A wooden board with a white paper pinned to it. The board is made of light-colored wood with a vertical grain. The paper is white and has a slightly wavy, torn edge at the bottom right. It is held in place by four black pushpins: two at the top and two at the bottom. A thin black line is drawn across the top of the board, connecting the two top pins. The text on the paper is centered and reads:

Презентация  
по инфекционным  
болезням на тему:  
«Амебиаз»

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

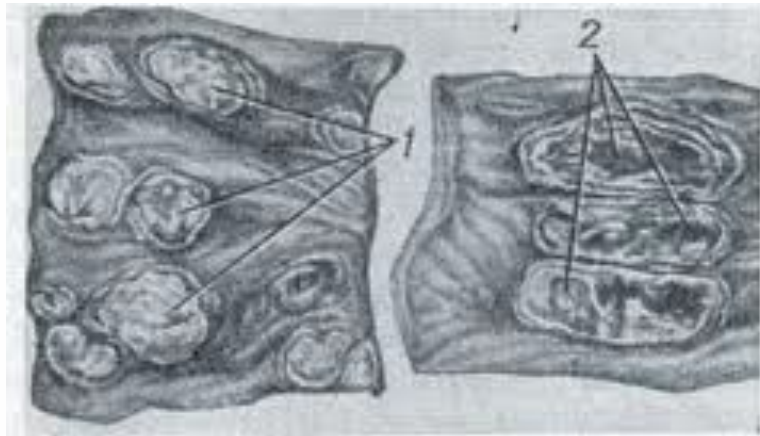


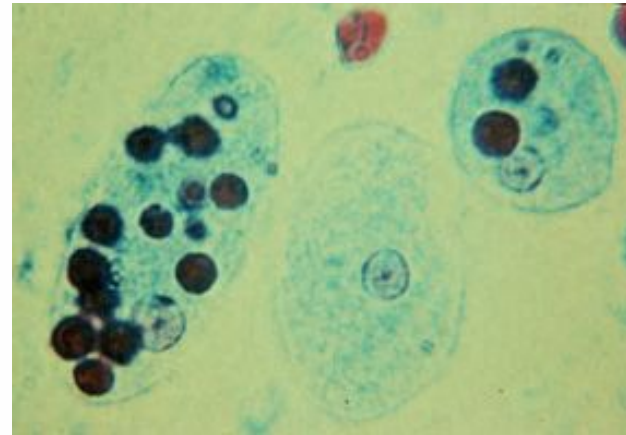
Рис. 2. Изменения толстой кишки при амебиазе: 1 — некротические очаги в складках слизистой оболочки; 2 — очаги глубокого распада.

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.



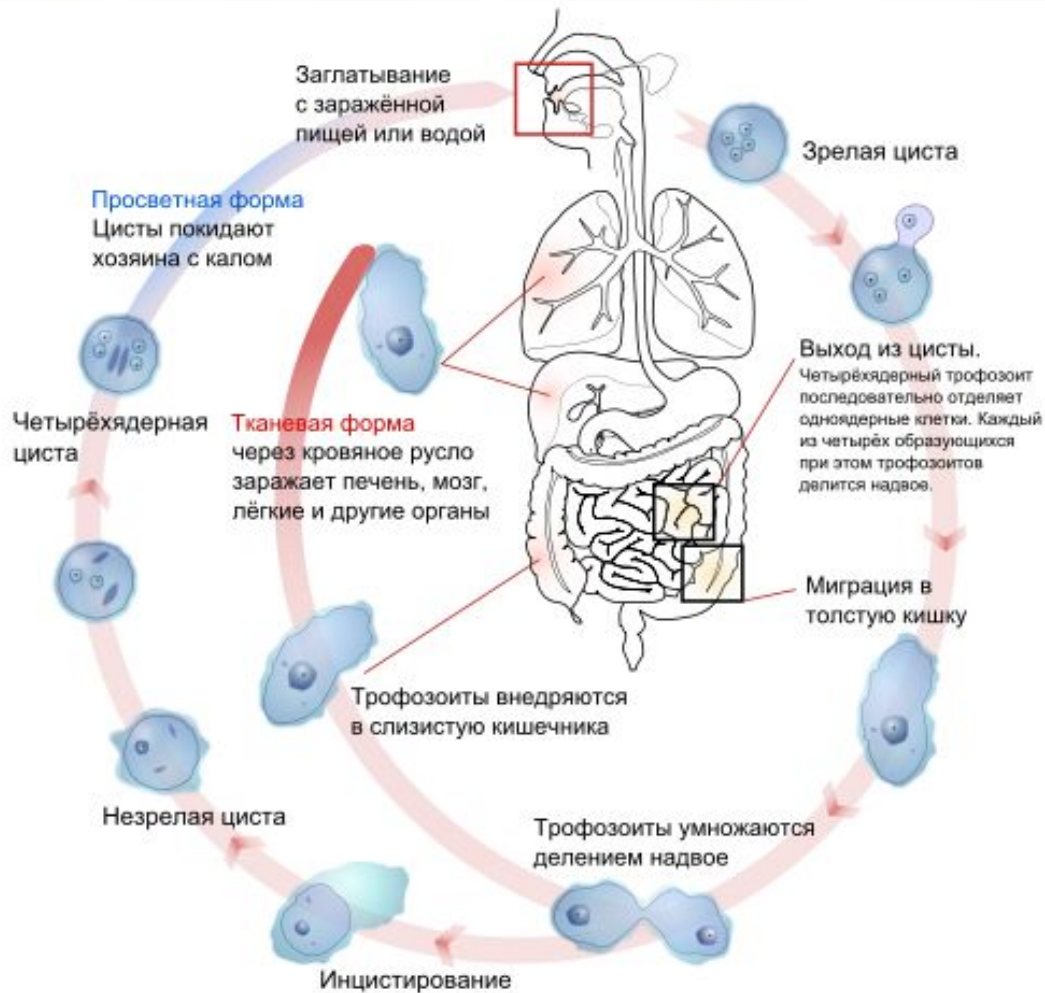
В организме человека *Entamoeba histolytica* может находиться в трех формах:

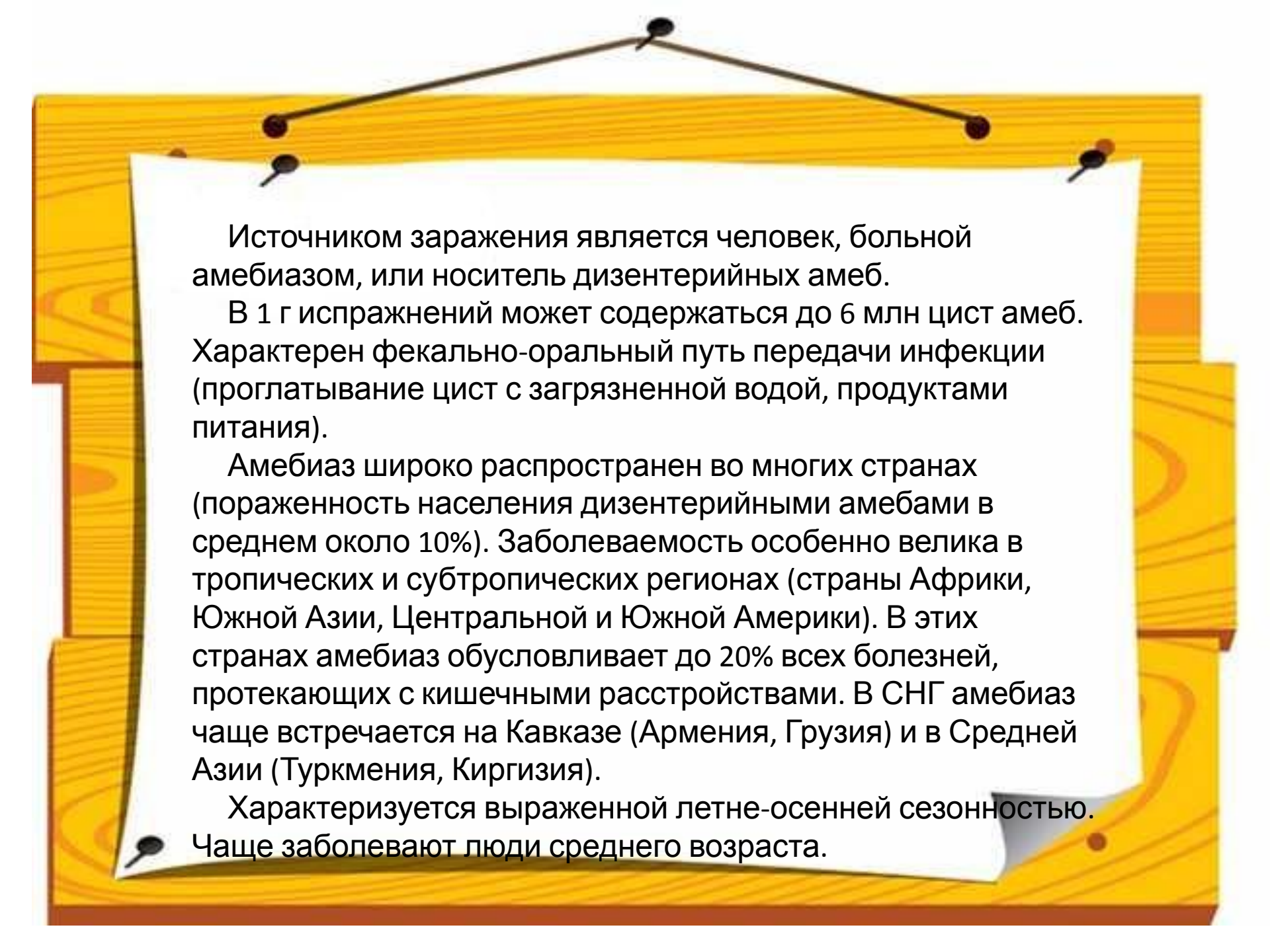
**Большая вегетативная форма** (тканевая форма, эритрофаг, гематофаг) имеет в диаметре 20-30 мкм, а при активном движении вытягивается и достигает длины до 60-80 мкм. Эта форма способна фагоцитировать эритроциты. Число их доходит до 20 и более в одной амебе. Тканевая форма амебы обнаруживается только 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 обуславливает до 20% всех болезней, протекающих с кишечными расстройствами. В СНГ амебиаз чаще встречается на Кавказе (Армения, Грузия) и в Средней Азии (Туркмения, Киргизия).

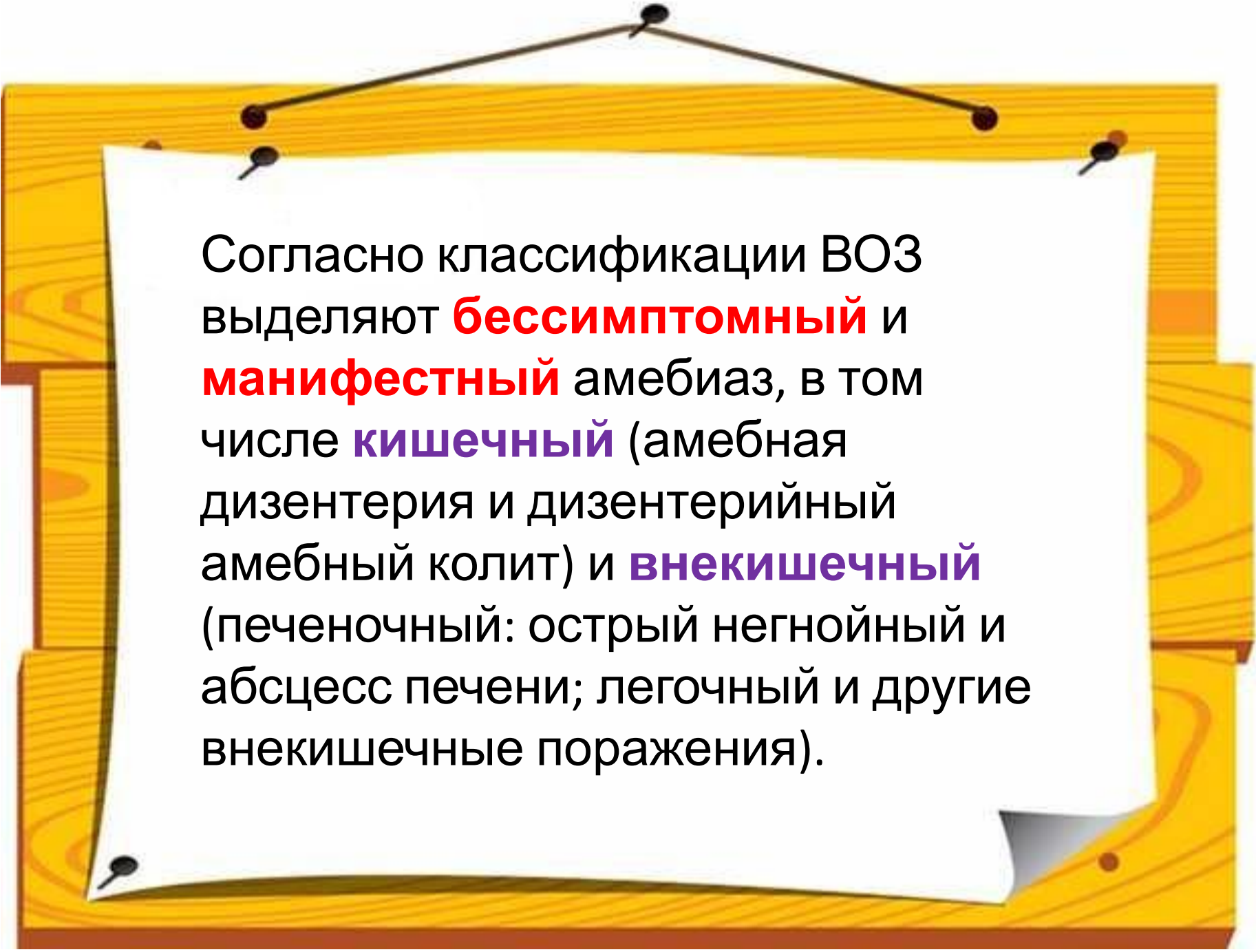
Характеризуется выраженной летне-осенней сезонностью. Чаще заболевают люди среднего возраста.

## 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 обуславливает 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.



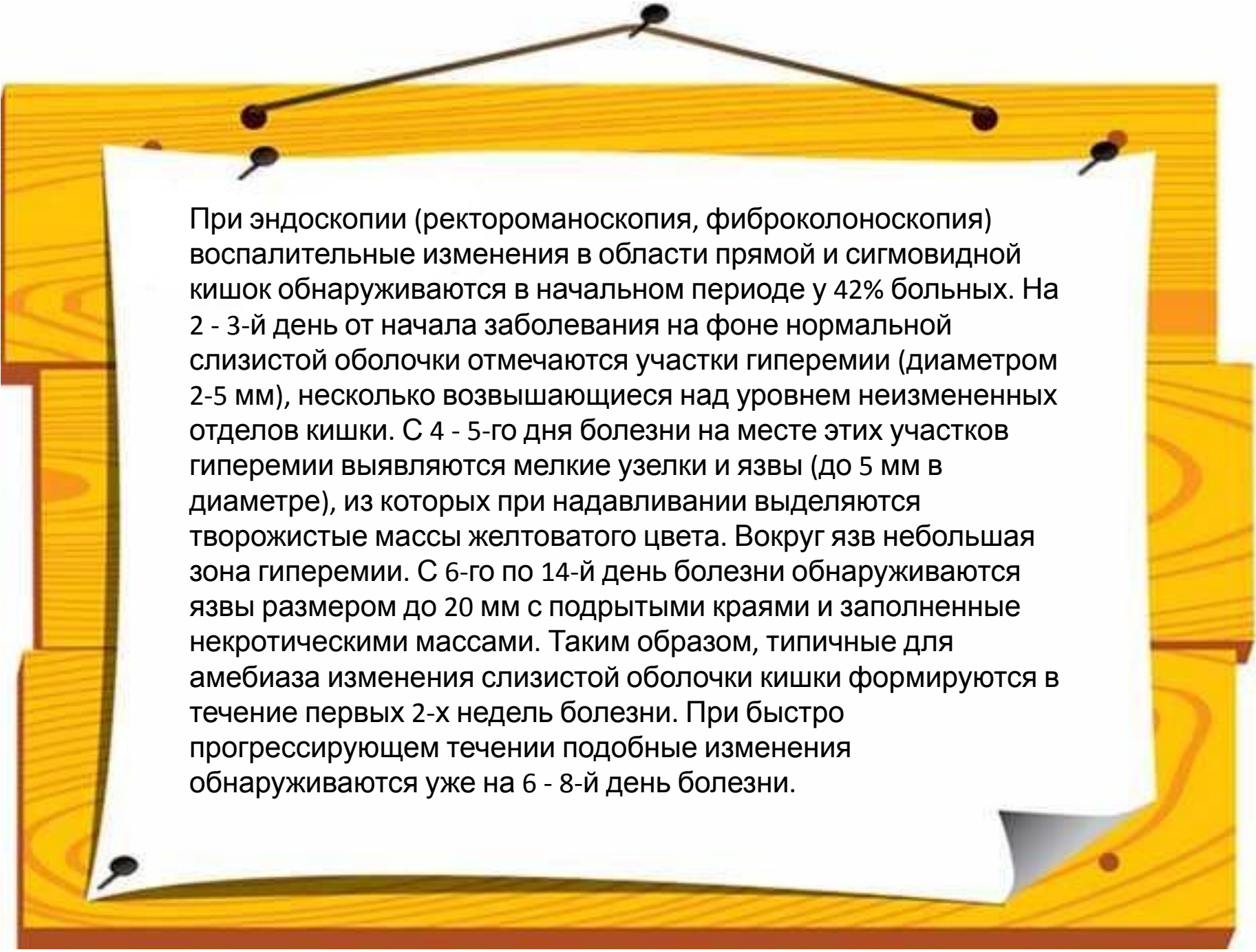


Согласно классификации ВОЗ выделяют **бессимптомный** и **манифестный** амебиаз, в том числе **кишечный** (амебная дизентерия и дизентерийный амебный колит) и **внекишечный** (печеночный: острый негноный и абсцесс печени; легочный и другие внекишечные поражения).

**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.

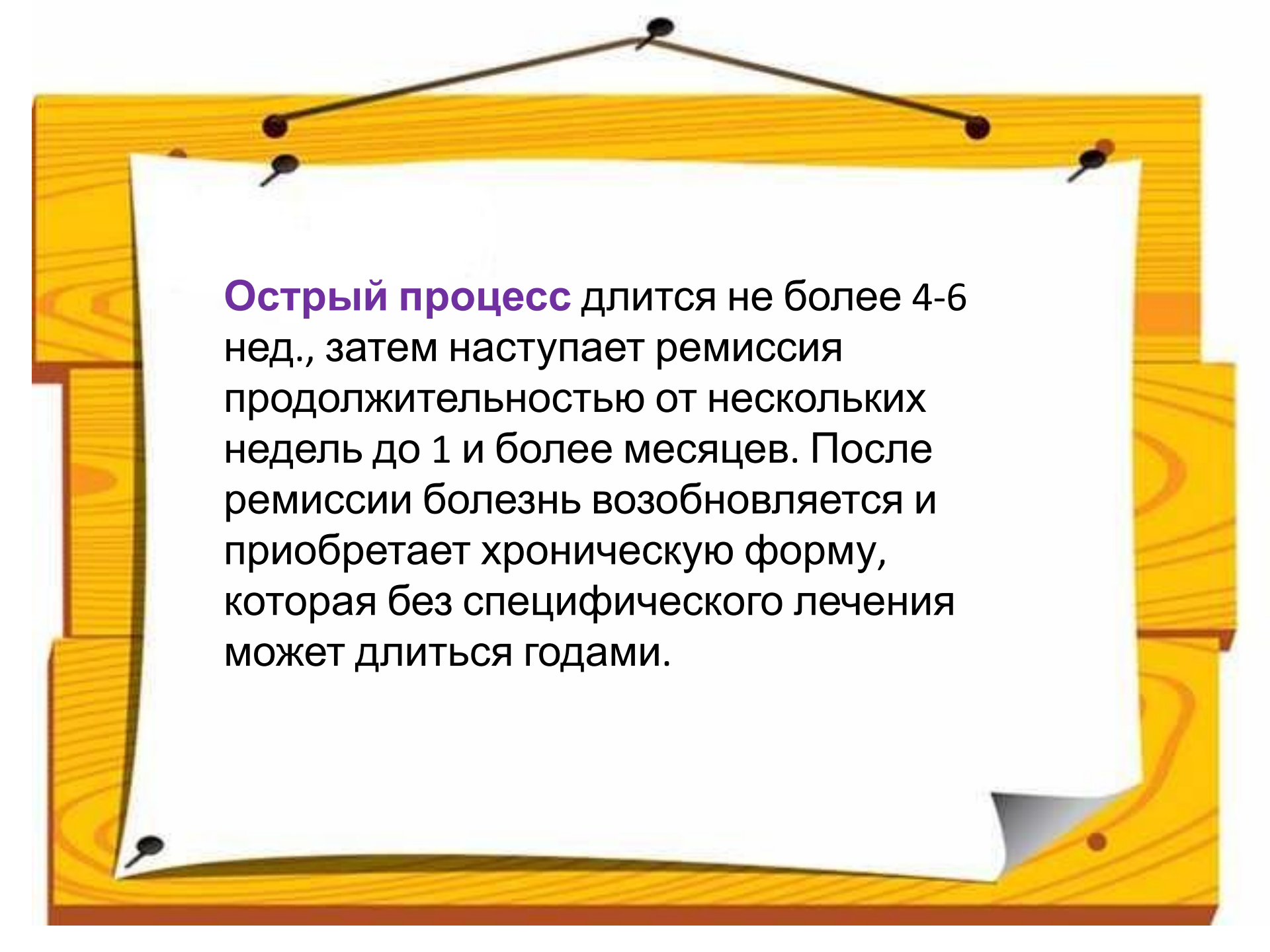




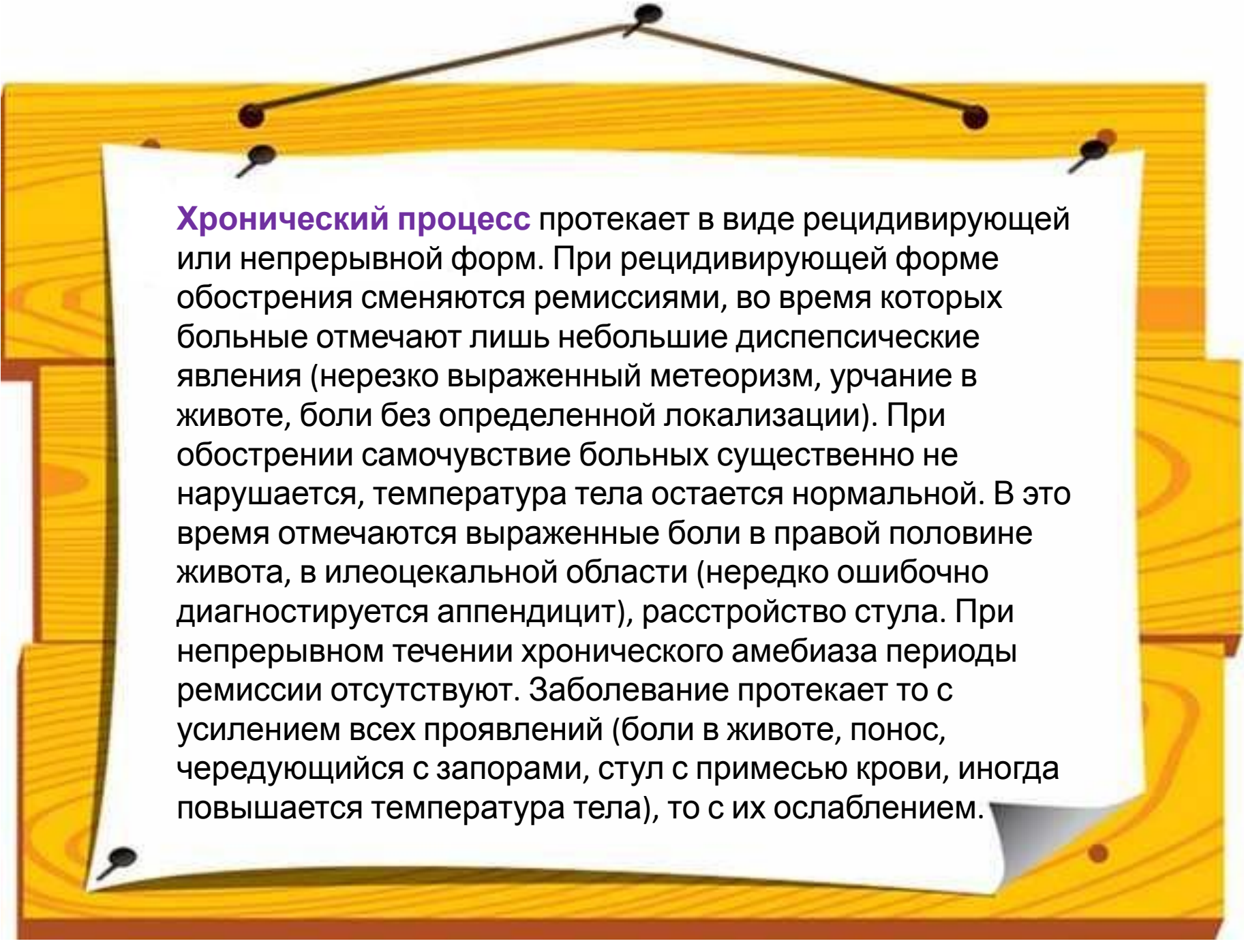
При эндоскопии (ректороманоскопия, фиброколоноскопия) воспалительные изменения в области прямой и сигмовидной кишок обнаруживаются в начальном периоде у 42% больных. На 2 - 3-й день от начала заболевания на фоне нормальной слизистой оболочки отмечаются участки гиперемии (диаметром 2-5 мм), несколько возвышающиеся над уровнем неизменных 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.



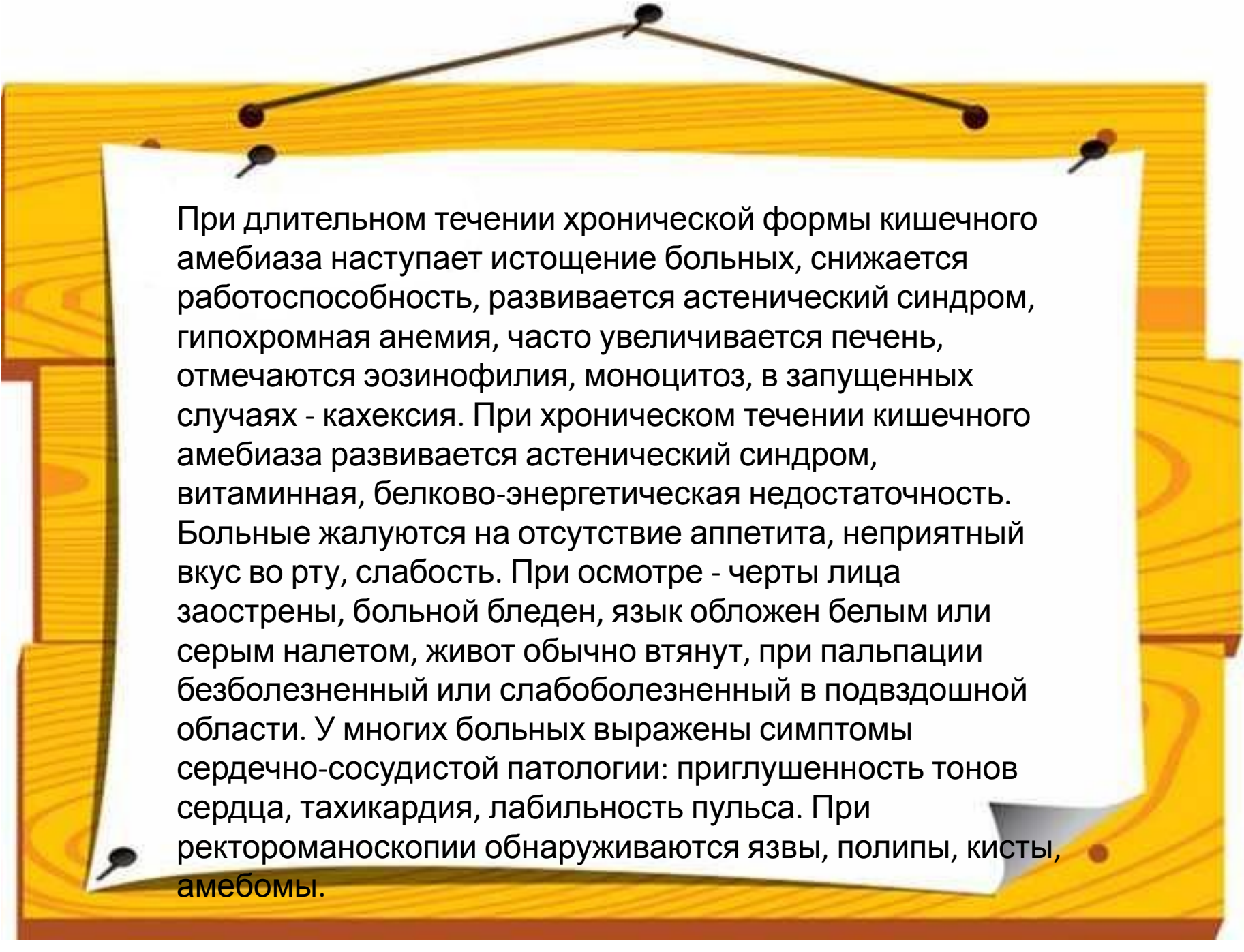


A wooden board with a white paper pinned to it. The board has a light brown wood grain pattern. The paper is white and has a slightly wavy bottom edge. It is held in place by several black pushpins. The text on the paper is in black, with the first word 'Острый' in purple. The text describes the duration of the acute phase and the subsequent remission of a disease.

**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, амёбомы.



**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 инвазированнойности 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 амёбиоза:**

**Хиниофон** по 500 мг 3 р/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 амёбиоза:**

**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 гипотензии, выраженных нарушений функций ЖКТ, дерматозов продукт надлежит отменить; противопоказан при заболеваниях сердца, беременности).

**При внекишечном амёбиозе:**

**Метронидазол** по 750 мг 3 р/сут в течение 5—10 дней или **эметина гидрохлорид** в течение 5 дней (при амёбиозе 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 последствииидущем проводят курс **хиниофона**.

Меры предосторожности: ни один продукт не надлежит использовать при беременности.



## Осложнения амебиаза

- Возникновение внекишечного амебиаза (абсцесс печени, плевроролечной 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 амёбиазе.**

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.

A wooden board with a white paper pinned to it. The word "Конец!" is written in the center of the paper. The board is made of light-colored wood with a dark brown border. The paper is held in place by several black pushpins. The word "Конец!" is written in a bold, black, sans-serif font.

**Конец!**