

УДК 617.7–002.3:616.981.23

Случай эндофтальмита на фоне гонококкового сепсиса

Т. А. Красновид¹, д-р мед. наук; И. В. Свистунов², д-р мед. наук, проф.;
О. С. Сидак-Петрецькая¹, канд. мед. наук; Н. И. Бондарь¹, канд. мед. наук

¹ ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины»;
Одесса (Украина)

² Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика;
Киев (Украина)

E-mail: mihailkogan2@gmail.com

Ключевые слова:

гонококковая инфекция, сепсис, эндофтальмит, эвисцерация

Актуальность. Поражение структур глаза, как правило, развивается при заносе инфекции руками при несоблюдении правил личной гигиены из очагов генитальной гонореи, а также при лимфо- и гематогенном распространении инфекции.

Цель. Представить редкий случай эндофтальмита, который развился в результате гонококкового сепсиса, и выделить его клинические особенности.

Материал и методы. Визометрия, полное офтальмологическое обследование, микробиологическое обследование.

Результаты. Из анамнеза известно, что больной Л. находился на стационарном лечении в урологическом отделении с диагнозом: острый гнойный гонококковый простатит. Острая задержка мочи. Сепсис тяжёлой степени с повреждением печени (абсцесс), левого глаза (гнойный блефарит), гнойный тонзиллит. Спустя неделю пациент госпитализирован с диагнозом: эндофтальмит левого глаза. Несмотря на проведение лечения, клинические проявления эндофтальмита нарастают. Произведена эвисцерация левого глаза.

Выводы. При развитии у пациентов гонококкового сепсиса необходима консультация смежных специалистов и совместное ведение больного для исключения осложнений со стороны различных органов и систем. красного излучения ближнего диапазона спектра.

Гонорея (лат. gonorrhoea, греч. gonos – семя + rhoia – истечение) – острое или хроническое инфекционное заболевание человека, которое передаётся преимущественно половым путём, вызывая гнойное воспаление, обычно ограничивающееся слизистыми оболочками мочеполовых органов и проявляющееся выделениями. Термин «гонорея» впервые применил С. Galen во II веке, хотя заболевание было известно задолго до этого. Возбудитель – гонококк, открытый Neisser в 1879 году в окрашенных мазках из влагалищного, уретрального и конъюнктивального отделяемого. В соответствии с определителем Bergey (1997) *N. gonorrhoeae* входит в семейство Neisseriaceae, род Neisseria, вид Neisseria gonorrhoeae. В мире ежегодно регистрируется до 60 млн. случаев гонореи [3].

Гонококки могут также поражать слизистую оболочку прямой кишки, глаз, глотки и изредка обуславливают генерализацию инфекции и выраженную интоксикацию [3, 4]. Экстрагенитальную (внеполовую) локализацию инфекции подразделяют на следующие типы: конъюнктивит; гонококковые поражения полости рта и глотки (стоматит, гингивит, фарингит, ларингит); диссеминированная гонококковая инфекция (бактериемия, конъюнктивит, иридоциклит, дерматит,

миозит, менингит, плеврит, пневмония, артрит, синовиты, остеомиелит); острый гонококковый перигепатит [4].

Диссеминированная гонококковая инфекция встречается редко (у 0,1-0,3% больных гонореей) в результате метастазирования возбудителя из первичного очага в другие органы и системы. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:4. Особенно часто она возникает у беременных. Клинически проявляется лихорадкой, асимметричными теносиновитами кистей и стоп, артритом, гепатитом, лёгким миокардитом и высыпаниями, чаще на дистальных участках разгибательных поверхностей конечностей [3, 5].

Диссеминированная гонококковая инфекция может осложняться развитием гонококкового сепсиса, который иногда сопровождается эндо-, мио- и перикардитом, менингитом, абсцессом мозга, перитонитом, остеомиелитом, синовитом, поражением печени и почек, клиническая картина которых не имеет патогномичных симптомов. В большинстве случаев общее состояние средней тяжести с интермиттирующей лихорадкой

(38-40,5°C), ознобом, болями в суставах, поражением кожи. Диагноз подтверждается обнаружением гонококков при посевах крови [3].

По данным О. К. Шапошникова [1], гонококковый сепсис, подобно другим формам сепсиса, протекает по-разному. По клинической картине и течению гонококковая септикопиемия ничем не отличается от других видов пиемии, но лучше поддается воздействию антибиотиков, которые кардинально изменили её исход. Если в прошлом гонококковый эндокардит встречался в 26% случаев гонопиемии, то с открытием пенициллина он стал крайне редким: в английской литературе за 1942-1979 гг. описано всего 14 больных. Более частым вариантом гонопиемии является относительно мягкая форма с интермиттирующей лихорадкой в пределах 38-39°C, ознобом, артралгиями или артритами и типичными кожными высыпаниями. Такая форма сепсиса получила название «доброкачественной гонококкемии» или «синдрома гонококкового дерматита». При этом «доброкачественность» даже самой лёгкой формы сепсиса относительна. Отмечено, что все виды гонококкового сепсиса, как правило, хорошо поддаются лечению пенициллином и другими антибиотиками, если только терапия начата своевременно, до развития необратимых изменений в органах.

Таким образом, патогенный спектр гонококковых поражений весьма широк – от асимптомной инфекции слизистых оболочек до гнойного менингита и гонококкового сепсиса. При этом в доступной нам литературе в последние годы отсутствует описание случаев гонококкового сепсиса с летальным исходом. Крайне редко сообщается о гонококковой септицемии с образованием гнойно-метастатических очагов и развитием эндокардита и менингита, ещё реже – поражения печени как проявление синдрома Фитц-Хью-Куртиса [2].

В соответствии с МКБ-10 одной из форм гонококковой инфекции, которую следует учитывать, является А54.8 – другие гонококковые инфекции (включает: абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, пневмонию, сепсис, поражение кожи), а также выделяется форма А54.3 – гонококковая инфекция глаз (включает: конъюнктивит, иридоциклит, гонококковую офтальмию новорождённых).

По данным В. А. Молочкова с соавт. [3], гонококковое поражение структур глаза, как правило, развивается при заносе инфекции руками при несоблюдении правил личной гигиены из очагов генитальной гонореи, а также при лимфо- и гематогенном распространении инфекции; новорождённые заражаются во время прохождения родовых путей больной матери или внутриутробно. Инкубационный период 3-4 дня. Проявляется сильным отёком век, светобоязнью, обильным гнойным отделяемым в углах глаз. Конъюнктивит резко гиперемирован, легко кровоточит. Возможно асимптомное течение гонорейного конъюнктивита. В более тяжёлых случаях вовлекается и роговая оболочка. На ней появляются изолированные язвы с развитием пер-

фораций. Прогрессирование процесса может привести к язвенному разрушению всей роговой оболочки, до паноптальмита, со слепотой в итоге.

Цель работы – представить редкий случай эндофтальмита, который развился в результате гонококкового сепсиса, и выделить его клинические особенности.

Под наблюдением в отделении посттравматической патологии глаза ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины" находился больной Л., 1975 года рождения.

Из анамнеза известно, что 18.01.2020 г. бригадой скорой медицинской помощи он был доставлен в урологическое отделение городской больницы, где находился по 04.02.2020 г. с диагнозом: острый гнойный гонококковый простатит; острая задержка мочи; сепсис тяжёлой степени с повреждением печени (абсцесс), левого глаза (гнойный блефарит), гнойный тонзиллит.

При поступлении в урологическое отделение предъявлял жалобы на невозможность самостоятельного мочеиспускания, гнойные выделения из уретры, общую слабость, затруднённое дыхание, одышку. Болеет на протяжении двух месяцев. Пять дней назад состояние ухудшилось, температура повышалась до 39°C.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета, чистые. Дыхание везикулярное. Температура тела 36,6°C. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 140/80 мм рт. ст., пульс 78 ударов в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в надлобковой области. Печень и почки не пальпируются. Симптом раздражения брюшины нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

18.01.2020 г. в приёмном отделении в связи с острой задержкой мочи установлен катетер и выпущено 500 мл. В этот же день проведен онкоосмотр – кожные покровы чистые; периферические лимфоузлы не увеличены; щитовидная железа без особенностей. Ректально: простата увеличена, болезненна, средняя борозда сохранена, слизистая оболочка прямой кишки над железой подвижна. В мазках из уретры были выявлены гонококки.

19.01.2020 г. выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевыводящих путей: мочевого пузыря – 180 мл, предстательная железа 3,4×5,8×4,8 см, объём 49 см³. Заключение: хронический пиелонефрит в стадии обострения, дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь; острый простатит. 20.01.2020 г. – УЗИ органов брюшной полости. Заключение: гепатомегалия; многокамерная киста правой доли печени; хронический панкреатит.

20.01.2020 г. – флюорография – органы грудной клетки без особенностей.

20.01.2020 г. проведена операция: троакарная цистостомия.

21.01.2020 г. консультирован терапевтом и инфекционистом – гепатит неясной этиологии, желтушная форма.

24.01.2020 г. выполнено повторное УЗИ мочеполовой системы: мочевого пузыря – 270 мл, предстательная железа 3,4×5,3×4,8 см, объём 49,9 см³. Заключение: диффузно-очаговые изменения предстательной железы; острый простатит.

При рентгенокопии органов грудной клетки и УЗИ плевральных полостей 24 и 25 января 2020 г. выявлен двухсторонний гидроторакс.

28.01.2020 г. консультирован хирургом - сепсис тяжёлой степени с поражением предстательной железы, печени (абсцесс), левого глаза (гнойный блефарит), гнойный тонзиллит.

31.01.2020 г. и 04.02.2020 г. консультирован дерматовенерологом – хроническая гонорея; гонококковый простатит (A54.2).

01.02.2020 г. проведена операция: дренирование абсцесса печени.

03.02.2020 г. была удалена эпицистостома.

Динамика результатов лабораторных обследований представлена в табл. 1.

Получал консервативное лечение: цефтриаксон, гентамицин, нимесил, раствор Рингера, 5% раствор глюкозы, раствор для инфузий «Изосол», раствор для инъекций «Медролгин», раствор для инъекций «Гепа-метион», омник, канефрон Н, циклоферон, омез, панкреатин, энтерол, энтеросгель, энтерожермин, флуконазол, нистатин, тивортин аспаргат, максибалакс,

Таблица 1. Динамика результатов лабораторных обследований

Дата обследования	Общий анализ крови							
	Эр	Нб	Цв. п.	Л	п	с	л	м
18.01.2020	4,5	130	0,83	10,6	0	60	6	4
20.01.2020	3,4	98	-	10,1	6	60	22	12
28.01.2020	3,4	100		14,3	11	65	16	7
22.01.2020	ПТИ - 81			Пт – 16,4		Фибриноген – 3,9		

	Свёртываемость крови	
	Начало	Конец
28.01.2020	3'154	3'454
31.01.2020	4'00	4'30

	Биохимия крови							
	Билирубин			АСТ	АЛТ	Мочевина	Креатинин	Глюкоза
	общ.	прям.	непрям.					
20.01.2020	109,3	84,9	24,4	54	57	-	-	-
22.01.2020	135,3	67,7	67,6	-	-	4,4	127	4,0
28.01.2020	49,6	15,7	33,9	61	82	-	-	-

Примечание: Эр – эритроциты, Нб – гемоглобин, Цв. п. – цветной показатель, Л – лейкоциты, п – палочкоядерные, с – сегментоядерные, л – лимфоциты, м – моноциты, ПТИ – протромбиновый индекс, Пт – протромбин,

АСТ – аспаратаминотрансфераза, АЛТ – аланинаминотрансфераза,

Эп. пл. – эпителий плоский, Эп. пер. – эпителий переходный, Эр. неизм. – эритроциты неизменённые, Эр. измен. – эритроциты изменённые,

C. albicans – Candida albicans, Гн – гонококк, Трих. – трихомонада, ГН – гломерулонефрит, РВ – реакция Вассермана, ЩФ – щелочная фосфатаза, ГГТ – гамма-глутамилтрансфераза.

Дата	Общий анализ мочи							
	Белок	Эп. пл.	Эп. пер.	Л	Эр. неизм.	Эр. измен.	АК	Жёлчные пигменты
20.01.2020	-	-	-	-	-	-	-	+
21.01.2020	0,08	4-6	2-3	20-55	5-15	-	Опухолевых клеток нет	-
24.01.2020	0,65	0-0-1	0-1	8-12	1-3	0-1	Опухолевых клеток нет	-
28.01.2020	0,03	1-3	0-0-1	0-0-1	-	-	-	-
21.01.2020	Бакпосев мочи – бактериурия не выявлена							
24.01.2020	Бакпосев материала из уретры выявил энтерококки, стрептококки, C. albicans							

Дата	Мазок из уретры					
	Гн	Трих.	Л	Флора	Эп. пл.	Бакпосев на ГН
22.01.2020	Не выявл.	Не выявл.	Густо в п/зр.	+ скудно	Единич. в п/зр.	№70 – негатив.
23.01.2020	Не выявл.	Не выявл.	50-80 в п/зр.	+ умеренно	1-2-4 в п/зр.	№58 – позитив.
24.01.2020	Не выявл.	Не выявл.	Густо в п/зр.	Не выявляется	-	№61 – позитив.
18.01.2020	РВ № 472 – отрицательная					
21.01.2020	Экспресс-тест на ВИЧ - негативный					
21.01.2020	Маркеры гепатитов А, В, С - не выявлено (количественный и качественный cito-тесты); ЩФ – 281,86 МЕ/л, ГГТ – 162,88 ед/л.					

свечи «Диклоберл», 0,5% глазные капли «Офтаквикс», 30% глазные капли «Альбуцид».

На фоне проведенного лечения отмечалась позитивная динамика, восстановлено самостоятельное мочеиспускание, диурез достаточный, болей нет. Кожа и видимые слизистые оболочки обычного цвета. По дренажу из абсцесса печени отделяемое отсутствует. Выделение гноя из уретры отсутствует. Дыхание свободное через нос, одышка не беспокоит. Отсутствует зрение левого глаза.

Выписан из урологического отделения 04.02.20 г. (на 17 сутки) в удовлетворительном состоянии для амбулаторного лечения у хирурга и дерматовенеролога по месту жительства и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения у офтальмолога.

В ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» пациент обратился 10.02.2020 г. с жалобами на отсутствие зрения на левом глазу, покраснение, светобоязнь на протяжении 4 дней. В этот же день больной госпитализирован (ИБ № 667293) в отделение посттравматической патологии глаза с диагнозом: эндофтальмит левого глаза (рис. 1).

Состояние OS: раздражён, смешанная инъекция, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка изменена в цвете, задняя круговая синехия, зрачок ригидный, хрусталик мутный, васкуляризация передней капсулы хрусталика, рефлекс тусклый.

Состояние OD: спокойный, роговица прозрачная, блестящая, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, хрусталик прозрачный, рефлекс розовый, ДЗН бледно-розовый, границы чёткие, сетчатка прилежит.

Острота зрения левого глаза – 0 «ноль», правого – 1,0. ВГД OS – 14,0 мм рт. ст. (пневмотонометрия) (под Дорзатимолом + Бримонал 0,2% 2 р/д); OD – ТпН.

Результаты УЗ сканирования 10.02.2020 г.: OS – грубый преретинальный фиброз стекловидного тела; отёк хориоретинального слоя (ЦХО?), экскавация ДЗН; сетчатка прилежит.

12.02.2020 г. произведена эвисцерация левого глаза. Послеоперационный период протекал без осложнений.

13.02.2020 г. при микробиологическом исследовании содержимого передней камеры обнаружены *Escherichiae coli*.

Больной получал консервативное лечение: азитромицин – 500 мг в сутки, левофлоксацин – 500 мг в сутки, омник – 400 мг в сутки, гепаметион – 200 мг 2 раза в сутки, мелбек – 15 мг в/м, дексалгин – 25 мг в/м, глазные капли «Дорзатимол», 0,2% глазные капли «Бримонал», 0,5% глазные капли «Вигамокс», 0,01% глазные капли «Окомистин», 0,5% глазные капли «Офтаквикс», 0,1% глазные капли «Униклофен», мазь «Флоксал».

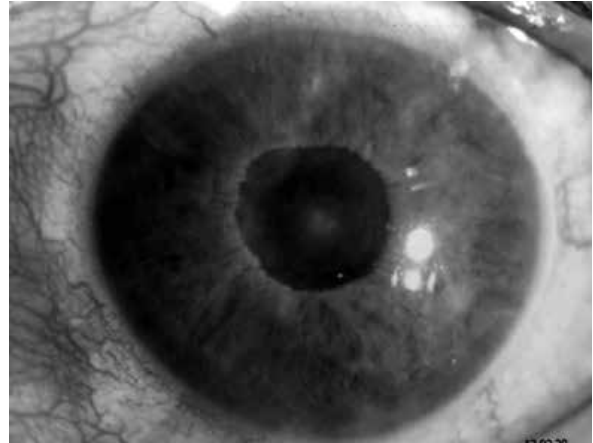


Рис. 1. Эндофтальмит левого глаза.



Рис. 2. Глазная полость слева протезирована.

Через неделю после оперативного вмешательства конъюнктивальная полость левого глаза чистая, швы, отёка нет, культя подвижная во всех направлениях. Глазная полость протезирована (рис. 2). При микробиологическом исследовании отделяемого конъюнктивы бакпосевы роста не дали.

Таким образом, представлен редкий случай диссеминированной гонококковой инфекции с развитием сепсиса тяжёлой степени с повреждением печени (абсцесс), гнойным тонзиллитом и гнойным блефаритом левого глаза с исходом в эндофтальмит и последующей его эвисцерацией.

Особенностями гонококкового поражения глаз являются поздние сроки обращения к офтальмологу, быстрота развития эндофтальмита, асимметричность поражения, отсутствие поражения роговой оболочки.

При развитии у пациентов гонококкового сепсиса необходима консультация смежных специалистов и совместное ведение больного для исключения осложнений со стороны различных органов и систем.

Литература

1. Венерические болезни: Рук-во для врачей / Под ред. О.К. Шапошникова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1991. – С. 350-351.
2. Вольф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И. и др. Дерматология Фитцпатрика в клинической практике. Перев. с англ. под общей редакцией Н.Н. Потекаева и А.Н. Львова. – Т. 3. – М.: Бином, 2013. – С. 2173.

3. Инфекции, передаваемые половым путём. Клиника, диагностика, лечение / Под ред. В.А. Молочкова, О.И. Иванова, В.В. Чеботарёва. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – С. 356-370.
4. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В двух томах. – 2-е изд., перераб. и доп. – Т. 1 / Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. – М., Медицина, 1999. – С. 608-629.
5. **Levens E.** Disseminated gonococcal infection // Primary care update for OB/GYNs. – 2003. – Vol. 10, Issue 5. – P.217-219.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, которые могли бы повлиять на их мнение относительно предмета или материалов, описанных и обсуждаемых в данной рукописи.

Поступила 03.06.2020

Випадок енд офтальміту на фоні гонококового сепсису

Красновид Т.А., Свистунов І.В., Сідак-Петрецька О.С., Бондар Н.І.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України; Одеса (Україна)

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; Київ (Україна)

Актуальність. Гонококове ураження структур ока, як правило, розвивається при занесенні інфекції руками при недотриманні правил особистої гігієни з вогнищ генітальної гонореї, а також при лімфо- і гематогенному поширенні інфекції.

Мета. Представити рідкісний випадок енд офтальміту, який розвинувся в результаті гонококового сепсису, і виділити його клінічні особливості.

Матеріал і методи. Візометрія, повне офтальмологічне обстеження, мікробіологічне обстеження.

Результати. З анамнезу відомо, що хворий Л. перебував на стаціонарному лікуванні в урологічному від-

діленні з діагнозом: гострий гнійний гонококовий простатит. Гостра затримка сечі. Сепсис важкого ступеня з пошкодженням печінки (абсцес), лівого ока (гнійний блефарит), гнійний тонзиліт. Через тиждень пацієнт госпіталізований з діагнозом: енд офтальміт лівого ока. Незважаючи на проведення лікування, клінічні прояви енд офтальміту наростали. Проведена евісцерація лівого ока.

Висновки. При розвитку у пацієнтів гонококового сепсису необхідна консультація суміжних спеціалістів і спільне ведення хворого для виключення ускладнень з боку різних органів і систем.

Ключові слова: гонококова інфекція, сепсис, енд офтальміт, евісцерація