

А.К.ДУЙСЕНОВА, Е.М.СМАИЛ, С.А.БОЧАРОВ, И.Л.КАДЫШЕВА, Т.К.УТАГАНОВА, Е.Н.ТУТАЕВА, Р.Т. ЖУСУПОВА
*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
Городская клиническая инфекционная больница им. И.С.Жекеновой*

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА

Резюме. В статье описан тяжелый случай пищевого ботулизма в г.Алматы. Акцентировано внимание на необходимости своевременного оказания первой помощи и своевременному началу специфической серотерапии при данной тяжелой токсикоинфекции. Дифференциальная диагностика пищевых токсикоинфекций сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Эпидемиологические предпосылки для заражения инфекционным заболеванием имеют первостепенное значение при постановке клинического диагноза.

Ключевые слова: ботулизм, анаэробы, офтальмоплегия, серотерапия

Возбудитель ботулизма широко распространен в южных регионах Казахстана, в т.ч. на территории г. Алматы, обнаруживается в почве и, как следствие, на продуктах, которые могут контактировать с почвой (овощи, ягоды, фрукты, грибы), а также в рыбе, мясе, колбасных изделиях домашнего копчения. При некачественной очистке и обработке указанных продуктов питания, неполноценной термической обработке, возбудитель ботулизма попадает в консервы, где в анаэробных условиях, нередко при недостаточном количестве соли, кислот и других консервантов, начинает активно размножаться, выделяя ботулотоксин.

По данным статистического кабинета ГКИБ г.Алматы за период с 2004 по 2011 гг. зарегистрировано 64 случая ботулизма, наибольшее число случаев заболевания отмечилось в 2005 г. (13) и в 2010 г. (10), летальных случаев 3: 2 в 2005 и 1 в 2006 гг. Анализ заболеваемости ботулизмом за представленный период свидетельствует, что заболевание регистрируется в виде спорадических случаев от 3 до 13 заболевших в год. Данные цифры отражают истинную заболеваемость, так как ГКИБ является единственной инфекционной больницей в городе.

Приводим клинический случай тяжелого пищевого ботулизма.

07.04.2012 г. в городскую клиническую инфекционную больницу (ГКИБ) г.Алматы им. И.С.Жекеновой (главный врач Тастанбекова Л.М) по экстренным показаниям госпитализирован пациент Д., 28 лет. Больной переведен из приемного отделения БСМП г. Алматы после консультации сотрудника кафедры инфекционных и тропических болезней с курсом «ВИЧ-инфекция и инфекционный контроль», который диагностировал тяжелую форму ботулизма. При опросе жалобы на выраженную общую и мышечную слабость, сухость во рту, двоение в глазах, тяжесть в веках (не может открыть глаза), нарастающую нечеткость зрения, «сетку» и «туман» перед глазами, нарушения глотания, речи.

Из анамнеза заболевания, собранного со слов самого пациента (несмотря на тяжесть состояния, больной отвечал на заданные вопросы): заболел остро 7.04.2012 г. утром примерно в 11.00., когда почувствовал резкую слабость, общий дискомфорт, «чувство комка» в горле, стал ощущать мышечную слабость в руках и ногах. Состояние прогрессивно ухудшалось: нарастала слабость, появились двоение в глазах, стал плохо видеть, глаза стали закрываться, при попытке попить воду из-за необычной сухости во рту, стал поперхиваться. В связи с ухудшением состояния в 19.10. на «Скорой помощи» доставлен в приемное отделение БСМП г. Алматы с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), где был осмотрен неврологом и терапевтом – диагноз ОНМК исключен, вызван на консультацию инфекционист. В 22.50. консультирован инфекционистом, который выставил диагноз «Ботулизм, тяжелое течение». Больной в экстренном порядке госпитализирован в ГКИБ г. Алматы. Эпидемиологический анамнез: неделю назад пациент вместе с беременной супругой приехал в г.Алматы в поисках работы, остановился у друга. 06.04.2012 г. употреблял в пищу «осенний» салат - консервированный салат из капусты домашнего приготовления. Со слов больного съел 3-4 ложки салата, вкусовые качества которого ему не понравились. Супруга только попробовала салат. Других соотрапезников не было. Больной в связи с тяжестью состояния госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) (зав.отделением Утаганова Т.К.) и в экстренном порядке созван консилиум с участием главного врача, заместителя главного врача по лечебной работе, зав. кафедрой, доцента КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, главного внештатного анестезиолога и реаниматолога УЗ г.Алматы, невролога и терапевта. Состояние больного расценено как крайне тяжелое, которое обусловлено синдромом дыхательной недостаточности и нейроплегическим синдромом. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Отмечался офтальмоплегический синдромом: двухсторонний птоз, мидриаз, диплопия, нечеткость зрения, отсутствие фотореакции. Склеры инъецированы. Аускультативно в легких жесткое везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 90 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Слизистая ротоглотки сухая. Живот атоничен, перистальтики нет. Перкуторно печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится через катетер. Нарастала дыхательная недостаточность, в связи с чем больной был переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). На рентгенограмме тотальная левосторонняя пневмония.

С момента поступления больной переведен в ОРИТ по тяжести состояния. Учитывая нарушение дыхания в виде диспноэ, нарастание острой дыхательной недостаточности, брадипноэ до 14 в минуту, снижение SpO₂ до 80%, изменений со стороны КЩС крови в виде некомпенсированного дыхательного ацидоза – рН 7,193, рО₂ 145,3 мм.рт.ст., рСО₂ 70,8 мм.рт.ст. решено было перевести больного на ИВЛ. Следует отметить, что интубация проводилась с учетом .. регургитации с предварительной преоксигенацией и применением приема Селика. ИВЛ проводилась в различных режимах, начиная с IPPV и с дальнейшим переводом на VIPAP и SPAP.

Интенсивная терапия включала дезинтоксикационную инфузионную терапию в пределах 3-3,5 литров в сутки (рефортан 250,0 в/в кап № 6; трисоль 800,0 в/в кап № 2;), нейтротропную терапию (прозерин 1,0 3 раза в/м № 27, милдронат, эуфиллин 2,4% - 10,0 в/в кап. № 10, 5% глюкоза 400,0 + калий хлорид 7,45% 20,0 +инсулин 10 ед.+ MgSO₄ – 10,0 в/в кап №

9;), проводилась седативная терапия ГОМК, брузепамом (клонико-тонические судороги). Кормление больного осуществлялось на начальных стадиях через назогастральный зонд. Больной находился на ИВЛ в течении 7 суток.

Назначена специфическая серотерапия - введение ПБС – типа А, Е и В по 3 лечебных дозы (30 000 МЕ типа А, Е и 15 000 МЕ типа В) – 07.04.2012 г., ПБС типов А, В, Е по 2 дозы на физ.р-ре 0,9 % 100 мл на каждый в/в кап – 08.04.2012 г. по методу Безредко; с учетом развившейся пневмонии дорипрекс внутривенно капельно в дозе 1,0 в/в на 20,0 физ.р-ра 0,9% 3 раза (в течении 9 дней), для профилактики миокардита - поляризующая смесь, гормоны (преднизолон 120 мг в/в на 100,0 физ.р-ра 0,9% 08.04.2012 г.; преднизолон 90 мг. в/в на 100,0 физ.р-ра 0,9 % 08.04.2012 г.), FDP 50,0 в/в кап. № 3; вазонат 5,0 в/в кап 1 раз в день № 9; аскорбиновая кислота 10 % 10,0 в/в № 7.

В динамике лечения на 3-й день болезни больной стал лучше реагировать на внешние раздражители, пытался открывать глаза, стала появляться фотореакция на свет, уменьшился мидриаз. На 8-й день пребывания в ОРИТ больной экстубирован и переведен на самостоятельное дыхание. Офтальмоплегический синдром начал регрессировать: исчезли птоз, мидриаз, двоение в глазах, нечеткость зрения сохранялась. Медленно шел процесс восстановления акта глотания. На 13-й день болезни (пребывания в стационаре) больной переведен в отделение, на 14-й день стал лучше видеть, на 17-й день болезни стал глотать более «свободно» жидкий бульон и читать крупный шрифт.

Данный случай тяжелого пищевого ботулизма подтверждает незнание врачами скорой помощи клиники ботулизма. Известно, что при данном заболевании время от момента заражения имеет исключительно колоссальную роль. В конкретном случае больного привезли в медицинское учреждение, где обследование и осмотр занял ровно 3 часа по времени. Инфекционист приглашен через 3 часа. Дифференциальная диагностика проведена при поступлении пациента в первичный стационар - диагноз ОНМК исключил дежурный врач-невропатолог.

Еще один важнейший момент, на который необходимо обратить внимание врачей любой специальности - это сбор эпидемиологического анамнеза. Конкретный случай еще раз демонстрирует значимость правильного собранного эпидемиологического анамнеза, при вызове службы «скорой» помощи, больной, даже будучи в таком тяжелом состоянии, четко констатировал факт употребления салата, закрученного «под крышку», который не понравился на вкус. Необходимо подчеркнуть, что в клинике тяжелого ботулизма на современном этапе кардинальными синдромами остаются нейроплегический и бульбарный синдромы. Своевременно выставленный диагноз служит залогом успешной терапии больных ботулизмом и прежде всего скорейшего начала специфической серотерапии.

Выводы:

1. По данным ГКИБ г.Алматы ботулизм ежегодно регистрируется в виде спорадических случаев – от 3 до 13 заболевших.
2. Прогноз заболевания при ботулизме в значительной степени зависит от времени поступления больного, так как введение лечебных противоботулинических сывороток позже 3-х дней от начала заболевания неэффективно.
3. Проведение четкой дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, протекающими с нейроплегическим и бульбарным синдромами, обязательно для своевременной диагностики и начала интенсивной терапии этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ретинская И.Г., Касаткина Л.Ф., Сиднев Д.В., Галкина О.И., Санадзе А.Г., Томилин Ю.Н. Ботулизм: трудности диагностики. // Неврологический журнал. - Т. 11. - №6. – 2006. – С. 22-24.
- 2 Ботулизм. Бабенко О.В., Авхименко М.М. // Медицинская помощь. - №1, 2004. –С. 32-34.
- 3 Правовые аспекты нераспознавания и лечения ботулизма на различных этапах ведения больных. Амбалов Ю.М., Клишина Е.И., Васильева И.И., Кузнецова Г.В., Суладзе А.Г., Перепечай С.Д. // Успехи современного естествознания. - №5. - 2006. – С. 67.
- 4 Клинико-эпидемиологические аспекты ботулизма и его лечение. Тошева Ш.А., Рахманов Э.Р., Гулямова Н.М., Ганиев Х.Г. // Здравоохранение Таджикистана. 2009. № 1. С. 57-59.

А.К.ДҮЙСЕНОВА, Е.М.СМАЙЫЛ, С.А.БОЧАРОВ, И.Л.КАДЫШЕВА, Т.К.УТАГАНОВА, Е.Н.ТУТАЕВА, Р.Т. ЖҮСІПОВА

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
И.С.Жекенов атындағы қалалық клиникалық жұқпалы аурулар ауруханасы*

АУЫР ТАҒАМДЫҚ БОТУЛИЗМ ЖАҒДАЙЫ

Мақалада Алматы қаласындағы ауыр тағамдық ботулизм жағдайы сипатталған. Берілген ауыр токсикоинфекцияда уақытында көрсетілетін алғашқы көмек және уақытында арнайы серотерапия жүргізуге басты назар аударылған. Қазіргі уақытта да тағамдық токсикоинфекцияның ажырату диагностикасы өз өзектілігін сақтауда. Клиникалық диагноз қойғанда инфекциялық аурулардың эпидемиологиялық жолдамаларының маңыздылығы бірінші дәрежеде.

A.K.DUISENOVA, E.M.SMAIL, S.A.BOCHAROV, I.L.KADYSHEVA, T.K.UTAGANOVA, E.N.TUTAEVA, R.T.ZHUSUPOVA

*S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
I. Zhekenova Municipal Clinical Hospital of Infectious Diseases,
Almaty, the Republic of Kazakhstan*

THE CASE OF SEVERE FOODBORNE BOTULISM

Severe case of foodborne botulism in Almaty is described in the article. The attention to the need for timely first aid and early specific serotherapy for this severe disease. Differential diagnosis of food poisoning, and retains its relevance today. Epidemiological preconditions for infection infectious diseases are of paramount importance in the formulation of the clinical diagnosis.