофильный лейкоцитоз, зимняя сезонность. *Данные против скарлатины*: иктеричность кожи, сливной

характер сыпи, папулезные элементы, шелушение с 4-го дня болезни, гепатолиенальный синдром, отсутствие эффекта от лечения дома азитромицином.

Цель демонстрации — привлечь внимание к этой проблеме не только инфекционистов, но и педиатров, а также врачей общей практики. Следует помнить, что любое атипичное проявление болезни служит поводом для исключения риккетсиозов, в том числе бартонеллеза [7].

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Харламова Ф.С., Гусева Н.А., Гусева Л.Н., Егорова Н.Ю., Бойцов В.П. Бартонеллез у детей. Часть 1. Лечащий врач 2015; 11. <https://www.lvrach.ru/2015/11/15436336/> [Kharlamova F.S., Guseva N.A., Guseva L.N., Egorova N.Yu., Boitsov V.P. Bartonellosis in children (part 1) Lechaschij Vrach 2015; 11. <https://www.lvrach.ru/2015/11/15436336/> (in Russ)]
2. Харламова Ф.С., Гусева Н.А., Егорова Н.Ю., Рогова Л.А., Легкова Т.П., Фомина В.Л. Бартонеллез у детей. Детские инфекции 2011; 4: 9–14. [Kharlamova F.S., Guseva N.A., Egorova N.Yu., Rogova L.A., Legkova T.P., Fomina V.L. Bartonellosis in children. Detskije Infekcii 2011; 4: 9–14. (in Russ)]
3. Тарасевич И.В., Сайфуллин М.А., Лучишев А.В., Пантюхина А.Н., Мазанкова Л.Н., Дудина К.Р., Макарова В.А., Шпынов С.Н. Завозные риккетсиозы, выявленные в Москве у туристов из эндемических очагов. Эпидемиология и инфекционные болезни 2015; 3: 55–61. <https://epidemiology-journal.ru/ru/archive/article/31492> [Tarasevich I.V., Sajfullin M.A., Luchshev A.V., Pantyuhina A.N., Mazankova L.N., Dudina K.R., Makarova V.A., Shpynov S.N. Imported rickettsiosis, identified in Moscow among tourists from endemic foci. EHpidemiologiya i infekcionnye bolezni. 2015; 3: 55–61. <https://epidemiology-journal.ru/ru/archive/article/31492> (in Russ)]
4. Amer R., Tugal-Tutkun I. Ophthalmic manifestations of bartonella infection. Curr Opin Ophthalmol 2017; 28 (6): 607–612. DOI: 10.1097/ICU.0000000000000419
5. Ouellette C.P., Joshi S., Texter K., Jaggi P. Multiorgan Involvement Confounding the Diagnosis of Bartonella henselae Infective Endocarditis in Children With Congenital Heart Disease. Pediatr Infect Dis J 2011; 36 (5): 516–520. DOI: 10.1097/INF.00000000000001510
6. Georgievskaya Z., Nowalk A.J., Randhawa P., Picarsic J. Bartonella henselae endocarditis and glomerulonephritis with dominant C3 deposition in a 21-year-old male with a Melody transcatheter pulmonary valve: case report and review of the literature. Pediatr Dev Pathol 2014; 17 (4): 312–320. doi: 10.2350/14-04-1462-CR.1
7. Харламова Ф.С., Гусева Н.А., Гусева Л.Н., Егорова Н.Ю., Бойцов В.П. Бартонеллез у детей. Часть 2. Лечащий врач 2015; 2. <https://www.lvrach.ru/2015/12/15436361/> [Kharlamova F.S., Guseva N.A., Guseva L.N., Egorova N.Yu., Boitsov V.P. Bartonellosis in children (part 2). Lechaschij Vrach 2015; 2. <https://www.lvrach.ru/2015/12/15436361/> (in Russ)]

Поступила 11.03.18

Received on 2018.03.11

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.