

УДК 616.98-079.4

DOI 10.52246/1606-8157_2026_31_3_63

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТА

Е. П. Калистратова¹, кандидат медицинских наук, nika-1965@yandex.ru,

Д. В. Киселёва^{1*}, dariavkiselyova@yandex.ru,

С. Н. Орлова¹, доктор медицинских наук, orloff3.dok@mail.ru,

А. Б. Галкина², gkb1@ivreg.ru

¹ ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ «1-я городская клиническая больница», 153040, Россия, г. Иваново, ул. Любимова, д. 15

РЕЗЮМЕ Ботулизм – давно известное, относительно редко встречающееся заболевание, тяжелое по клиническим проявлениям. На практике дифференциальная диагностика паралитического синдрома вызывает сложности. Описан клинический случай ботулизма в семье, трудности клинической постановки диагноза, его лабораторного подтверждения и лечения.

Ключевые слова: ботулизм, диагностика, паралитический синдром, лабораторная верификация, специфическое лечение.

DIFFICULTIES IN DIAGNOSING BOTULISM AT THE INITIAL PATIENT PRESENTATION

E. P. Kalistratova, D. V. Kiseleva, S. N. Orlova, A. B. Galkina

ABSTRACT Botulism is a long-known, relatively rare disease that is severe in its clinical manifestations. In practice, the differential diagnosis of paralytic syndrome presents difficulties. A clinical case of botulism in a family is described, along with the difficulties in clinical diagnosis, its laboratory confirmation, and treatment.

Keywords: botulism, diagnosis, paralytic syndrome, laboratory verification, specific treatment.

Ботулизм – острое заболевание инфекционно-токсического генеза, обусловленное действием специфического белкового нейротоксина, вырабатываемого вегетативными формами возбудителя *C. Botulinum* [1, 2].

За последнее десятилетие в России регистрируется в среднем от 100 до 300 случаев ботулизма в год, что сравнительно немного в масштабах страны, но значительно с учетом тяжести клинических проявлений, длительности восстановительного периода и летальности 7–9 % [1, 2]. Большинство случаев современного ботулизма связано с употреблением в пищу консервов домашнего приготовления, чаще всего грибов [1].

Клиника ботулизма специфична и состоит из нескольких синдромов: гастроинтестинального, интоксикационного и паралитического, однако большинство пациентов обращаются к специ-

алистам – неврологу и офтальмологу. Сходство симптомов с другими заболеваниями, обращение к врачам разных специальностей приводит к неверной постановке диагноза, а следовательно, к задержке специфического лечения. Так, по данным анализа вспышки ботулизма летом 2024 года, преобладали диагнозы неврологического профиля (острое нарушение мозгового кровообращения, миастения, транзиторная ишемическая атака, инсульт) [1, 2–6, 8, 9, 10].

Нами проведен анализ медицинской документации двух пациентов 3., матери и сына, 57 и 33 лет соответственно, получавших стационарное лечение в ОБУЗ «1-я городская клиническая больница» города Иваново.

Пациенты 3. во время семейного застолья 30.11.2025 ели маринованные грибы (грузди), собранные, законсервированные и присланные

родственниками из Нижегородской области. Мать и сын заболели одновременно 01.12.2025. Начальные проявления возникли со второго дня болезни: гастроинтестинальный, интоксикационный и неврологический симптомы с разной степенью выраженности.

У пациента 3., 33 лет, 1 декабря появились головная боль, тошнота, самостоятельно вызвал рвоту. 2 декабря присоединились сухость во рту, затруднение глотания твердой пищи, двоение в глазах, два раза был полуоформленный стул. 3 декабря отметил затруднение глотания жидкой пищи, нечеткость зрения, двоение в глазах, появился односторонний птоз. Обратился к неврологу, была выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга, патологии не выявлено, назначен мексидол (без эффекта). 9 декабря с жалобами на сохраняющуюся нечеткость зрения, опущение век, затруднение глотания и чувство «кома в горле» обратился к терапевту, был заподозрен ботулизм, направлен в инфекционный стационар.

При поступлении состояние оценивалось как тяжелое за счет выраженности паралитического синдрома, наличия вялости, адинамии, сухости слизистых оболочек при отсутствии динамических и дыхательных нарушений. Отмечалась задержка стула в течение 5 дней. В неврологическом статусе зрачки D=S, фотореакции сохранены, выявлены полуптоз слева, недостаточность конвергенции. Лицо симметрично, язык – по средней линии. Подвижность небной занавески снижена, дисфагия, глоточный рефлекс отсутствует. Глубокие рефлексы с рук низкие, D=S. Мышечная сила – 5 баллов, чувствительность не нарушена. Координаторные пробы не нарушены. Менингеальных знаков нет. По тяжести состояния помещен в палату интенсивной терапии. Была взята кровь до введения противоботулинической сыворотки на идентификацию ботулотоксина, введена противоботулиническая сыворотка трех типов (А, В, Е). Через шесть часов от начала лечения состояние пациента улучшилось: уменьшилась слабость, гемодинамические показатели нормализовались, исчезло двоение в глазах, уменьшились проявления дисфагии. На электрокардиограмме регистрировалась синусовая тахикардия, диффузные неспецифические изменения миокарда. В биохимическом анализе крови выявлен высокий уровень С-реактивного белка (в 3 раза

больше нормальных значений). К девятому дню с момента госпитализации все неврологические симптомы у пациента полностью купированы, выписан в удовлетворительном состоянии.

Пациентка 3., 57 лет, заболела 01.12.2025. Появились тошнота, жидкий стул, со 02.12.2025 присоединились сухость во рту, нарушение глотания, кратковременное нарушение зрения в виде двоения в глазах, периодически сохранялись рвота и жидкий стул. По поводу появившихся вышеуказанных жалоб к врачу не обращалась, считала, что эти симптомы обусловлены ее хроническими заболеваниями (желчнокаменная болезнь, холецистэктомия от 2005 года, миопия, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, сахарный диабет 2-го типа). Обратилась за медицинской помощью только после госпитализации сына. При поступлении на девятый день от начала заболевания в неврологическом статусе существенных изменений не найдено. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение уровня С-реактивного белка. Пациентке также введена противоботулиническая сыворотка трех типов. Вышеперечисленные жалобы были купированы в течение 48 часов.

Ботулотоксин типа В выявлен только из вытяжки, приготовленной из употребляемых больными грибов, в крови заболевших ботулотоксин не обнаружен.

Таким образом, поздняя (на девятый день болезни) диагностика ботулизма связана с отсутствием настороженности врачей в отношении данной инфекции.

Начальные симптомы ботулизма нередко напоминают пищевое отравление: тошнота, рвота, слабость, диарея, нормальная или субфебрильная температура тела. При первичном обращении больного неврологом не принято во внимание острое начало заболевания, гастроинтестинальный синдром. При наличии диспепсических симптомов не был собран эпидемиологический анамнез, не выяснено, что накануне заболевания употреблял в пищу пациент, состояние здоровья окружающих.

При обращении к неврологу пациент 3. предъявлял жалобы на впервые и остро возникшие затруднения глотания твердой и жидкой пищи, двоение в глазах, нечеткость зрения. Это характеризует бульбарный синдром, который может

развиваться при различных неврологических заболеваниях, таких как инсульт в области продолговатого мозга; опухоли ствола мозга или задней черепной ямки; боковой амиотрофический склероз; полинейропатии. Но других патомоничных признаков вышеуказанных заболеваний у пациента 3. не определялось.

В инфекционном отделении у больного ведущим становится паралитический синдром с симметричными нисходящими вялыми парезами поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры, купированные введением противоботулинической сыворотки.

Для ботулизма характерны и паралитический, и бульбарный синдромы, но их выраженность и последовательность появления различаются в зависимости от тяжести заболевания: при лёгкой форме инфекции паралитический синдром ограничивается поражением глазодвигательных мышц; среднетяжёлую форму характеризуют выраженные неврологические проявления без признаков острой дыхательной недостаточности, которая развивается при тяжёлом течении ботулизма у пациентов с выраженными бульбарными нарушениями.

Трудности также вызывает и лабораторная верификация диагноза. Реакция нейтрализации, проведенная на белых мышцах (биопроба), – процесс длительный и трудоемкий, к тому же достаточное количество ботулотоксина в крови циркулирует в первые три дня от начала болезни. Другие же методы диагностики (в частности иммуноферментный анализ с полимеразной цепной реакцией – иммуно-ПЦР), хоть и показали высокую чувствительность в обнаружении ботулотоксина, пока остаются недоступны для практической медицины [7, 8].

Поздняя диагностика ботулизма ведёт к отсрочке введения противоботулинической сыворот-

ки, что снижает её эффективность (сыворотка действует только на свободно циркулирующий токсин) [1, 2, 5, 7, 8].

Заболевание у пациентов 3. протекало типично, со всеми характерными для ботулизма особенностями: отсутствие температурной реакции, стертые гастроинтестинальные признаки как проявления интоксикационного синдрома, типичные неврологические симптомы – диплопия, дисфагия, сухость во рту, птоз. При первичной диагностике у пациента 3. возникли трудности вследствие того, что не был собран эпидемиологический анамнез и у больного наблюдалось преобладание бульбарного синдрома над паралитическим, характеризующего среднетяжелое течение, наличие некоторой асимметрии неврологических выпадений (односторонний птоз).

Следовательно, для обеспечения своевременной диагностики ботулизма на этапе первичного обращения необходимо организовать целенаправленную работу с врачами-специалистами (в том числе с офтальмологами и неврологами), включающую проведение обучающих семинаров и вебинаров. Цель обучения – отработать навыки распознавания специфических клинических признаков ботулизма и закрепить чёткий алгоритм действий при подозрении на заболевание. Также необходима работа с населением по профилактике пищевого ботулизма при производстве домашних консервов. Информацию об опасности этого заболевания следует размещать в средствах массовой информации и соцсетях: видеоролики с демонстрацией правильных методов консервирования, интервью с врачами о симптомах ботулизма и необходимости срочного обращения за помощью при их появлении, посты с разбором типичных ошибок при домашнем консервировании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никифоров В.В. Ботулизм. Санкт-Петербург; Эко-Вектор; 2024:528.
2. Ботулизм у взрослых. Клинические рекомендации. Москва; Минздрав России; 2025.
3. Ботулизм у детей. Клинические рекомендации. Москва; Минздрав России; 2024.
4. Ерусланов Б.В., Светоч Э.А., Мицевич И.П., Фурсова Н.К., Дятлов И.А. Ботулизм: характеристика возбудителя и лабораторные методы его диагностики. Бактериология. 2018; 3(4):47-59.
5. Кожевникова А.В., Никифоров В.В. Медикаментозная терапия пациентов с ботулизмом: проблемы и решения. Клиническая инфектология и паразитология. 2025; 14(1):45-65.
6. Галеева Н.В., Николаева И.В., Гатауллин М.Р., Фаткуллин Б.Ш., Созинова Ю.М., Казанцев А.Ю., Ша-

- рифуллина Г.С., Ахметзянова А.Ф. Вспышка пищевого ботулизма типа А. Практическая медицина. 2025;3(1):76-82.
7. Никифоров В.В., Кожевникова А.В. Ботулизм: новые данные о патогенезе, ближайших исходах и отдаленных последствиях болезни Журнал инфектологии. 2025;17(2):5-20.
 8. Никифоров В.В., Кожевникова А.В. Ошибки клинической диагностики ботулизма и их последствия. Клиническая инфектология и паразитология. 2025;14(2):140-151.
 9. Шостакович-Корецкая Л.Р., Шевченко-Макаренко О.П., Галущенко С.А. Росицкая О.А, Ляхова Е.Ю. Ботулизм или инсульт: трудности дифференциальной диагностики. Клинические случаи. Клиническая инфектология и паразитология. 2021;10(2):245-257.
 10. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Под ред. акад. РАМ Н.Д. Ющука, акад. РАЕН Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп. Москва; ГЭОТАР-Медиа; 2023:1104.