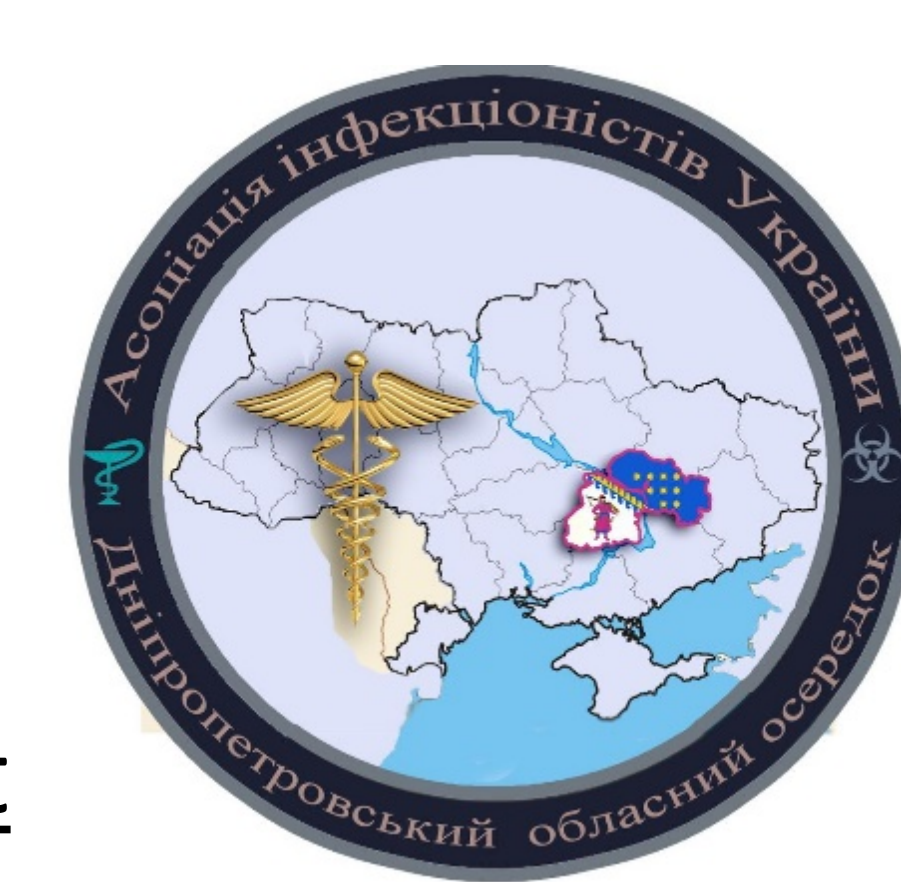




# Ботулізм або інсульт: труднощі диференційної діагностики. Клінічні випадки



<https://422.dmu.edu.ua/home>

- д.м.н., професор Л.Р. Шостакович-Корецька, к.м.н., доцент О.П. Шевченко-Макаренко,  
- к.м.н., доцент С.А. Галущенко, к.м.н. О.А. Росицька, О.Ю. Ляхова  
Дніпровський державний медичний університет  
КНП «Міська клінічна лікарня №21 ім. проф. Є.Г. Попкової» ДМР», м. Дніпро

[dsmainfect@ukr.net](mailto:dsmainfect@ukr.net)

## Актуальність проблеми

Диференційна діагностика ботулізму і неврологічних порушень, зокрема, інсульту у вікових пацієнтів, є одним з злободенних питань і, пов'язана з цим подальша тактика лікувальних заходів, служить фактором прогнозу виживання і смертності від цих нозологічних форм у пацієнтів. З початком пандемії вірусом SARS-Cov-2 (COVID-19) спеціалізовані інфекційні відділення перейшли в режим надання допомоги тільки хворим з COVID-19 і пацієнти з іншими інфекційними захворюваннями вже не мали можливості отримувати стаціонарну високоспеціалізовану допомогу.

Інсульт є другою за частотою причиною смерті та інвалідності серед дорослих. Щорічно в світі реєструють понад 15 млн нових випадків інсульту, причому, у близько 30% з них залишаються залишкові явища. В Україні реєструють до 11 інсультів щогодини. З іншого боку, 30-денна летальність після вперше перенесеного інсульту становить 16 - 23%, через 10 років - 32%, що в 2 рази вище, ніж в загальній популяції.

## Мета роботи

Провести аналіз рівня захворюваності на ботулізм в регіоні і в Україні за останні роки та вивчити вплив пандемії COVID-19 на її рівень, вивчити алгоритм диференційного діагнозу та надання медичної допомоги хворим.

## Матеріали та методи

За даними Центру громадського здоров'я України щороку реєструються випадки захворювання на ботулізм. Так, за період 2007 - 2019 рр. щорічний рівень захворюваності склав 0,3 - 0,4 на 100 тисяч населення (133 - 187 випадків). Летальність в 2007 - 2015 рр. була в межах 1,5% - 5%, а в 2016 році вона зросла до 10,1 ± 2,76% через дефіцит протівоботулінічної сироватки. У 2020 році - захворіли 15 осіб. З початку 2021 року в Україні зареєстрували 13 випадків, з яких - 3 летальні (У Хмельницькій, Одеській і Рівненській області).

Представлено клінічні випадки таких захворювань як ботулізм і інсульт в Дніпропетровській області в Україні. Хворі спотерігались у КНП «Міська клінічна лікарня №21 ім. проф. Є.Г. Попкової» ДМР», м. Дніпро та обстежувались відповідно до клінічних протоколів. Статистична обробка даних проводилась епідеміологічним та описовим методом.

## Результати дослідження

Оскільки основним місцем докладання дії токсину є нерво-м'язові синапси: блокується передача імпульсу з нервового волокна на м'язову, це призводить до прогресуючим низхідним периферичних парезів і паралічів. Неврологічна симптоматика при ботулізмі нерідко є приводом для помилкової діагностики захворювань нервової системи іншої етіології. Інсульт відноситься до невідкладних станів і вимагає надання екстреної медичної допомоги та ургентної госпіталізації в межах «вікна терапевтичних можливостей».

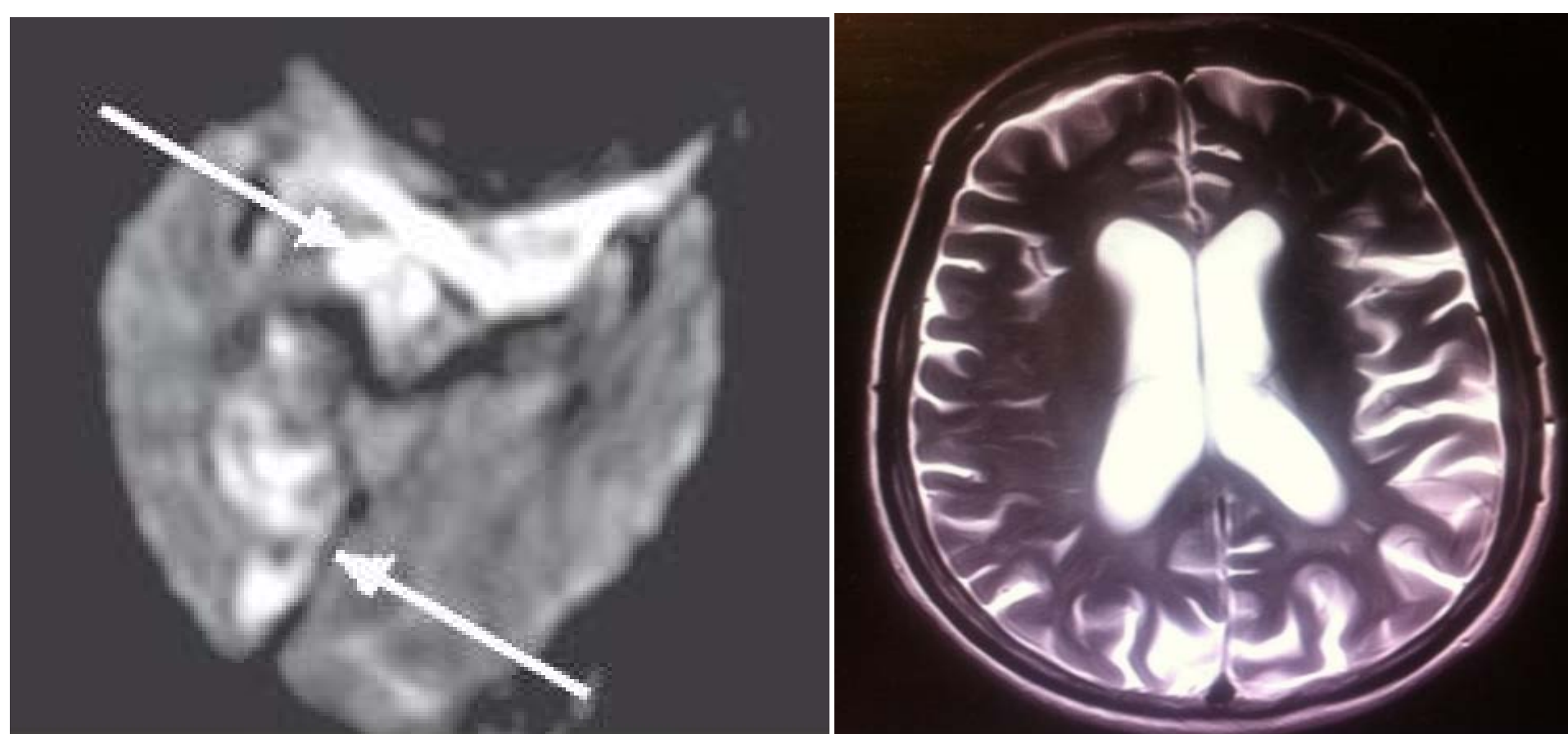
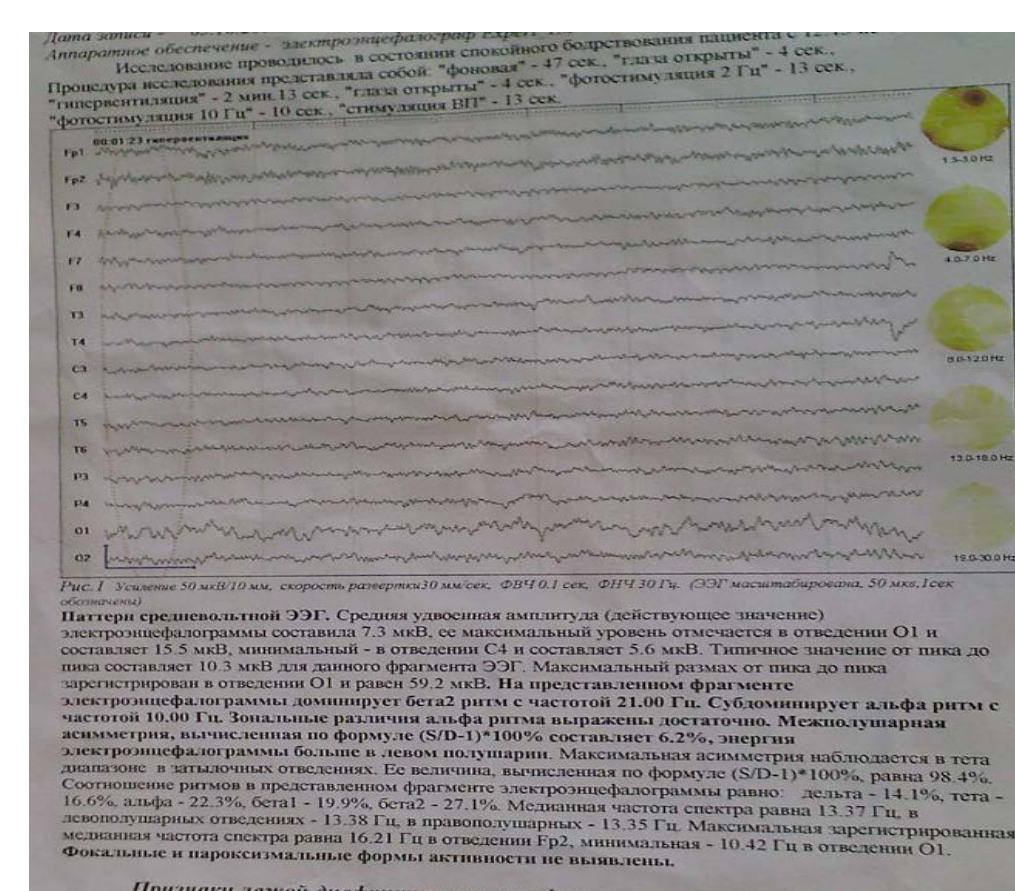


Рис. 1. МРТ (магнітно-резонансна томографія) головного мозку у 1го хворого : лакунарне ішемічне вогнище в правих відділах стовбура мозку на тлі енцефалопатії

Рис. 2 ЕЕГ : ДЕП



## Клінічний випадок 1

Пацієнт А., 56 років, надійшов у інфекційну лікарню на 2-й день хвороби з попереднім діагнозом: харчова токсикоінфекція. **Анамнез:** ввечері 09.01.18 р вживання *в'яленої риби (НЕ патрана з ікрою)*. Через дві години після їжі з'явилася багаторазова блювота, підвищення артеріального тиску (АТ) до 160/100 мм. рт. ст. на тлі блювоти з'явилася запаморочення. З'явилася блювота кавовою гущею, двоїння в очах, порушення ковтання. Хворий доставлений в приймальне відділення з попереднім діагнозом: «Кишкова кровотеча?». (Рис. 1, 2). **Фіброезофагогастроуденоскопія:** Ознак активного кровотечі немає, *ерозивна езофагогастробульбопатія*. **Невропатолог:** Скарги на двоїння в очах при погляді прямо, слабкість, хиткість при ходьбі, запаморочення, утруднення при ковтанні, нудоту, блювоту, **З анамнезу:** У 2016 року ішемічний інсульт. **Черепно-мозкові нерви:** зіниці S> D, ністагму немає. Легка згладжена правої носогубної складки, асиметрія обличчя справа, девіація язика вправо, глотковий рефлекс знижений. Сухожильні рефлекси D ≥ S, живі, геміпарез справа - сила в правих кінцівках 3,0 б., Лівих - 5,0 б., Тонус м'язів знижений в правих кінцівках. Чутливість не порушена. В позі Ромберга нестійкий. **Діагноз: диференціювати** повторне гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) (перший в 2016 р.) та ботулізм. **КТ: енцефалопатія. УЗДГ МАГ:** стеноз ЛВСА 60%. **Інфекціоніст (2й день):** птоз праворуч. Анізокорія (зі слів: з дитинства, після травми правого). Сглаженість носогубної складки праворуч. М'яке небо рухоме. При спробі пити воду не поперхається, проте відразу блювота випитої рідиною і слизом. **З діагнозом:** ГПМК, ішемічний інсульт на тлі ГБ III ст. переведений у відділення судинної неврології.

## Клінічний випадок 2

Пацієнт Н., 47 років, поступив в інфекційну лікарню 15.01.18 р з діагнозом: Ботулізм? Переведений з неврологічного відділення центральної районної лікарні (ЦРЛ) на 10-й день хвороби. **Анамнез:** захворів 06.01.18 р вночі, коли з'явилася слабкість, сухість у роті, двоїння в очах, запор. На 3-й день хвороби (09.01.18 р) звернувся в ЦРЛ, консультований Сімейним лікарем. **Діагноз:** ГРВІ. **Окуліст. Діагноз:** вторинна паралітична косокорість. **Невропатолог 9.01.18 р) 3-й день хвороби:** ГПМК з диплопією, дисфагією. **ДЕП II ст. В ЦРЛ перебував на обстеженні і лікуванні з 09.01.18 р по 15.01.18 р без динаміки. Інфекціоніст (10-й день): Попередній діагноз:** Харчовий ботулізм. 16.01.18 р (11-тий день хвороби) 9:00. Стан хворого середньої важкості. В динаміці відзначає деяке погіршення: слабкість, порушена функція сечовиділення (атонія сечового міхура), тверду їжу не ковтає, зір порушено, гугнявість голосу. Введена **протівоботулінічна сироватка:** тип В - 5 тис. МО; тип Е - 10 тис. МО. В реакції нейтралізації на білих мишах виявлено ботулотоксин, тип В. Вставлено клінічний **діагноз:** харчової ботулізм, (тип В), офтальмоплегическая форма, середньотяжкий перебіг. На тлі проведеної терапії відзначена позитивна динаміка. Виписаний на 31-й день хвороби.



Рис. 3. МРТ : ДЕП. на 1-й і 3-й день паралітичкй мідріаз, птоз; В - тріщини язика в результаті гипосалівації

Рис. 4 А, Б - після введення протівоботулінічної сироватки

## Висновки

- ✓Таким чином, ми бачимо вплив пандемії COVID-19 на загальний рівень захворюваності на ботулізм. Відзначено багато «масок» захворювання.
- ✓Наведені клінічні спостереження демонструють труднощі диференціальної діагностики ботулізму і інсульту, можливість помилкової діагностики захворювань нервової системи іншої етіології.

## Література

1. Ботулизм или инсульт: трудности дифференциальной диагностики. Клинические случаи. Шостакович-Корецкая Л.Р., Шевченко-Макаренко О.П., Галущенко С.А., Росицкая А.А., Ляхова Е.Ю. Клиническая инфектология и паразитология. Международный научно-практический журнал. - 2021, Т.10, №2. - С. 245-257. DOI: <https://doi.org/10.34883/PI.2021.10.2.030>