# Презентация по инфекционным болезням на тему: «Амебиаз»

Амебиаз – это протозойная инфекция с фекально-оральным путем передчи, которая характеризуется язвенным поражением кишечника, в некоторых случаях абсцессами в печени, головном мозге, легких и других органах.

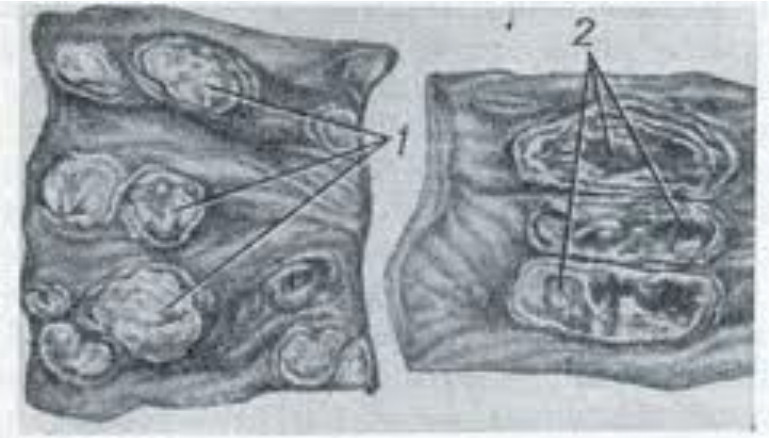
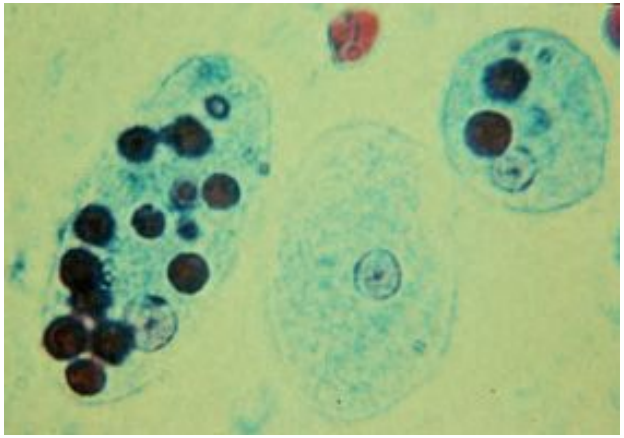



Рис. 2. Изменения толстой кишки при амебиазе: *1* — некротические очаги в складках слизистой оболочки; *2* — очаги глубокого распада.

Возбудителем является Entamoeba histolytica (Дизентерийная амёба )

Дизентерийная амёба— вид паразитических протозоа класса саркодовые. Вид впервые описан в 1875 году русским учёным Ф. А. Лешем.

Размером дизентерийная амёба мельче обыкновенной амёбы (Amoeba proteus), подвижна. Ложноножки у дизентерийной амёбы меньше чем у обыкновенной. Эктоплазма чётко отграничена от эндоплазмы, псевдоподии короткие и широкие.



Трофозоиты Entamoeba histolytica с поглощёнными эритроцитами.

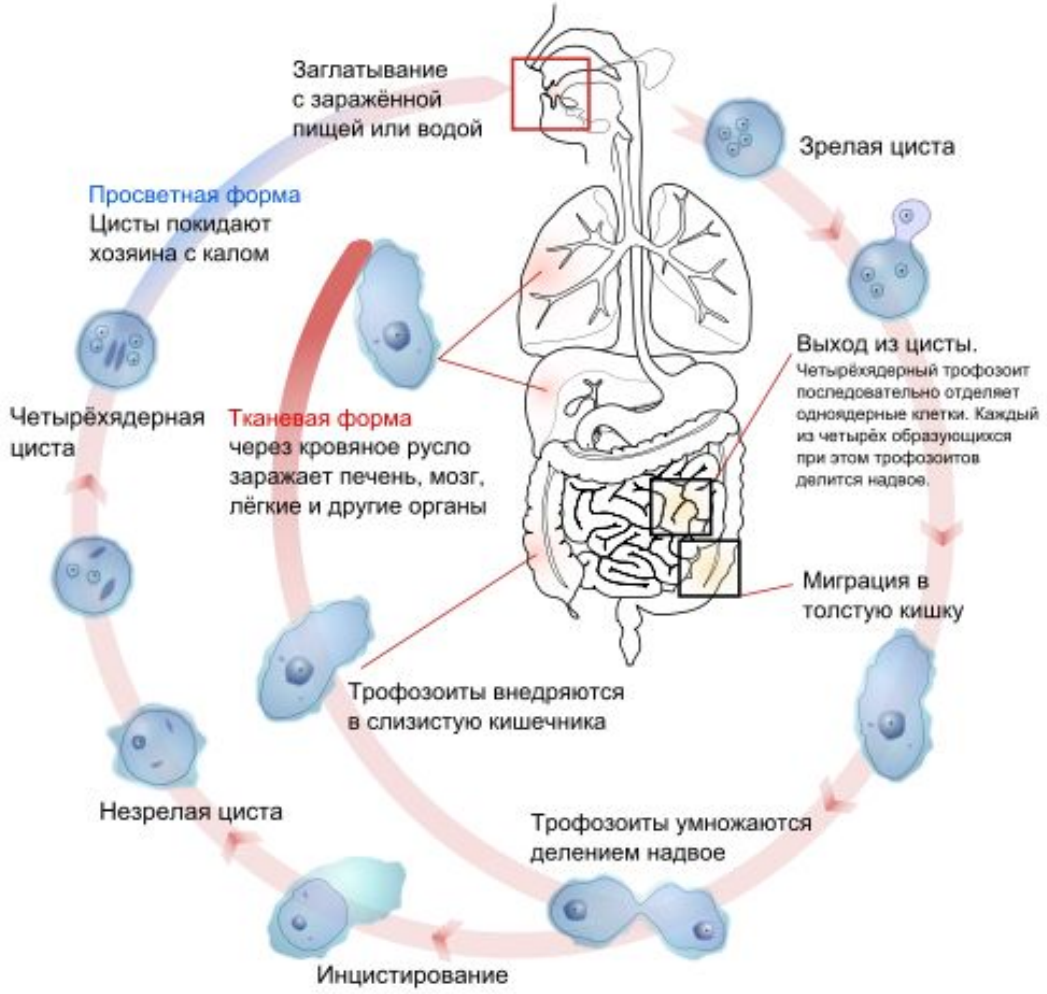
**В организме человека Entamoeba histolytica может находиться в трех формах:**

**Большая вегетативная форма** (тканевая форма, эритрофаг, гематофаг) имеет в диаметре 20-30 мкм, а при активном движении вытягивается и достигает длины до 60-80 мкм. Эта форма способна фагоцитировать эритроциты. Число их доходит до 20 и более в одной амебе. Тканевая форма амебы обнаруживается только при остром амебиазе непосредственно в пораженной ткани, в испражнениях редко.

**Просветная форма** (мелкая вегетативная форма, свободная, нетканевая, предцистная) имеет диаметр 15-20 мкм. Эритроцитов не фагоцитирует. Обнаруживается у носителей амеб.

**Стадия цисты представляет** собой образование диаметром 7-18 мкм, имеет от 1 до 4 ядер, устойчива во внешней среде. Зрелая циста, способная вызвать инфицирование, имеет 4 ядра.

# Жизненный цикл в теле человека



Источником заражения является человек, больной амебиазом, или носитель дизентерийных амеб.

В 1 г испражнений может содержаться до 6 млн цист амеб. Характерен фекально-оральный путь передачи инфекции (проглатывание цист с загрязненной водой, продуктами питания).

Амебиаз широко распространен во многих странах (пораженность населения дизентерийными амебами в среднем около 10%). Заболеваемость особенно велика в тропических и субтропических регионах (страны Африки, Южной Азии, Центральной и Южной Америки). В этих странах амебиаз обусловливает до 20% всех болезней, протекающих с кишечными расстройствами. В СНГ амебиаз чаще встречается на Кавказе (Армения, Грузия) и в Средней Азии (Туркмения, Киргизия).

Характеризуется выраженной летне-осенней сезонностью. Чаще заболевают люди среднего возраста.

## Патогенез.

Возбудитель проникает через рот с водой, с пищей в кишечник человека. В нижнем отделе тонкого кишечника и в начальном отделе толстой кишки оболочка цисты расплавляется и превращается в просветную форму. На этой стадии амеба может внедряться в слизистую оболочку кишечника, где превращается в тканевую форму. В тканях стенки кишки амеба обусловливает развитие микроабсцессов, которые прорываются в просвет кишечника. В результате образуются язвы. Преимущественно страдают слепая и восходящая кишки.

Гематогенным путем энтамеба может проникать в легкие, головной мозг, печень и другие органы, там образуются абсцессы.

Согласно классификации ВОЗ выделяют **бессимптомный** и **манифестный** амебиаз, в том числе **кишечный** (амебная дизентерия и дизентерийный амебный колит) и **внекишечный** (печеночный: острый негнойный и абсцесс печени; легочный и другие внекишечные поражения).

**Амебная дизентерия (кишечная форма, дизентерийный колит)** - основная и наиболее частая клиническая форма болезни - может протекать остро и хронически, в тяжелой, среднетяжелой и легкой формах. Инкубационный период - от 1 - 2 недель до 3 - 4 месяцев и более. Основными клиническими признаками заболевания является учащенный стул: в начальном периоде до 4 - 6 раз в сутки обильный каловый со слизью, затем до 10 - 20 раз в сутки с кровью и слизью с потерей калового характера. Испражнения приобретают вид «малинового желе». Болезнь, как правило, развивается постепенно, без явлений общей интоксикации, температура тела нормальная или субфебрильная. При тяжелом течении инвазии могут отмечаться высокая температура и тянущие или схваткообразные боли в нижней части живота, усиливающиеся во время дефекации. Появляются мучительные тенезмы (болезненные ложные позывы к дефекации почти при полном отсутствии кала).

При тяжелом течении колита нарастают признаки интоксикации, что проявляется повышением температуры (обычно неправильного характера), снижением аппетита, появлением тошноты, иногда рвоты. Живот в острый период мягкий, болезненный по ходу толстой кишки.

При эндоскопии (ректороманоскопия, фиброколоноскопия) воспалительные изменения в области прямой и сигмовидной кишок обнаруживаются в начальном периоде у 42% больных. На 2 - 3-й день от начала заболевания на фоне нормальной слизистой оболочки отмечаются участки гиперемии (диаметром 2-5 мм), несколько возвышающиеся над уровнем неизмененных отделов кишки. С 4 - 5-го дня болезни на месте этих участков гиперемии выявляются мелкие узелки и язвы (до 5 мм в диаметре), из которых при надавливании выделяются творожистые массы желтоватого цвета. Вокруг язв небольшая зона гиперемии. С 6-го по 14-й день болезни обнаруживаются язвы размером до 20 мм с подрытыми краями и заполненные некротическими массами. Таким образом, типичные для амебиаза изменения слизистой оболочки кишки формируются в течение первых 2-х недель болезни. При быстро прогрессирующем течении подобные изменения обнаруживаются уже на 6 - 8-й день болезни.

**Острый процесс** длится не более 4-6 нед., затем наступает ремиссия продолжительностью от нескольких недель до 1 и более месяцев. После ремиссии болезнь возобновляется и приобретает хроническую форму, которая без специфического лечения может длиться годами.

**Хронический процесс** протекает в виде рецидивирующей или непрерывной форм. При рецидивирующей форме обострения сменяются ремиссиями, во время которых больные отмечают лишь небольшие диспепсические явления (нерезко выраженный метеоризм, урчание в животе, боли без определенной локализации). При обострении самочувствие больных существенно не нарушается, температура тела остается нормальной. В это время отмечаются выраженные боли в правой половине живота, в илеоцекальной области (нередко ошибочно диагностируется аппендицит), расстройство стула. При непрерывном течении хронического амебиаза периоды ремиссии отсутствуют. Заболевание протекает то с усилением всех проявлений (боли в животе, понос, чередующийся с запорами, стул с примесью крови, иногда повышается температура тела), то с их ослаблением.

При длительном течении хронической формы кишечного амебиаза наступает истощение больных, снижается работоспособность, развивается астенический синдром, гипохромная анемия, часто увеличивается печень, отмечаются эозинофилия, моноцитоз, в запущенных случаях - кахексия. При хроническом течении кишечного амебиаза развивается астенический синдром, витаминная, белково-энергетическая недостаточность. Больные жалуются на отсутствие аппетита, неприятный вкус во рту, слабость. При осмотре - черты лица заострены, больной бледен, язык обложен белым или серым налетом, живот обычно втянут, при пальпации безболезненный или слабоболезненный в подвздошной области. У многих больных выражены симптомы сердечно-сосудистой патологии: приглушенность тонов сердца, тахикардия, лабильность пульса. При ректороманоскопии обнаруживаются язвы, полипы, кисты, амебомы.

**Амебиаз кожи** развивается как вторичный процесс у ослабленных и истощенных больных. Эрозии и язвы локализуются преимущественно в перианальной области, промежности, ягодицах.

## Методы исследования.

- Выявление тканевой и большой вегетативной форм возбудителя в испражнениях заболевшего, мокроте, содержимом абсцессов, отделяемом дна язв
- Проводят исследование нативных мазков, окрашенных р-ром Люголяилк по Хайдерхайну. Обнаружение в каловых массах просветных, прецистных форм и цист не подтверждает диагноз амебиаза, а свидетельствует об инвазированности обследуемого
- Культивирование амёб на искусственных питательных средах
- Методы заражения лабораторных животных
- Серологические методы
- Колоно- и ректороманоскопия: обнаруживают фибринозно-язвенный колит и проктосигмоидит; в пунктате слизистой оболочки выявляют тканевые формы паразита; хронические формы кишечного амебиаза сопровождаются образованием руб-цовых стриктур дистальных отделов толстой кишки
- КТ: выявление амёбного абсцесса печени
- Обзорная рентгенография: обнаружение пневмонии, реактивного правостороннего плеврита и абсцессов печени
- Общий тест крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ.

## Дифференциальный диагноз.

- Острые кишечные инфекции, протекающие с симптомами колита (шигеллёз, эшерихиоз, сальмонеллёз, балантидиаз и т.д.)
- Неинфекционные колиты (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и ишемический колит)
- Злокачественные новообразования кишечника
- Гнойный холецистохолангит
- Ге-патоцеллюлярная карцинома
- Эхинококкоз печени
- Малярия
- Правосторонний экссудативный плеврит
- Дерматомикоз
- Туберкулёз
- Рак кожи.

## Лечение:

**При бессимптомном течении и или лёгкой форме кишечного амебиаза:**
**Хиниофон** по 500мг в 3р/сут (до 3 г/сут) в течение 10—20 дней или **метронидазол** по 750 мг 3 р/сут в течение 5—10 дней (не надлежит принимать одновременно или на другой день в последствии употребления алкоголя).
**При среднетяжёлой и тяжёлой форме кишечного амебиаза:**
**Метронидазол** в течение 5—10 дней, потом курс **хиниофона** или **эметина гидрохлорида** по 1 мг/кг/сут (до 60 мг/сут) в/м не более 5 дней (при систематическом контроле ЭКГ; при развитии тахикардии, артериальной гипотёнзии, выраженных нарушений функций ЖКТ, дерматозов продукт надлежит отменить; противопоказан при заболеваниях сердца, беременности).
**При внекишечном амебиазе:**
**Метронидазол** по 750 мг 3р/сут в течение 5—10 дней или **эметина гидрохлорид** в течение 5 дней (при амебиазе печени — в сочетании с хлоро-хином 600 мг/сут внутрь в течение 2 дней, потом 300 мг/сут в течение 2—3 нед)
При выявлении возбудителя в кишечнике в в последствиидующем проводят курс **хиниофона.**
Меры предосмотрительности: ни один продукт не надлежит использовать при беременности.

## Осложнения амебиаза

• Возникновение внекишечного амебиаза (абсцесс печени, плевролегочной амёбиаз, абсцесс мозга, поражение кожи);
• Перфорация кишечника, приводящая к перитониту и высокой летальности;
• Стриктуры (сужение участков) кишечника;
• Кишечные кровотечения;
• Прорыв абсцессов.

## Профилактика.

- Выписка из стационара при полной санации кишечника от возбудителя, что устанавливают 6-кратным исследованием фекалий.
- Реконвалесценты подлежат обязательному диспансерному наблюдению инфекционистом в течение 6—12 мес.
- Для лиц, пребывающих в эпидемиологически неблагополучном регионе, предусматривают проведение индивидуальной химиопрофилактики продуктами универсального амебоцидного действия.
- В окружении заболевшего проводят текущую дезинфекцию 3% р-ром лизола или 2% р-ром крезола.

## Прогноз при амебиазе.

Без лечения амёбиаз может приводить к смерти больного. При лечении улучшение обычно наступает в течение нескольких дней. У некоторых больных признаки раздражения толстой кишки (диарея, схваткообразные боли в левой нижней части живота) сохраняются в течение нескольких недель после успешного лечения заболевания. Возможны рецидивы.

Конец!