

К вопросу о диагностике ботулизма

Бондарев А.В., Лобанов А.В., Кузнецов В.И., Самарова С.А., Перминова Т.А.,
Сретенская Д.А..

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Ботулизм – пищевая токсикоинфекционная болезнь, вызываемая экзотоксином ботулинического микроба. Несмотря на достаточно чётко очерченную клиническую картину, ботулизм является заболеванием, при котором допускаются диагностические ошибки. Выделяют три клинические формы этой болезни: пищевой ботулизм, раневой ботулизм и ботулизм новорождённых.

Диагноз ботулизма ставится клинически. Решающее значение в диагностике имеет наличие офтальмоплегической симптоматики – птоз, нарушение движений глазных яблок, аккомодации, конвергенции, мидриаз, нарушение реакции зрачка на свет, снижение корнеального рефлекса, горизонтальный нистагм, диплопия; бульбарной симптоматики – парез мягкого нёба и как следствие гнусавость голоса, отсутствие рефлекса с корня языка и задней стенки глотки, парез надгортанника (при приёме воды поперхивание), нарушение глотания; парез дыхательных мышц и, как следствие этого, развитие острой дыхательной недостаточности, нарушение речи; поражение вегетативной нервной системы сопровождается сухостью ротовой полости. Большое значение имеет наличие эпидемиологического фактора.

Целью настоящей работы являлось проведение анализа особенностей ранней диагностики ботулизма, в связи с чем была проведена клиническая разработка 20 историй болезни пациентов с диагнозом ботулизма. Необходимо отметить, что количество симптомов, характерных для ботулоинфекции, заявленных в литературе, не соответствовало симптомам, изученным в ходе разработки историй болезни, что возможно связано с их малой выраженностью или отсутствием, а возможно, недостаточным вниманием со стороны врачей. Клинические проявления ботулоинфекции учитывались в первые сутки поступления больных в стационар и на 3-4 сутки от начала заболевания. При легкой форме ботулизма диагноз в 100% случаев устанавливался в 1-2 сутки от начала клиники. У всех больных этой формой развивался гастроинтестинальный синдром. В 60% случаев, в начале болезни, присутствовала диплопия, которая в таком же количестве случаев встречалась в разгаре болезни. Через несколько дней присоединялись нарушения глотания (80%), охриплость голоса (40%), сухость ротовой полости (80% случаев).

При среднетяжелой форме диагноз ботулизм также выставлялся в 1-2 сутки от начала клинических проявлений. В начальной фазе болезни гастроинтестинальный синдром был у 50% пациентов. В этом периоде на первый план выходит симптом диплопии, который

встречается в 84% случаев. Прочая неврологическая симптоматика характеризовалась: ограничением подвижности глазных яблок (25% больных), частичным нарушением глотания (25%), охриплостью голоса (100%), сухостью ротовой полости (62,5 % случаев). На 3-4 сутки гастроинтестинальный синдром сохранялся у 37% больных, диплопия имела место в 75% случаев, ограничение подвижности глазных яблок, в 50% случаев нарушение и глотания и охриплость голоса в 12,5 % случаев. Сухость ротовой полости сохранялась у 62,5% больных.

При тяжелой форме диагноз ботулизма устанавливается на 3 е сутки и более от начала болезни. В начальном периоде болезни тошнота и рвота, болевые ощущения в животе регистрировались в 100% случаев, жидкий стул у 43% пациентов. Ведущим неврологическим симптомом являлась диплопия (100% случаев). Ограничение подвижности глазных яблок отмечалось в 71% случаев, нарушение глотания и охриплость голоса у 29% пациентов, имело место у всех больных сухость в ротовой полости. На 3-4 сутки болезни тошнота и рвота, боли в животе сохранялись у 71% больных, жидкий стул отмечался в 29% случаев. Диплопия имела место у 71% больных, ограничение подвижности глазных яблок у 86% пациентов, нарушение глотания регистрировали в 71% случаев, охриплость голоса в 43%, сухость ротовой полости в 75% случаев.

Таким образом проведенная клиническая разработка истории болезни выявила следующие особенности диагностики ботулизма в начальном периоде болезни:

- 1) Диагноз ботулизма устанавливался в ранние сроки при сочетании диплопии и диарейного синдрома, что вероятно вызывало необходимость экстренной консультации врачом-инфекционистом, напротив более выраженная неврологическая симптоматика с отсутствием диарейного синдрома увеличивала сроки диагностики ботулизма, и дифференциации с неврологической патологией.
- 2) При первичном осмотре больных врачами игнорировались такие проявления ранней неврологической симптоматики как исследование корнеального рефлекса с корня языка и задней стенки глотки, тяжесть при подъеме век и движении глазных яблок, чтении мелкого шрифта и диплопия, а так же симптомы вентиляционной дыхательной недостаточности при тяжелой форме ботулизма.
- 3) Зачастую должного внимания не уделялось симметричности и двусторонности проявления неврологических симптомов, свидетельствующих о поражении продолговатого и спинного мозга, и наличию эпидемиологического фактора, характерного для ботулоинфекции. Вышеизложенные данные учитываются при диагностике ботулизма.

Фамилия, имя, отчество: Кузнецов Владимир Иванович
Ученая степень, ученое звание: доктор медицинских наук
Учреждение, должность: доцент кафедры инфекционных болезней Саратовского Государственного Медицинского Университета
Адрес (с индексом) г.Саратов ул. Московская 122\126 кв 355 Индекс 410600
E-mail: all1956@rambler.ru
Название доклада : К вопросу о диагностике ботулизма
Название конференции: Медицинские науки
Оплата целевого взноса участника конференции (660 рублей, платёжное поручение №3, 7.07.2009г.)