КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОТУЛИЗМА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Халилова Зухра Тельмановна, Касимов Илхом Асамович, Алимов Сохиб Гаппарович

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан, ул.Богишамол 223/100140

E-mail: zuzutel@mail.ru

Ключевые слова: ботулизм; ботулотоксин; нейротоксин; мотонейрон; противоботулиническая сыворотка; Clostridium botulinum

Введение. Ботулизм — острая инфекционная болезнь, обусловленная поражением нервной системы токсинами бактерий ботулизма, характеризующаяся парезами и параличами поперечнополосатой и гладкой мускулатуры, иногда в сочетании с синдромом гастроэнтерита в начальном периоде.

Ботулизм является одним из наиболее проблемных заболеваний в Республике Узбекистан, которое имеет большую экономическую и социальную значимость. Ботулизм, который входит в группу тяжело текущих заболеваний у людей, регистрируется во многих частях мира, включая и нашу республику. За последние несколько лет заболеваемость ботулизмом в странах СНГ по сравнению с предыдущими годами увеличилась в пять раз [1,3,4,5,7].

В настоящее время ботулизм часто возникает при использовании домашних консервированных продуктов, в редких случаях — при пользовании промышленными продуктами [2,8]. Из-за отсутствия полноценной термической обработки консервированных огурцов, томатов и грибов, приготовленных в домашних условиях, эти продукты, будучи инфицированными, могут вызвать заболевание. Несмотря на то, что ботулизм регистрируется гораздо реже, чем другие кишечные инфекции и отравления, он остается опасным для жизни заболеванием [6,9,10].

Цель исследования. Изучение современных клинико-эпидемиологических особенностей течения ботулизма.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 64 пациентов с ботулизмом, госпитализированных в клинику Научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Минздрава Республики Узбекистан в 2010–2015 гг. Диагноз установлен на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Для лабораторной диагностики выполняли реакцию нейтрализации ботулотоксина. Исследование проводили на белых мышах, которым внутрибрюшинно вводили смесь центрифугированной сыворотки крови больного и противоботулинической сыворотки (ПБС) типов А, В, Е. При лечении пациентов с ботулизмом использовали ПБС типов А, В и Е по методу Безредки, кортикостероиды, антибиотики и антигистаминные препараты, а также витамины и дезинтоксикационную терапиюРезультаты исследования обрабатывали на персональном компьютере Pentium IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel 2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $p < 0,05$.

Результаты. и обсуждение**:** Под нашим наблюдением находились 64 пациента с ботулизмом в возрасте от 7 до 60 лет. Взрослых было 58 (90,6%], детей — 6 (9,4%]; в том числе лиц женского пола 40 (61,5%], мужского — 24 (37,5%].

Для подтверждения клинического диагноза ботулизма было взято 84 пробы пищевых продуктов и биологических материалов: копченая рыба — 5 (5,5%], домашних консервов — 21 (25,5%], грибов — 16 (18,9%], кровь — 23 (27,8%], рвотные массы — 19 (22,2%]. Все пробы оказались положительными. Лабораторную диагностику проводили с помощью реакции нейтрализации ботулотоксина. Исследования выполняли на белых мышах, которым внутрибрюшинно вводили смесь центрифугированной сыворотки крови больных ботулизмом в смеси с противоботулинической сывороткой типов А, В и Е. В конце 4-го дня эксперимента живыми оставались мыши, которым вводили сыворотку, соответствующую типу токсина, циркулирующего в крови больного.

Как видно из результатов реакции нейтрализации ботулотоксина, у 53 (63,8%] больных встречался тип А, у 15 (17,8%] — тип В, у 16 (18,3 ($p < 0,05$] — тип Е. Легкая форма ботулизма диагностирована у 6 (9,4%] больных, среднетяжелая — у 18 (28,1%], тяжелая — у 40 (62,5%].

Таким образом, у большинства пациентов клинически ботулизм протекал в тяжелой форме ($p < 0,05$]. Легкая форма заболевания характеризуется слабо выраженными симптомами. Среднетяжелая форма протекает с явно выраженными неврологическими симптомами и острой респираторной недостаточностью, без признаков декомпенсации и с полным сохранением глотания. Тяжелая форма характеризуется выраженной манифестацией всех симптомов заболевания.

Болезнь манифестировала неврологическими признаками у 21 (32,8%] больного, сочетание неврологических и диспепсических признаков имело место у 43 (67,2%]. Миастенические, бульбарные и офтальмоплегические симптомокомплексы наблюдались соответственно у 9 (14,1%], 20 (31,2%] и 29 (45,3%] больных. Появление этих симптомов у пациентов связано с их возрастом. У пожилых пациентов и детей младшего возраста перечисленные клинические признаки были явно выражены и быстро развивались.

Всем больным в зависимости от степени тяжести внутривенно вводили поливалентные противоботулиновые антитоксические сыворотки (ПБС] типа А, Е по 10000 МЕ, типа В по 5000 МЕ. При легком течении применялась 1 доза ПБС 1 раз в день; при среднетяжелом течении вводили по 2 дозы ПБС 2 раза в 1-й день, 2 дозы 1 раз в день во 2-й день; при тяжелом течении вводили по 2 дозы ПБС 2 раза в день 2 дня подряд, в 3-й день по 2 дозы ПБС 1 раз в день. Все больные получали также патогенетическую и симптоматическую терапию. Тяжелых больных с ботулизмом сначала госпитализировали в реанимационное отделение клиники НИИЭМИЗ, а при улучшении состояния переводили в отделение острых кишечных инфекций.

По данным литературы, без применения современных методов лечения летальность при ботулизме может достигать 30–65% [1,5]. Несмотря на проводимую экстренную комплексную терапию из числа наблюдаемых нами больных скончались 7 (10,9%].

Таким образом, в Республике Узбекистан заболеваемость ботулизмом встречается в виде спорадических случаев. В основном диагностировано среднетяжелое и тяжелое течение. У большинства больных ботулизмом начало заболевания проявляется неврологическими и диспепсическими симптомами. При нейтрализации ботулотоксина было установлено, что в основном болезнь была вызвана ботулотоксином типа А (63,8%].

Выводы.

1. У больных ботулизмом в Узбекистане преобладало среднетяжелое (28,%] и тяжелое клиническое течение (62,5%].
2. Клинически начало заболевания ботулизмом в основном представлено неврологическими и диспепсическими симптомами.
3. Заболевание в большинстве случаев было вызвано в основном ботулотоксином типа А (63,8%].

Литература:

1. Ахмедова М.Д., Бабаходжаев С.Н., Мухамедов И.Б., Халилова З.Т. Ботулизм: современные аспекты клинического течения, диагностики, лечения и профилактики: Метод, рекомендации. — Ташкент, 2011. — 26 с.
2. Состояние заболеваемости ботулизмом в клинике НИИЭМИЗ Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции «Профилактическая медицина: сегодня и завтра», Андижан-2014, стр. 219. Валиев А.Г., Мухамедов И.Б., Халилова З.Т.
3. Усовершенствование методов комплексного лечения ботулизма Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Непрерывное образование в медицине: вчера, сегодня, завтра», Ташкент-2012, стр. 283. Бабаходжаев С.Н., Мухамедов И.Б., Халилова З.Т.
4. Никифоров В.Н., Никифоров В.В. Ботулизм. — М., 2009. — 123 с.
5. Хикматова З.С., Ахмедова М.Д. Особенности течения и клинико-лабораторная характеристика современного ботулизма (обзор) // Инфекция, иммунитет и фармакология. — 2011. — №4–5, — С. 151–154.
6. Случай поздней диагностики ботулизма в медицинской практике Сборник тезисов научно-практической конференции «Новое в эпидемиологии, диагностике и лечении инфекционных заболеваний», Ташкент-2013, стр. 126. Валиев А.Г., Мухамедов И.Б., Халилова З.Т., Алимов С.Г.
7. Boud R., Graham K. Botulinum toxin A in the management of children with cerebral palsy: indications and outcome // Europ. J. Neurol. — 2011. — Vol. 4. — P. 15–22.