

АМЕБИАЗ (*AMOEBIASIS*)

Педиатрический факультет

группа 643

ПЛАН:

Диагностика

Лечение

Профилактика

Диагностика

Дифференциальная диагностика

- Амебиаз следует отличать от других протозойных поражений ЖКТ, кишечного шистосомоза, трихоцефалеза, шигеллеза, новообразований в толстой кишке, неспецифического язвенного колита, псевдомембранозного колита, кампилобактериоза, эшерихиозов, иерсиниозов, болезни Крона.
- При амебном абсцессе печени, кроме того, необходимо исключить эхинококкоз, висцеральный лейшманиоз, а в случаях абсцесса легких - абсцедирующую пневмонию и туберкулез.

Для клинического выделения амебиаза из группы кишечных инфекций и инвазий следует учитывать его основные опорные симптомы:

- умеренные правосторонние боли в животе или их отсутствие в начале заболевания;
- постепенное прогрессирование диареи с нарастанием суточного числа дефекаций и изменением характера испражнений (сначала каловые, затем скудные, стекловидные, часто с примесью крови);
- болезненность и спазм толстой кишки при пальпации;
- прогрессирующую потерю массы тела;
- характерные внекишечные проявления заболевания с предшествующими длительными эпизодами диареи.

Лабораторная и инструментальная диагностика

В гемограмме больных можно обнаружить анемию, умеренный лейкоцитоз, эозинофилию, моноцитоз и лимфоцитоз, увеличение СОЭ. Паразитоскопическая диагностика сведена к обнаружению вегетативных форм амеб в нескольких нативных мазках теплых испражнений, взятых *ex tempore*. При невозможности проведения срочного исследования испражнения можно сохранять в консервантах - 10% растворе формалина или поливинилового спирта.

Выявление большой вегетативной формы, содержащей фагоцитированные эритроциты, подтверждает диагноз кишечного амебиаза, нахождение лишь просветной, предцистной форм и четырехъядерных цист может иметь место и при амебном носительстве. Тканевую форму иногда можно найти в материале, взятом из пораженных органов при внекишечном амебиазе (мокрота, содержимое абсцессов и т. п.). В испражнениях в большинстве случаев обнаружить амеб не удастся.

При внекишечных формах амебиаза основу лабораторной диагностики составляют серологические исследования (РНГА, ИФА, РИФ и др.), дающие положительные результаты в среднем в 80% случаев. Эти тесты мало пригодны в эндемическом очаге, поскольку, как уже указывалось выше, после выздоровления от амебиаза в течение 1 года и более можно определять следовые АТ. В последние годы в лабораторную практику внедряют методы выявления амебных Аг с помощью моноклональных АТ или ПЦР.

Применяют также и
инструментальные методы
диагностики:

- рентгенографию;
- колоноскопию;
- УЗИ;
- ядерный магнитный резонанс;
- КТ.

Осложнения и исходы

При кишечном амебиазе возможно развитие нагноения амебного инфильтрата (амебомы) в стенке кишки с усилением болей в животе, высокой лихорадкой, напряжением мышц брюшного пресса. Амебный инфильтрат, суживающий просвет кишки, способен привести к обтурационной непроходимости. Заболевания также могут осложнить амебный аппендицит, перфорация стенки кишки, перитонит с последующим развитием спаек.

К частым осложнениям внекишечного амебиаза относятся:

- разрыв абсцесса с развитием гнойного перитонита и плеврита;
- эмпиему легких;
- пневмоторакс;
- перикардит;
- формирование свищей и др.

В большинстве случаев при адекватном лечении прогноз заболевания благоприятный.

Лечение

е

Обычно проводят в амбулаторных условиях; в тяжелых случаях и при внекишечных поражениях больных госпитализируют. Необходимость постельного режима определяют тяжесть заболевания и локализация поражений. Назначение диеты избирательное, в зависимости от переносимости продуктов питания. Необходимо контролировать и поддерживать баланс электролитов.

При обнаружении неинвазивных форм амеб и бессимптомном течении инвазии назначают:

- этофамид по 20 мг/кг в сутки в 2 приема в течение 5-7 дней;
- дилоксанида фууроат по 500 мг 3 раза в день курсом на 10 сут;
- дийодогидроксихин (йодохинол ♠) по 650 мг 3 раза в день курсом 20 сут (детям препарат назначают из расчета 40 мг/кг в сутки в 3 приема);
- паромомицин по 25-30 мг/кг в сутки в 3 приема курсом 7 дней.

При кишечном амебиазе с клиническими проявлениями, подтвержденном выделением инвазивных форм амеб, показан метронидазол (флагил, трихопол, клион) перорально по 30 мг/кг в сутки в 3 приема курсом в 7-10 дней. Вслед за этим для полного освобождения от просветных форм назначают этофамид по 20 мг/кг в сутки в 2 приема в течение 5-7 дней. Для более быстрого купирования колитического синдрома, элиминации амеб и ускорения репарации слизистой оболочки кишечника одновременно с метронидазолом полезно назначить энтеросидив (по 2 таблетки 3 раза в день курсом 10 сут). Препарат, воздействуя на патогенную и условно-патогенную флору кишечника, тормозит трансформацию комменсальных форм амеб в агрессивные.

При тяжелом кишечном амебиазе рекомендуют комплексный 10-дневный курс метронидазола в сочетании с доксициклином или энтеросидивом. Одновременно в течение первых 5 сут иногда проводят внутримышечные инъекции дегидроэметина в дозе 1 мг/кг в сутки (но не более 60 мг/сут). Препарат обладает выраженным кардиотоксическим эффектом. В случае молниеносного амебного колита в схему лечения добавляют антибиотики широкого спектра, а при отсутствии эффекта может потребоваться хирургическое вмешательство.

Альтернативно при обнаружении неинвазивных форм амеб можно назначить метронидазол, при клинически выраженном кишечном амебиазе - тинидазол (фазижин) по 600 мг 2 раза в день (детям 50 мг/кг в сутки в 2 приема, но не более 2 г в сутки) или орнидазол (тиберал) по 500 мг 2 раза в день. Курс лечения препаратами составляет 3-5 дней (детям до 12 лет - 40 мг/кг в сутки в 2 приема, но не более 2 г в сутки). Тинидазол и орнидазол обладают лучшей переносимостью по сравнению с метронидазолом и более длительным периодом полураспада, что позволяет уменьшить продолжительность курсов лечения. Одновременно с назначением специфических амебицидных препаратов взрослым пациентам можно применять доксициклин по 100 мг в СУТКИ.

При *внекишечном амебиазе* у взрослых рекомендуют сочетать вышеуказанный курс метронидазола с назначением хлорохина фосфата по 600 мг в сутки основания (в 2 приема) в первые 2 дня, затем курсом до 3 нед по 300 мг в сутки. Одновременно можно назначить антибиотики широкого спектра действия. Альтернативная схема - тинидазол перорально по 2 г в сутки в 1 прием (детям по 50 мг/кг в сутки в 1 прием, но не более 2 г в сутки) в течение 5-10 дней. После завершения указанных курсов лечения для элиминации оставшихся амеб в кишечнике назначают этофамид по 20 мг/кг в сутки в 2 приема в течение 5-7 дней.

продолжение

В последние годы при амёбном абсцессе печени отмечают эффективность трансумбиликального введения амёбицидных препаратов. От назначения эметина и дегидроэметина, ранее широко применявшихся в лечении амёбиоза, все чаще отказываются в связи с их токсичностью и отсутствием преимуществ перед вышеуказанными медикаментозными средствами.

Амёбные абсцессы, не поддающиеся консервативному лечению (как правило, диаметром более 2 см), и гнойные осложнения амёбиоза требуют комплексного лечения хирургическими методами с применением специфических противоамёбных средств. Подострый аппендицит амёбного происхождения не требует срочного хирургического вмешательства, больного наблюдают 2-3 дня, применяя консервативное лечение.

Профилактические мероприятия

Как и при других кишечных инфекциях, основу профилактики составляют общие санитарные мероприятия, направленные на рациональную очистку, канализацию населенных мест и повышение санитарной грамотности населения. Проводят защиту водоемов от фекального загрязнения и обеспечение качественного водоснабжения. Обследуют работников пищевых и приравненных к ним предприятий на цисты амеб и при обнаружении их проводят химиосанацию ятреном ♠ (0,5 г 2-3 раза в день курсом 7 сут). Меры специфической профилактики не разработаны.

Мероприятия в эпидемическом очаге

Госпитализацию больных осуществляют по клиническим показаниям. При стационарном лечении реконвалесцентов выписывают после клинического выздоровления с отрицательными результатами 6 паразитологических исследований фекалий, взятых с интервалами 1-2 дня. Диспансерное наблюдение за переболевшим проводят в течение 12 мес с паразитологическим исследованием фекалий через 1, 3, 6 и 12 мес после выписки. Носителей не допускают к работе на пищевых предприятиях. Испражнения больных подвергают дезинфекции (5% раствор лизола), белье замачивают в 3% растворе лизола.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!