

УДК 617.711–002–02–036–07–08

Конъюнктивит Парино

В. В. Маврутенков, д-р мед. наук, профессор

ГУ Днепропетровская
медицинская академия
Министерства здравоохранения
Украины; Днепропетровск
(Украина)

E-mail: vmavr@yandex.ua

Ключові слова: кон'юнктивіт
Парино, діти, інфекція *B. henselae*,
діагностика, лікування.

Ключевые слова: конъюнктивит
Парино, дети, инфекция *B.*
henselae, диагностика, лечение.

Parinaud Conjunctivitis

V. V. Mavrutenkov

State Establishment Dnipropetrovsk
medical academy of Health Ministry
of Ukraine; Dnipropetrovsk (Ukraine)

Key words: Parinaud conjunctivitis,
children, *B. henselae* infection, diag-
nostic, treatment.

Кон'юнктивіт Парино або окуло-глангулярний синдром — поліетіологічний симптомокомплекс, що проявляється фолікулярним, гранулематозним (з або без виразки) кон'юнктивітом, супроводжується збільшенням з цього ж боку передньошийного і/або нижньощелепного лімфатичних вузлів.

Матеріал і методи. Надано опис ізольованого виникнення кон'юнктивіту Парино у хлопчика (українець) 13 років без чіткого зв'язку з якою-небудь інфекцією, у тому числі і з хворобою кошачої подряпини, або соматичною патологією. Проведено лікування з системним (*per os*) застосуванням азитроміцину в дозі 500 мг за один прийом, курсом п'ять днів.

Результати. Проведене лікування призвело до одужання. Таким чином, єдиним клінічним проявом інфекції *B. henselae* може бути ізольований кон'юнктивіт Парино, у разі ж гранулематозного кон'юнктивіту, особливо у дітей, в диференційній діагностиці завжди слід виключати феліноз.

Висновки. У осіб без порушень імунітету кон'юнктивіт Парино має хороший прогноз і вимагає мінімальних терапевтичних витрат у вигляді системного застосування антибіотиків класу макролідів без використання яких-небудь додаткових фармакологічних препаратів.

Parinaud Conjunctivitis or oculo-glandular syndrome — polyethiological syndrome characterized by follicular, granulomatous conjunctivitis (with or without ulceration), accompanied with enlarged anterior cervical and/or mandibular lymph nodes on the same side.

Material and methods. A description of clinical example of isolated Parinaud conjunctivitis in a 13 year old white boy (Ukrainian) without a precise connection with any infection, including cat scratch disease or somatic pathology is provided.

Results. The treatment with systemic (*per os*) azithromycin 500 mg at once, in a course of five days led to recovery.

Conclusion. Thus, the only clinical manifestation of *B. henselae* infection can be isolated Parinaud conjunctivitis, and in the case of granulomatous conjunctivitis, especially in children, felinosis should always be excluded in differential diagnosis. In individuals without immunity disorders, Parinaud conjunctivitis has good prognosis and requires minimal therapeutic expenses in the form of systemic administration of antibiotics of macrolide class without any other additional pharmacological agents.

*Глаз — это свет тела
(Евангелие от Матфея, 6:22)*

Синонимы: *syndromus oculo-glandularis, cat-scratch-oculo-glandular syndrome, syndrome Galezowski — Parinaud, leptotrichosis coniunctivalis.*

Дефиниция. Конъюнктивит Парино (КП) или окуло-глангулярный синдром (ОГС) — полиэтио-

логичный симптомокомплекс, характеризующийся фолликулярным, гранулематозным (с или без изъ-

© В. В. Маврутенков, 2014



Фото 1. Анри Парино (Henri Parinaud, 1844–1905 гг.

язвления) конъюнктивитом, сопровождающийся увеличением на этой же стороне переднешейного и/или нижнечелюстного лимфатических узлов [1]. Рассматриваемый КП не следует отождествлять с еще одним эпонимом, связанным с именем Парино, имеющим синонимы: дорсальный синдром среднего мозга или синдром четверохолмия, характеризующийся параличом взора вверх и аккомодации, ретракцией век, а также конвергентно-ретракционным нистагмом при сохранности остальных движений глаз [3].

История. В 1889 г. французский офтальмолог и невролог *Анри Парино* (фото 1) использовал термин ОГС при описании клинического наблюдения за тремя пациентами с односторонним фолликулярным конъюнктивитом, сопровождавшимся унилатеральной преаурикулярной и цервикальной лимфаденопатией, а также продолжительной невысокой лихорадкой [4, 5].

В 1898 г. американский офтальмолог Гарольд Гиффорд (*Harold Gifford*, 1858–1929 гг.) предложил использовать имя *Анри Парино* в качестве эпонима для обозначения ОГС [7].

Эпидемиология. Распространенность КП остается неизвестной и отсутствует в реестре редких (орфановских) заболеваний, т.к. данный синдром имеет полиэтиологичную структуру и не является самостоятельной нозологической формой [8]. Та-

ким образом, КП представляется междисциплинарной клинической проблемой, в которую могут «вовлекаться» не только офтальмологи, а также педиатры, инфекционисты, фтизиатры, онкологи и врачи общей практики [9].

Цель. Улучшить диагностику и менеджмент конъюнктивитов путем описания клинического случая КП.

Описание случая

Ребенок В-дов Валера, 13 лет, украинец. Поступил в клинику инфекционных болезней 17.02.14; выписан 24.02.14 г. (история болезни № 739). Подросток обучается в 7 классе общеобразовательной средней школы г. Днепрпетровска. Предварительный клинический диагноз при поступлении: левосторонний эпидемический паротит? Жалобы при поступлении на припухлость в левой части скулы и шеи, покраснение левого глаза и повышенную утомляемость. Анамнез болезни: заболел остро три дня назад (15.02.14) с возникновения безболезненной припухлости в левой области лица и шеи на фоне удовлетворительного самочувствия. На вторые сутки возникло покраснение левого глаза, в связи с чем обратились к педиатру, который предположил диагноз «эпидемический паротит» и направил на консультацию в инфекционную больницу. Данное состояние пациент ни с чем не связывает, последнее острое заболевание было в январе 2014 г. по типу острой респираторной инфекции. Анамнез жизни: на диспансерном учете по поводу какого-либо хронического заболевания не состоит, аллергией не страдает, привит согласно национальному календарю вакцинации. Проба Манту негативная. Эпидемиологический анамнез: из города за последний месяц не выезжал. Кошек в доме не содержит, однако, не исключает контакта с домашними и дикими кошками у друзей, в школе или на улице в течение месяца. Клинический статус при поступлении: состояние легкой степени тяжести за счет местных проявлений в области лица. Общее состояние удовлетворительное, сон и аппетит не нарушены. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела в аксиллярной области на всем протяжении пребывания в стационаре колебалась в пределах 36,3–37,0°C. Сыпи нет. При осмотре лица (фото 2) обращает на себя внимание фолликулярный конъюнктивит левого глаза без признаков экссудации и изъязвления, а также увеличение переднеушного, подчелюстного и заднешейной группы лимфоузлов. Лимфоузлы при пальпации безболезненные, подвижные, эластичной консистенции, размером: переднеушной — 1x1 см, подчелюстные и заднешейные — 1,5 x 2 см. Нарушений со стороны сердечно-легочной и пищеварительной систем нет. Психоневрологический статус без особенностей (сознание по шкале Глазго 15 баллов). Физиологические отправления не нарушены. Результаты параклинических исследований:

1) Общий анализ крови: НВ — 140 г/л, эритроциты — 4,0 Г/л, п/я — 6 %, с/я — 55 %, эоз. — 6 %, лимф. — 31, вирициты — 1 %, СОЭ — 6 мм/ч.

2) Общий анализ мочи — без отклонений.

3) Бактериологический посев из носоглотки результатов не дал.

4) По результатам исследования соскоба из конъюнктивы глаза методом прямой иммунофлюоресценции антигены респираторных вирусов не выявлены.



5) По результатам серологического обследования острофазовых маркеров (VCA-IgM) инфекции вируса Эпштейна-Барр не выявлено.

Пациенту была назначена следующая терапия: азитромицин внутрь в дозе 500 мг один раз в сутки, строго в одно время. Курс 5 дней. Местно — глазные капли, содержащие офлоксацин (Floxal®) по 1 капле в пораженный глаз 4 раза в сутки. Проведенная терапия оказала эффект и подросток был выписан из отделения в удовлетворительном состоянии.

Дискуссия

Конъюнктивит — это воспалительная реакция соединительной оболочки, вызванная аллергеном или инфекционным агентом (вирусом или микробом), характеризующаяся гиперемией, отеком, экссудацией, зудом, образованием фолликулов или сопочков на слизистой оболочке глаза [10]. Этиология КП весьма разнообразна (табл. 1). Однако наиболее частая причина КП — инфекция *Bartonella henselae* (ранее *Rochalimaea*), типичной формой которой является феллиноз или «болезнь кошачьей царапины» (БКЦ) [11].

Микробом *B. henselae* люди заражаются не только при повреждении кожи вследствие царапин, но и

при попадании кошачьей слюны на слизистую глаз человека от домашних или диких кошек, особенно котят. Наиболее часто, по понятным причинам, инфекции *B. henselae* подвержены дети в возрасте до 15 лет, что имело место и в данном случае [12]. Поэтому, несмотря на то, что в представляемом случае нет указаний на кошачью царапину, возможность контакта подростка с кошками в течение месяца не исключалась. Микроорганизм *B. henselae* является убиквитарной инфекцией, за исключением Антарктиды, где нет естественного обитания кошек. Приблизительно у 10 % домашних и 33 % бездомных кошек в Европе в крови выявляется *B. henselae*. Кошки — здоровые носители *B. henselae*, у которых бактериемия может наблюдаться в течение многих месяцев или даже лет. Трансмиссия *B. henselae* от кошки к кошке осуществляется кошачьей блохой, также не исключена возможность передачи возбудителя между кошками клещами рода *Ixodes*. В связи с этим, теоретически возможно заражение людей непосредственно через укус кошачьих блох или иксодовых клещей, контаминированных *B. henselae* [12, 13]. При заражении *B. henselae* лиц без нарушенного иммунитета может возникнуть локализованное

Таблица 1. Причины и этиотропная терапия КП

Частота	Заболевание	Этиология	Химиопрепараты
Очень часто	Болезнь кошачьей царапины	<i>Bartonella henselae</i>	Азитромицин, ципрофлоксацин, рифампицин, доксициклин и др.
Часто	Туляремия*	<i>Francisella tularensis</i>	Стрептомицин, гентамицин
	Споротрихоз*	<i>Sporotrichum schenckii</i>	Итраконазол, флюконазол
Редко	Туберкулез*	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Изониазид, стрептомицин, Этамбутол, рифампицин
	Сифилис*	<i>Treponema pallidum</i>	Бензилпенициллин
	Кокцидиоидомикоз*	<i>Coccidioides immitis</i>	Итраконазол, кетоконазол
Редко	Паракокцидиоидомикоз	<i>Paracoccidioidomycosis brasiliensis</i>	Итраконазол
	Актиномикоз*	<i>Actinomyces israelii</i> , <i>A. propionicus</i>	Бензилпенициллин, дренаж абсцесса
	Бластомикоз	<i>Blastomyces dermatitidis</i>	Итраконазол
	Инфекционный мононуклеоз	<i>Epstein-Barr virus</i>	Симптоматическое
	Эпидемический паротит	<i>Paramyxovirus</i>	Симптоматическое
	Пастереллёз (геморрагическая септицемия)	<i>Pasteurella multocida (septica)</i>	Бензилпенициллин, доксициклин Амоксициллин/клавулат
	Иерсиниоз	<i>Yersinia pseudotuberculosis</i> <i>Yersinia enterocolitica</i>	Гентамицин, доксициклин, азитромицин Доксициклин, азитромицин
	Сап *	<i>Burkholderia mallei</i>	Имипенем, азитромицин, доксициклин
	Шанкроид *	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Ципрофлоксацин, цефтриаксон
	Венерическая лимфогранулёма (болезнь Дюрана-Николя-Фавра) *	<i>Chlamydia LGV agent L₁, L₂, L₃</i>	Тетрациклин, доксициклин, эритромицин
	Риккетсиоз (Средиземноморская пятнистая лихорадка)	<i>Rickettsia conorii</i>	Тетрациклин, доксициклин
	Листериоз	<i>Listeria monocytogenes</i>	Ампициллин, бисептол
	Офтальмия нодозная (<i>ophthalmia nodosa</i> ; син. офтальмия узелковая)	<i>Lepidoptera (caterpillars)</i> <i>Tarantula Hairs</i>	Симптоматические средства, кортикостероиды или хирургическое удаление

* Возможно изъязвление конъюнктивы

увеличение регионарных лимфоузлов в месте входных ворот инфекции, т.е. БКЦ. Тогда как у пациентов с Т-клеточным иммунодефицитом инфекция *B. henselae* может приобрести системный характер с риском летального исхода [5]. Следует отметить, что в США из 24000 ежегодно зарегистрированных случаев БКЦ приблизительно 80 % приходится на детей и подростков. При этом КП, как одна из форм феллиноза, развивается приблизительно у 3–7 % заболевших лиц. Через 7–14 дней после инокуляции *B.henselae* возникают типичные признаки одностороннего гранулематозного конъюнктивита. Обычно развивается единственная гранулема, но могут быть несколько. В редких случаях возможно развитие кератита [14]. Кроме того, у подростка в общем анализе крови был выявлен один вирицит (атипичный мононуклеар), что характерно для вирусных инфекций. В связи с этим были проведены серологические исследования крови на маркеры вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ) и смывы из носоглотки и конъюнктивы глаза на антиген аденовируса методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ).

По результатам этих исследований в крови обнаружены антитела, присущие для «паст-инфекции», что исключает ВЭБ в качестве причины КП. Так-

же методом ПИФ из отделяемого слизистой глаза и носоглотки антигены аденовируса не выявлены. Терапевтический эффект от применения азитромицина косвенно указывает, что КП у данного пациента, возможно, обусловлен инфекцией *B. henselae*. Несмотря на то, что прямые тесты на выявление в крови специфических антител методом ИФА или ДНК *B. henselae* в соскобе из конъюнктивы не проводились, в представляемом случае КП не сопровождался симптомами и признаками, характерными для иных системных инфекций или паранеопластических заболеваний, что также делает вероятным диагноз феллиноза.

Практические рекомендации

1. Единственным клиническим проявлением инфекции *B. henselae* может быть КП.
2. В случае гранулематозного конъюнктивита, особенно у детей, в дифференциальной диагностике всегда следует исключать феллиноз.
3. У лиц без нарушений иммунитета КП — благоприятное состояние, требующее минимальных терапевтических затрат в виде системного применения антибиотиков-макролидов без использования каких-либо иммуномодуляторов.

Литература

1. Англо-Український ілюстрований медичний словник Дорланда. — Львів: НАУТИЛУС, 2002. — 2688 с.
2. **Tu Y. Elmer.** Parinaud's oculoglandular syndrome / Ch. 4; pecypc: <http://www.ophth.net/downat0502/prof/ebook/duanes/pages/v4/v4c004.html>
3. **Ролак Л. А.** Секреты неврологии [пер. с англ., под ред. проф. О. С. Левина]. — М.: Изд-во БИНОМ, 2008. — 584 с.
4. **Cunningham E. T.** Ocular Bartonellosis / E. T. Cunningham, J. E. Koehler // Am. J. Ophthalmology. — 2000. — Vol.130, № 3. — P.340–349.
5. **Fischer G. W.** Cat Scratch Disease / G. W. Fischer // Principles and Practice of Infectious Diseases / ed. by Mandell G. L., Bennett J. E., Dolin R. — 6th ed. — N. Y.: Churchill Livingstone, Elsevier Inc., 2007. — Vol.1. — P. 1310–1312.
6. SpringerImages; pecypc: http://www.springerimages.com/Images/RSS/1-10.1007_s00415-011-5919-y-0.
7. Parinaud's oculoglandular syndrome / Whonamedit.com; pecypc: <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/400.html>
8. Orphanet; pecypc: <http://www.orpha.net/consor/www/cgi-bin/index.php?lng=EN>
9. Parinaud Oculoglandular Syndrome as a Prominent Presenting Feature of Kikuchi-Fujimoto Disease — A Case Report and Review of the Literature / Daniela Hoehn, Kamal K. Bala, Wen Fan, C. Cameron Yin // *North Am. J. Med Sci.* — 2011. — Vol.4, N2. — P. 96–99.
10. **Петруня А. М.** Инфекционные заболевания глаз у детей / А. М. Петруня, С. А. Лупырь // 3 турботою про дитину. — 2012. — № 7 (34). — С. 24–28.
11. Spotting Bartonella — Associated Uveitis / M. C. Chappell, J. M. Jumper, H. R. McDonald [et al.] // *Rev. Ophthalmology.* — 2011. — N 3, Vol. 21; pecypc: http://www.revophth.com/content/d/retinal_insider/c/27334/
12. Transmission Cat scratch disease (CSD), *Bartonella henselae*; pecypc: <http://www.cdc.gov/bartonella/transmission/index.html>
13. The vector-borne human infections of Europe / Their distribution and burden on public health. — Copenhagen, Denmark: WHO, 2004. — 145 p.
14. Duane's Ophthalmology on CD-ROM, 2006 Ed.; pecypc: <http://www.ophth.net/downat0502/prof/ebook/duanes/pages/v4/v4c004.html>

Поступила 14.05.2014

References

1. Dorland's English-Ukrainian illustrated medical dictionary. Lvov: NAUTILUS; 2002. 2688 p.
2. **Elmer TuY.** Parinaud's oculoglandular syndrome. Ch. 4. Available at: <http://www.ophth.net/downat0502/prof/ebook/duanes/pages/v4/v4c004.html>
3. **Rolak LA.** Secrets of neurology. Translated from English. Levin OS, editor. M.: Izd-vo BINOM; 2008. 584 p.
4. **Cunningham ET, Koehler JE.** Ocular Bartonellosis. *Am. J. Ophthalmology.* 2000;130(3):340–9.

5. **Fischer GW.** Cat Scratch Disease. Principles and Practice of Infectious Diseases. Ed. by Mandell GL, Bennett J E, Dolin R. 6th ed. N. Y.: Churchill Livingstone, Elsevier Inc. 2007;1:1310–2.
6. SpringerImages. Available at: http://www.springerimages.com/Images/RSS/1–10.1007_s00415–011–5919–y-0.
7. Parinaud's oculoglandular syndrome. Whonamedit.com. Available at: <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/400.html>
8. Orphanet. Available at: <http://www.orpha.net/consor/www/cgi-bin/index.php?lng=EN>
9. **Daniela Hoehn, Kamalesh K Bala, Wen Fan, Cameron C, Yin Parinaud.** Oculoglandular Syndrome as a Prominent Presenting Feature of Kikuchi-Fujimoto Disease — A Case Report and Review of the Literature. *North Am. J. Med Sci.* 2011;4(2): 96–9.
10. Petrunya AM, Lupyr SA. Infectious diseases of the eye in children. *Z turbotoyu pro dytynu.* 2012;7(34):24–8. Russian.
11. Chappell MC, Jumper JM, McDonald HR et al. Spotting Bartonella — Associated Uveitis. *Rev. Ophthalmology.* 2011;3(21). Available at: http://www.revophth.com/content/d/retinal_insider/c/27334/
12. Transmission Cat scratch disease (CSD), *Bartonella henselae*. Available at: <http://www.cdc.gov/bartonella/transmission/index.html>
13. The vector-borne human infections of Europe. Their distribution and burden on public health. Copenhagen, Denmark: WHO; 2004. 145 p.
14. Duane's Ophthalmology on CD-ROM, 2006 Ed. Available at: <http://www.oculist.net/downat0502/prof/ebook/duanes/pages/v4/v4c004.html>

Received 14.05.2014