

Васильєва Н.А., 2005  
УДК 616.36-002(061.3)

**Н.А. Васильєва**

## **ДЕЯКІМІРКУВАННЯ З ПРИВОДУ ЛІКУВАННЯ БОТУЛІЗМУ У ВАГІТНИХ**

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Ботулізм – захворювання з потенційно серйозним прогнозом. В Україні щорічно в середньому реєструється до 50 випадків ботулізму [1], у Тернопільській області – до 20. Одна з можливих причин поширення цього інфекційного захворювання – національні кулінарні традиції, коли широко застосовуються продукти домашнього консервування. Як відомо, дана технологія (кип'ятіння при 100 °С з наступною герметизацією посуду) не забезпечує знищення спор *C. botulinum*, залишає небезпеку можливого накопичення токсину в продукті і виникнення захворювання при його споживанні.

Стандартна терапія повинна включати дезінтоксикацію, у тому числі нейтралізацію токсину введенням специфічних протиботулінічних сироваток (ПБС), і обов'язково – антибіотики для пригнічення життєдіяльності збудника і токсинотворення [2-5]. Безумовно, при тяжкому перебігу ботулізму слід неухильно дотримуватись розроблених стандартів лікування, незважаючи на супровідні стани, тому що це єдина надія на видужання хворого.

Проте можуть виникати ситуації, які потребують певної корекції лікування, наприклад, при вагітності. Відомостей у літературі про перебіг захворювання у вагітних небагато: наводяться дані як про сприятливі наслідки ботулізму у вагітних, так і про вимушену стимуляцію пологів, що завершились народженням недоношеної, хоча і здорової дитини, а сама породилля згодом померла від ботулізму [6, 7].

*Під нашим спостереженням знаходилась хвора К., 22 роки (історія хвороби 2/412-473). Госпіталізована 24.05.2005 р. зі скаргами на порушення зору, загальну слабкість, сухість у роті, утруднене ковтання, запаморочення.*

*Захворіла 14.05.05 р., коли відмітила здуття живота, згодом з'явилися нудота і повторне блювання, порушився зір. Звернулася до лікаря 19.05, госпіталізована 22.05 у гінекологічний відділ ТМКЛ № 2 через загрозу переривання вагітності. У пацієнтки друга вагітність, 27 тиж., обтяжений акушерський анамнез: перша вагітність закінчилась перериванням у термін 20 тиж., можливо через хронічну ЦМВ-інфекцію; вегето-судинна дистонія за кардіальним типом; анемія вагітних I ст.; хронічна ЦМВІ. Проте виникли сумніви щодо «чистої» акушерської патології; 24.05 хвора консультована інфекціоністом і з діагнозом «ботулізм» переведена для подальшого лікування в інфекційне відділення.*

*З епіданамнезу – 10-12.05 вживала консервовані огірки, салат, домашню ковбасу. Інші члени сім'ї здорові.*

*На час госпіталізації загальний стан середньої тяжкості, самопочуття ближче до задовільного. Шкіра і видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик обкладений білим на шаруванням, сухуватий. Лімфовузли не збільшені. Щитовидна залоза I ст. Пульс 94 за 1 хв, задовільних властивостей. АТ 110 і 70 мм рт. ст. Діяльність серця ритмічна. У легенях везикулярне дихання. Живіт збільшений в об'ємі відповідно терміну вагітності. Печінка по краю реберної дуги. Симптом Пастернацького від'ємний з обох боків. Сечопуск вільний. Випорожнення після клізми. Набряків немає. Менінгеальні знаки відсутні. Мідріаз. Зіниці D>S. Реакція на світло млява. Порушення конвергенції, більше справа. Горизонтальний ністагм. Дещо змінена мова (гугнявість). Утруднене ковтання твердої їжі (відчуття клубка, який підкочується до горла).*

*Д-з: ботулізм (?), легкого ступеня. Вагітність 27 тиж.*

*Проведені загальноприйняті дослідження (аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові), а також взято кров на реакцію нейтралізації ботулотоксину. Промито шлунок, зроблено очисну клізму.*

*У плані лікування передбачені: палатний режим, дієта № 4, дуфалак по 20 мл 2 рази на день, ентеросгель 7 днів, дезінтоксикаційна терапія – в/в крапельно реосорбілакт 400 мл (одноразово), глюкоза 5 % 400 мл з рибоксином 2 % 10 мл і вітаміном С 5 % 2 мл (щоденно до виписки), комплекс вітамінів нервіплекс 2 мл в/м, за рекомендацією гінеколога – но-шпа 2 мл в/м 2 рази, 0,9 % розчин натрію хлориду 200 мл із сірчанокислою магнезією 25 % 20 мл в/в (при болях).*

*У зв'язку із тривалістю захворювання (біля 10 днів), легким перебігом, деякою позитивною динамікою (відсутністю прогресування) від введення протиботулінічної сироватки вирішено утриматись. Замість антибіотиків призначений ентерол по 2 порошки 2 рази на день (препарат біологічного походження, виділений з дріжджів *Saccharomyces boulardii*, які у травному каналі посилено розмножуються, не колонізуючи кишечник. Протимікробна дія лікувальних дріжджів зумовлена антагоністичним ефектом до патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів [8]. Повідомлень про застосування цього пробіотика при ботулізмі нам зустрічати в літературі не доводилось).*

## КОРОТКИ ПОВІДОМЛЕННЯ

При подальшому спостереженні у пацієнтки відзначалось приглушення серцевих тонів, систолічний шум у всіх точках, аритмія за типом тригемінії, тенденція до закрєпу.

26.05 невропатологом діагностовано інтоксикаційну енцефалопатію з вираженим вестибулярним і астеноневротичним синдромом. Тоді ж оглянута окулістом. Об'єктивно: очі спокійні, рухи очних яблук у повному об'ємі, зіниці центровані, діаметр 4 мм, плаваючі помутніння склистого тіла. Очне дно: диски зорових нервів з чіткими границями, дещо бліді, вени повнокровні, артерії спазмовані. Діагноз: деструкція склистого тіла. Ангіоспазм судин сітківки. Рекомендовано спостереження в динаміці.

30.05 консультована гінекологом: скарги на періодичні болі внизу живота. Рухи плоду відчуває. Матка при огляді в нормотонусі. Положення плоду повздовжнє, голівка низько над входом у малий таз. Серцебиття плоду ритмічне, до 140 за 1 хв. Води цілі. Набряки відсутні. Термін вагітності за останньою mensis 28 тиж, за УЗД – 27-28 тиж. Діагноз: II вагітність 28 тиж., загрозна щодо невиношування. ОАА. Анемія вагітних II ст.

Результати лабораторного та інструментального обстеження: загальний аналіз крові (від 25.05) – ер.  $2,94 \times 10^{12}/л$ , Hb 89 г/л, КПО<sub>9</sub>, лейкоц.  $8,6 \times 10^9/л$ , ШОЕ 17 мм/год, еоз. 1 %, п. 6 %, с. 70 %, л. 19 %, м. 4 %; аналіз сечі (25.05) – злегка мутна, епітелій плоский – значна кількість, лейкоц. 2-4 у полі зору, слиз – помітна кількість. У біохімічному аналізі крові відхилень не було.

ЕКГ (24.05) – на фоні синусової тахікардії часта шлуночкова екстрасистолія (за типом тригемінії) (висновок кардіолога: вегето-судинна дистонія за кардіальним типом з транзиторною шлуночковою екстрасистолією); 26.05 і 30.05 – ритм синусовий правильний. ЧСС 83 (91) за 1 хв, вольтаж збережений. Електрична вісь серця +60 (52), не відхилена. Гіпоксія задньої стінки лівого шлуночка. 6.06 – ритм синусовий неправильний. ЧСС 86 за 1 хв, вольтаж збережений. Електрична вісь серця +30, не відхилена. Шлуночкова екстрасистолія. Гіпоксія передньо-перегородкової ділянки, задньої стінки лівого шлуночка. Перевантаження правих відділів серця.

Аналіз № 22-24 від 24.05.05 р. Через 4 доби в крові реакція нейтралізації ботулотоксина на мишах позитивна – тип В. Уточнено діагноз: ботулізм, тип В, харчовий, офтальмоплегічний і фарингоплегічний синдроми, легкого ступеня.

За 3 дні лікування відновилась перистальтика кишок, випорожнення самостійні, щоденно; почала вільно ковтати, поступово поліпшувався зір.

6.06 повторно оглянута окулістом: очі спокійні, рухи в нормі, зіниці центровані. Очне дно: ДЗН з чіткими границями, вени повнокровні, артерії спазмовані. Діагноз: незначний ангіоспазм судин сітківки.

7.06.05 р. виписана додому в задовільному стані. Усього провела в стаціонарі 14 ліжко-днів.

Отже, достатня дезінтоксикаційна терапія та застосування пробіотика дозволили – без погіршення результатів ліку-

вання – уникнути призначення ПБС і антибіотиків, не бажаних у даній ситуації через вагітність та обтяжений акушерський анамнез.

Згідно з нормативними документами, для застосування протиботулінічних сироваток з лікувальною метою протипоказань немає – лише розвиток анафілактичного шоку під час проведення проби на чутливість до чужорідного білка [9]. Проте, американські клініцисти до ПБС ставляться негативно і призначають їх вкрай рідко [6]; деякі автори вказують, що застосування цих препаратів у жодному тяжкому випадку захворювання не призводило до швидкого зворотного розвитку процесу [9], тому має обмежені лікувальні можливості при наявності достатньо чітко виражених побічних ефектів; серотерапія була ефективною тільки при ранньому застосуванні – до 3-го дня хвороби [10]. Крім того, гетерогенні сироватки здатні спричинити небезпечні ускладнення, які можуть перевищити користь від їх застосування [11], у зв'язку з чим пропонують одночасно з ПБС вводити глюкокортикостероїди. Більш перспективним і безпечним є введення людського специфічного імуноглобуліну або нативної гомологічної плазми [2, 4, 5].

Питання про доцільність профілактичного застосування ПБС особам, які споживали заражений продукт (тобто реально наражались на небезпеку виникнення ботулізму) вирішується індивідуально [2]. У той же час введення протиправцевої сироватки з профілактичною метою (обидва препарати гетерогенного походження) протипоказано у будь-який термін вагітності – навіть для екстреної профілактики правця при травмах.

Призначення антибіотиків також при вагітності обмежене (а при ботулізмі це переважно левоміцетин, який абсолютно протипоказаний). Доведено, що потрапляння в кишечник тільки збудника і навіть його розмноження не супроводжується токсиноутворенням, за виключенням випадків ботулізму грудних дітей, а сам збудник кінець-кінцем виводиться з організму внаслідок конкурентної боротьби з іншими представниками кишкової флори [2, 6].

Таким чином, питання введення ПБС необхідно вирішувати винятково індивідуально, з урахуванням преморбідного фону хворого. За наявності відносних протипоказань до застосування ПБС і антибіотиків у випадках легкого перебігу ботулізму від введення зазначених препаратів варто утриматись.

Проте слід наголосити, що такий зважений підхід можливий лише при ретельному спостереженні за хворим на ботулізм і при постійній готовності до негайного надання невідкладної допомоги і підключення повного обсягу терапії за погіршення ситуації.

## Література

1. Дикий Б.М. Ботулізм // Лікування та діагностика. – 2002. – № 3. – С. 49-52.

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

2. Возианова Ж.И. Ботулизм // Сучасні інфекції. – 2000. – № 3. – С. 89-95.
3. Городецкий М.М., Яркв А.А. Клиника и лечение ботулизма // Там само. – 2000. – № 1. – С. 58-60.
4. Бабенко О.В., Авхименко М.М. Ботулизм // Мед. помощь. – 2004. – № 1. – С. 32-34.
5. Пак С.Г., Кокорева Л.Н., Шуба Л.И. Ботулизм // Там же. – 2005. – № 1. – С. 43-45.
6. Никифоров В.Н., Никифоров В.В. Ботулизм. – Л.: Медицина, 1985. – 200 с.
7. Ракуцкий М.В., Ракуцька Л.В. Випадок ботулізму на фоні вагітності // Нейроінфекції. Інші інфекційні хвороби: Матер. наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України (26-27.04.2001 р., Харків). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 134-135.
8. Rodrigues A.C.P., Nardi R.V., Bambirra E.A. Effect of *Saccharomyces boulardii* against experimental oral infection with *Salmonella typhimurium* and *Shigella flexneri* in conventional and gnotobiotic mice // J. Appl. Bacteriol. – 1996. – V. 81, N3. – P. 251-256.
9. Никифоров В.В. Ботулизм: клинические особенности и современные подходы к терапии // Терапевт. архив. – 2001. – № 11. – С. 97-100.
10. Булатова Н.А., Пушкина В.Г. Клиническая характеристика ботулизма за последние 10 лет // Казанский мед. ж. – 1992. – № 1. – С. 50-52.
11. Кириченко П.Д., Войналович О.О., Костур М.Й. Профилактика усладненнь серотерапії при ботулізмі // Нейроінфекції. Інші інфекційні хвороби: Матер. наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України (26-27.04.2001 р., Харків). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 70-71.

© Авсюкевич О.Є., 2005  
УДК 616.99-036.22(477.84)

**О.Є. Авсюкевич**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДСИТУАЦІЇ З ПАРАЗИТАРНИХ ХВОРОБ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Тернопіль

Паразитарні хвороби – глобальна проблема. Всі паразитози більшою або меншою мірою негативно впливають на стан здоров'я людини. Навіть у випадках субклінічного перебігу можуть бути виявлені значні патологічні зміни в органах. Усі паразитози супроводжуються розвитком імунodefіцитних станів.

За даними ВООЗ, паразитарні хвороби, а саме кишкові гельмінтози та малярія, займають третє і четверте місця за масовістю захворюлих у світі, тобто відповідно 1,4 млрд та 500 млн нових хворих щорічно.

Природно-кліматичні особливості Тернопільської області сприятливі для реалізації епідемічного процесу при паразитарних захворюваннях.

У структурі захворюваності паразитарні хвороби складають 54 % від усієї інфекційної патології без грипу та ГРВІ при середньому показнику по Україні до 50 %.

Щорічно в області на паразитози обстежується до 500 тис. людей, що складає 35-40 % населення, і реєструється 8-10 тис. осіб, інвазованих за 9-11 нозологічними формами. Найбільш поширеними є нематодози (90-93 %). У сумі всіх паразитарних хвороб питома вага ентеробіозу досягає 60 %, аскаридозу – 30 %, трихоцефальозу – 3 %, інших гельмінтозів – 0,6 %, патогенних найпростіших – 6,4 %.

Аналіз захворюваності паразитарними хворобами за 1994-2004 рр. показує її стабілізацію. У 2004 р. порівняно із 1994 р. захворюваність на гельмінтози знизилась на 34,7 % і становила 699,9 випадків на 100 тис. населення. Проте, зниження паразитарних хвороб за статистичними звітами насторожує щодо фактичної захворюваності, оскільки результати санітарно-паразитологічних досліджень, проведених лабораторіями санепідстанов, показують значну частоту знаходження яєць гельмінтів у ґрунті житлової зони – 1,3 %, на дитячих майданчиках – 1,1 %, у зонах пляжів – 0,7 %, на городині та садовині – 0,7 %, що свідчить про значне забруднення довкілля області збудниками гельмінтозів і можливість появи масових захворювань серед населення.

Тернопільська область ендемічна стосовно геогельмінтозів, вони є крайовою патологією і їх рівень перевищує середній по Україні в 1,5-1,8 разу. Найбільшу частку серед всіх гельмінтозів займає ентеробіоз. Проблема ентеробіозу серед організованого дитинства лишається складною.

В цілому по області тільки в 2004 р. з 337 обстежених дитячих дошкільних закладів не виявлений ентеробіоз в 35, з 587 обстежених шкіл ентеробіоз не виявлений тільки в 43. В 2004 р. в області зареєстровано 35 дитячих дошкільних установ і 45 шкіл з ураженістю ентеробіозом вище 10 %.