Сучасні аспекти ботулізму в практиці лікаря-інтерніста

**Москалюк В. Д.[1], Сидорчук А. С.[1], Богачик Н. А.[1],
Венгловська Я. В.[2], Миндреску В. Б.[2]**

[1]Буковинський державний медичний університет

[2]Чернівецька обласна клінічна лікарня

Modern aspects of botulism in the practice of physician-internist

***Moskaliuk V. D.[1], Sydorchyuk A. S.[1], Bohachyk N. A.[1],
Venglovs'ka Y. V.[2], Myndresku V. B.[2]***

[1]Bukovina State Medical University

[2]Chernivtsi Regional Hospital

E-mail: vdmoskaliuk@rambler.ru; Moskaliuk V. D.

Актуальність. За даними МОЗ України, за період з 2009 по 2011 роки спостерігалося незначне зменшення захворюваності на ботулізм: у 2009 році діагностовано 123 випадки ботулізму, з них 7 осіб померло, в 2010 – 84, з них 2 померло та в 2011 – 83, з них 3 померло.

В інфекційному відділенні КУ "Обласна клінічна лікарня" в 2009 році перебували на стаціонарному лікуванні 6 осіб, у 2010 – 3, у 2011 – 6, у 2012 – жодного хворого та у 2013 році – троє хворих на ботулізм. У Чернівецькій області за останні 5 років було зареєстровано 18 хворих (1,9 на 100 тис. населення).

Смертельних випадків не було, але помилок у діагностиці спостерігалось чимало, не дивлячись на чітко окреслену клінічну картину цієї хвороби, яка в цілому характеризується паралітичним синдромом з утягненням у патологічний процес різних відділів нервової системи.

Мета дослідження – проаналізувати стаціонарні карти 18 пацієнтів з ботулізмом на предмет встановлення діагностичних помилок лікарів різних спеціальностей задля акцентування уваги лікарів-інтерністів на основні синдроми цієї інфекційної недуги та уникнення помилок.

Матеріали та методи. Виконано ретроспективний аналіз епідеміологічного дослідження з аналізом 18 стаціонарних карт пацієнтів інфекційного відділення Обласної клінічної лікарні м. Чернівці (завідувач – В.Б. Миндреску) з діагнозом «Ботулізм». Результати грунтувались на загальноклінічних, лабораторних та інструментальних додаткових методах дослідження із залученням консультувань лікарів-інтерністів.

Отримані результати. При обстеженні хворих на ботулізм лікарями-неврологами, як правило, встановлюється топічний діагноз – стовбуровий енцефаліт, але мова не йде про етіологію хвороби, тобто про ботулізм.

Непоодинокі випадки діагностичних помилок й у результаті неправильної оцінки лікарями інших суб'єктивних і об'єктивних симптомів. Так, наприклад, хвора скаржиться на утруднене ковтання, а лікар при огляді слизової оболонки ротової порожнини бачить виражену гіперемію (не звертає уваги на її сухість), розцінює скаргу хворого як біль при ковтанні й діагностує катаральну ангіну. Гірше того, ми спостерігали випадок, коли хворий скаржився на утруднене дихання, а ЛОР при огляді «виявив стеноз гортані» (це при паралітичному синдромі!), провів трахеотомію. Однак цей захід не покращив дихання хворого, бо воно було результатом ураження міжреберних нервів і, відповідно, слабістю дихальної мускулатури. Крім того, пацієнт не міг самостійно мочитись, тому була накладена й епіцистостома. Ботулізм був діагностований лише на 7-й день хвороби.

Відомо, що бувають випадки, коли в початковій стадії ботулізму виникають симптоми ураження шлунково-кишкового тракту (біль у епігастральній ділянці, нудота, кількаразове блювання й короткочасний пронос), а через кілька годин чи днів з'являються типові симптоми ботулізму. Як правило, в цих ситуаціях діагностують гострі кишкові інфекції, харчову токсикоінфекцію, розцінюючи такі скарги, як сухість у роті, погіршення зору за результат зневоднення організму, не звертаючи уваги на відсутність клінічних симптомів порушення водноелектролітного балансу, (нормальний, а подеколи навіть підвищений артеріальний тиск, відсутність тахікардії, зниження тургору шкіри і т.п.), що характерно для «банальної» харчової токсикоінфекції. Так, за епідеміологією й патогенезом ботулізм належить до харчових токсикоінфекцій (на організм діє готовий токсин, який поступає в організм людини з харчовими продуктами), але, на відміну від харчових токсикоінфекцій, які викликаються токсинами стрептококів, стафілококів**,** умовно патогенної флори, захворювання на ботулізм не зумовлює відчутного зневоднення, а чинить вплив, насамперед, на нервову систему, порушуючи передачу нервових імпульсів з нервових закінчень на м'язові волокна.

Паралітична дія ботулотоксину може проявитись й ураженням міжреберних нервів, що призводить до дихальної недостатності різного ступеня аж до необхідності застосування штучної вентиляції легень.

Клінічно виділяють наступні найбільш типові синдроми інфекційної хвороби, спричиненої Clostridium botulinum: офтальмоплегічний синдром – суб'єктивно він проявляється порушенням зору («туман», «сітка перед очима», «двоїння предметів»), а об'єктивно – птозом повік, мідріазом, збіжною чи розбіжною косоокістю, ністагмом, слабістю конвергенції. Назоплегічний синдром суб'єктивно проявляється гугнявістю, носовим відтінком вимови, а об'єктивно – виливанням рідкої їжі через ніс, паралічем м'якого піднебіння, яке виявляють при ороскопії. Фарингоплегічний синдром проявляється закашлюванням при намаганні проковтнути їжу в зв'язку з парезом чи паралічем надгортанника, що може зумовити попадання їжі в дихальні шляхи й асфіксію. Ларингоплегічний синдром проявляється ознаками парезу чи параліча голосових складок. Парез буде супроводжуватись охриплістю голосу, а параліч голосових складок – афонією.

Ці синдроми є найбільш ранніми і маніфестними в перебігу хвороби, оскільки вони пов'язані з ураженням черепномозкових нервів, і розуміння механізмів виникаючих порушень повинно б сприяти уникненню діагностичних помилок. На практиці ж помилки в діагностиці ботулізму найчастіше зумовлені якраз недооцінкою цих синдромів.

Так, при огляді окуліста, до якого в першу чергу й звертаються хворі у зв'язку з погіршенням зору, описуються, як правило, прозорість середовищ, деталі змін очного дна, особливо у пацієнтів похилого віку, але не оцінюється різниця в ширині очних щілин, результати перевірки реакції зіниць на світло, об'єм рухів очних яблук. У наших спостереженнях був випадок, коли окуліст спостерігав хворого на ботулізм упродовж тижня, а потім рекомендував йому обстеження в обласному діагностичному центрі, висловивши думку про «парез акомодації, можливо, інтоксикаційної етіології».

Інколи говорять про атропіноподібну дію ботулотоксину (клінічно – сухість у роті, розширені зіниці, парез шлунка, сечового міхура, кишечнику з розвитком закрепів). Чим більш виражені ознаки дії ботулотоксину, тим тяжче перебігає хвороба, але ці симптоми треба активно виявляти цілеспрямованим опитуванням пацієнта та його вкрай ретельним об'єктивним обстеженням.

Висновки.

1 Важливою складовою діагностики ботулізму є епідеміологічний анамнез, перш за все з'ясування «харчового» анамнезу (терміном від кількох годин до 10 днів). Як правило, факторами передачі цієї інфекції є продукти домашнього консервування. Найчастіше ними виступають м'ясні консерви, консервовані паштети, рідше – рибні консерви, а також в'ялена риба.

2 Принагідно відмітити, що за останні роки істотно почастішали випадки ботулізму, при яких фактором передавання була саме в'ялена риба різної давності виготовлення, яка зберігалась за кімнатних умов. Акцентуація уваги на можливість участі харчів у передачі ботулотоксину, безумовно, зменшить число помилок у діагностиці ботулізму на догоспітальному етапі.

3 Сподіваємось, що наведені дані з особливостей перебігу ботулізму сприятимуть уникненню діагностичних помилок у практиці лікаря-інтерніста, своєчасній діагностиці й лікуванню цієї небезпечної хвороби в умовах спеціалізованого інфекційного стаціонару.

Сучасні аспекти ботулізму в практиці лікаря-інтерніста [Текст] / В.Д. Москалюк, А.С. Сидорчук, Н.А. Богачик та ін. // Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і Пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 4-5 червня 2014 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, В.Д. Москалюк, О. І. Сміян, В.О. Тєрьошин, Н.І. Ільїна, В.В. Захлєбаєва, А І. Піддубна. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 66-70.