



**Амебіаз:
клініка, ускладнення,
діагностика та
лікування.**

Виконав: Протасенко Александр
5П

Клініка

Згідно з МК.Х-10 виділяють такі клінічні форми:

- A06.0 Гостра амебна дизентерія
- A06.1 Хронічний кишковий амебіаз
- A06.2 Амебний недизентерійний коліт
- A06.3 Амебома кишок
- A06.4 Амебний абсцес печінки
- J99.8* Амебний абсцес легень
- G07* Амебний абсцес головного мозку
- A06.7 Шкірний амебіаз
- A06.8 Амебна інфекція іншої локалізації
- A06.9 Амебіаз, неуточнений

Клінічні форми:

1. Безсимптомне амебоносійство (просвітний амебіаз, безсимптомний амебіаз)
2. Амебну дизентерію (кишковий амебіаз)
3. Позакишковий амебіаз (амебний абсцес печінки, легень, мозку)



За вираженістю клінічних проявів:

- Маніфестну форму
- Субклінічну форму

За характером перебігу:

- Амебіаз безперервно прогресуючий
- Рецидивуючий

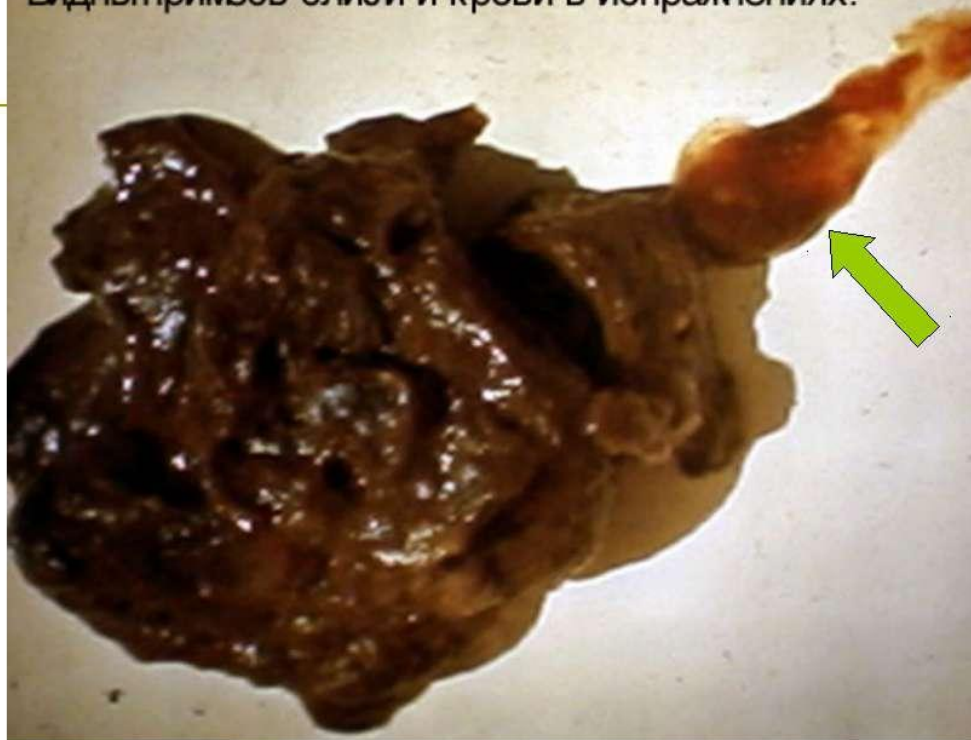
За тяжкістю перебігу:

- Легкий
- Середньої тяжкості
- Тяжкий

Гостра амебна дизентерія

- ✓ Основна і найчастіша клінічна форма інвазії.
- ✓ Інкубаційний період триває від 1—2 тиж. до 3 міс. і довше.
- ✓ При гострому кишковому амебіазі (амебній дизентерії) стан хворих залишається задовільним тривалий час, інтоксикація не виражена, температура тіла нормальна або субфебрильна. Лише в незначній частині хворих з'являються загальна слабкість, швидка втомлюваність, головний біль, зниження апетиту, відчуття важкості в надчеревній ділянці, іноді короткочасний біль у животі, метеоризм.
- ✓ Провідний симптомом- **розлад випорожнень:**
 1. У початковий період вони рясні, калові, із прозорим слизом, 4—6 разів на добу, з різким запахом.
 2. Потім частота дефекацій зростає до 10—20 разів на добу, випорожнення втрачають каловий характер, набираючи вигляду склоподібного слизу.
 3. Пізніше з'являється домішка крові, що в типових випадках надає випорожненням вигляду малинового желе.

Характерный вид стула при кишечном амебиазе.
Видны примесь слизи и крови в испражнениях.



- Можливий постійний або переймистий біль у животі різноманітної інтенсивності, що посилюється під час дефекації.
- У разі ураження прямої кишки характерні тенезми.
- Живіт м'який або помірно здутий, болючий під час пальпації по ходу товстої кишки.
- Гострі прояви кишкового амебіазу зберігаються зазвичай не більше 4—6 тиж.
- Ремісія може продовжуватися від кількох тижнів до кількох місяців.
- Згодом виникає нове загострення (поява усіх або більшості симптомів амебіазу).
- Захворювання набуває хронічного характеру і без специфічного лікування триває до 10 років і більше.

Хронічний кишковий амебіаз

- Розрізняють **рецидивний** і **безперервний** перебіг.
- При **рецидивному** перебігу періоди загострення чергуються з періодами ремісії, під час якої характер випорожнень нормалізується, а стан хворих стає задовільним.
- При **безперервному** перебігу періоди ремісій відсутні, захворювання перебігає зі зміною періодів ослаблення й посилення клінічних проявів.

- Розвивається **астенічний синдром**, дефіцит білків і вітамінів.
- Апетит знижений або відсутній.
- У період загострення частота дефекацій сягає 20—30 разів і більше за добу.
- Больовий синдром при цьому невиражений або відсутній зовсім.
- При тривалому перебігу кишкового амебіазу в гемограмі виявляють анемію, еозинофілію, моноцитоз, лімфоцитоз, збільшення ШОЕ.
- У давніх випадках наростає виснаження, розвивається **кахексія**, яка і є причиною летального наслідку

Амебний абсцес печінки

- Найпоширеніша форма позакишкового амебіазу, яку діагностують у 5% випадків симптоматичного перебігу захворювання.
- У чоловіків амебний абсцес печінки розвивається у 10 разів частіше, ніж у жінок.
- Найпоширенішими симптомами амебного абсцесу печінки є лихоманка (наявна у 90% хворих) та біль у верхньому правому квадранті живота.
- Залучення діафрагмальної поверхні печінки може призводити до розвитку правостороннього плеврального болю чи болю в плечі.
- Розрив абсцесу печінки може призводити до формування плеврального чи перикардіального випоту.

- Близько 40% хворих з амебним абсцесом печінки заперечують наявність симптомів ураження кишечника в минулому.
- У 60–70% пацієнтів амебний абсцес печінки розвивається без супутнього коліту, але хворі можуть повідомляти про наявність симптомів амебного коліту в анамнезі (протягом останнього року).
- Жовтяниця розвивається рідко.
- Вагомим фактором ризику розвитку амебного абсцесу печінки є зловживання алкоголем, проте причинно-наслідкові зв'язки між алкоголізмом та амебіазом печінки на сьогодні не встановлені.

Амебома — менш поширена форма кишкового амебіазу, яка являє собою кільцеподібне скупчення грануляційної тканини у сліпій або висхідній ободовій кишці; розвивається у відповідь на проникнення амеб у стінку кишечника. Амебома може бути ідентифікована при об'єктивному обстеженні у вигляді інфільтрату в правому нижньому квадранті живота.



- **Пациент с амебомой.**
Сужение просвета кишки из-за выпячивания амебомы

Ускладнення

Ускладнення амебного коліту:

- Фульмінантний або некротизуючий коліт.
- Токсичний мегаколон.
- Амебома.
- Ректовагінальна нориця.

Ускладнення амебного абсцесу печінки:

- Розрив абсцесу печінки в черевну, плевральну або перикардіальну порожнини з розвитком вторинної бактеріальної інфекції.
- Гематогенна дисемінація з формуванням абсцесу головного мозку.

До **інших ускладнень амебіазу** належать перфорація та інвагінація кишечника, кишкова кровотеча, емпієма, перитоніт.

Діагностика

Лабораторна діагностика амебіазу

Метою лабораторної діагностики амебіазу є ідентифікація *Entamoeba histolytica* в калі. Імунологічна діагностика (визначення антигенів *Entamoeba histolytica*) дозволяє відрізнити патогенний мікроорганізм *E. histolytica* від непатогенних *E. dispar* та *E. moshkovskii* (морфологічно це зробити неможливо).

У загальному та біохімічному аналізах крові можуть відзначатися:

- лейкоцитоз без еозинофілії (80% випадків);
- підвищення рівня лужної фосфатази (80% випадків);
- підвищення рівня трансаміназ;
- незначне підвищення рівня білірубину;
- зниження рівня альбуміну;
- легка анемія;
- прискорення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ).

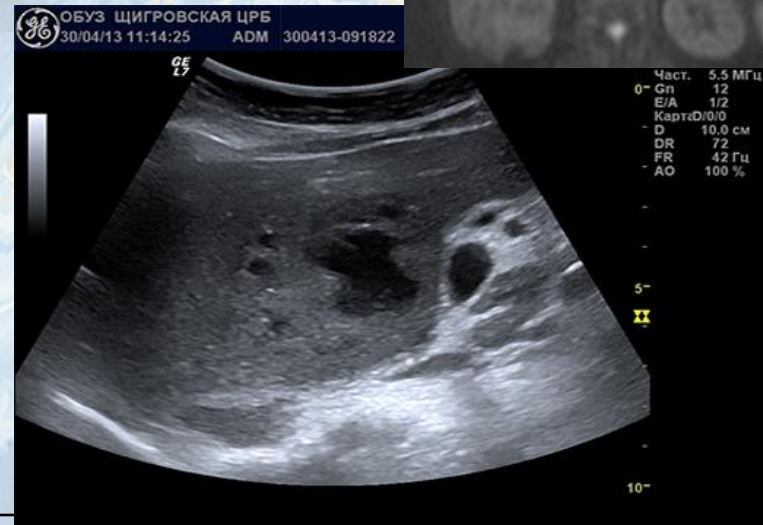
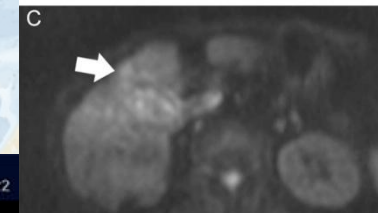
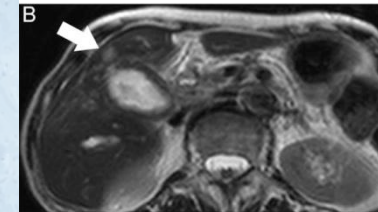
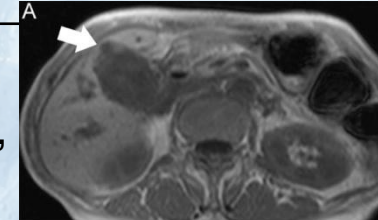


Інші лабораторні тести, що застосовуються для діагностики амебіазу, включають мікроскопію, культуральні, серологічні та молекулярно-генетичні дослідження.

Інструментальна діагностика амебіазу

Рентгенографія органів грудної порожнини (ОГП) дозволяє виявити елевацію правого купола діафрагми, правобічний плевральний випіт у хворих з амебним абсцесом печінки.

Ультразвукова діагностика (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП) та комп'ютерна томографія (КТ) ОЧП є чутливими, але малоспецифічними методами діагностики амебного абсцесу печінки. При УЗД ОЧП зазвичай виявляють одиничні гомогенні гіпоехогенні округлі осередки в задньоверхній частині правої частки печінки (70–80%).

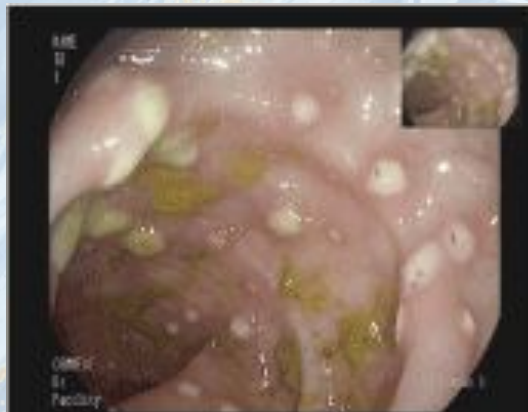
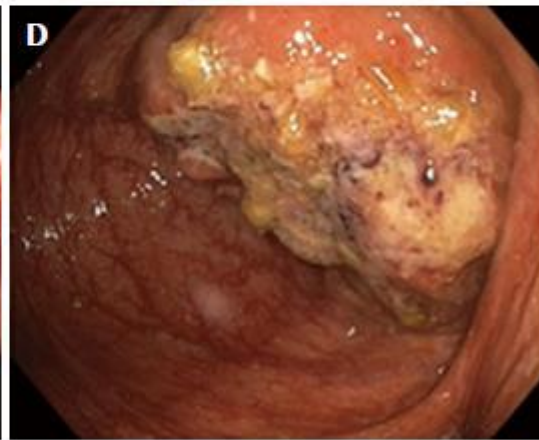


Ендоскопічне дослідження

- ❑ Спостерігаються невеликі виразки слизової оболонки, покриті ексудатом жовтого кольору.
- ❑ Слизова оболонка між виразками виглядає «нормальною».
- ❑ Ендоскопічна картина при кишковому амебіазі нагадує таку саму, як при запальних захворюваннях кишечника.
- ❑ У сліпій та висхідній ободовій кишках іноді візуалізуються амебами.
- ❑ Дослідження біоптату, взятого з краю виразки, дозволяє ідентифікувати трофозоїти.
- ❑ Характерні гістологічні зміни також включають потовщення слизової оболонки, множинні дискретні виразки, розділені ділянками «нормальної» слизової оболонки товстої кишки, дифузне запалення та набряк слизової оболонки, некротичні зміни стінки кишечника.



Figure 1. Colonoscopy January 11, 2013



Лікування

Етіотропне лікування

- ✓ Для лікування хворих із безсимптомним амебіазом рекомендується застосовувати лише «внутрішньопросвітні» препарати: **паромоміцин**, **йодохінол** та **дилоксаніду фуроат**, які практично не всмоктуються в кишечнику.
- ✓ **Метронідазол** є препаратом вибору для лікування хворих з інвазивним амебіазом. Препарат знищує вегетативні форми дизентерійної амеби, проте не усуває цисти амеб з кишечнику. Метронідазол застосовується в дозі **500–750 мг 3 рази на добу п/о (перорально) протягом 7–10 днів**.
- ✓ **Тинідазол** для лікування хворих з кишковим амебіазом та амебним абсцесом печінки. Препарат застосовується в дозі **2000 мг 1 раз на добу п/о протягом 3 днів при кишковому амебіазі та протягом 5 днів при амебному абсцесі печінки**.

□ Лікування хворих з **амебним колітом** повинно включати як препарат групи нітроїмідазолів, так і «внутрішньопросвітний» препарат (**паромоміцин в дозі 25–35 мг/кг/добу у 3 прийоми п/о 5–10 днів або дилоксаніду фуроат 500 мг 3 рази на добу 10 днів**). «Внутрішньопросвітний» препарат застосовується після завершення терапії нітроїмідазолом.

□ Лікування *амебного абсцесу печінки* <10 см полягає у проведенні консервативної терапії. Якщо протягом 72 год від початку етіотропної терапії не спостерігається клінічного покращання, а також якщо розміри абсцесу >10 см або вогнище локалізується у лівій частці печінки, показане проведення дренивання абсцесу печінки.

□ Антибіотики широкого спектру дії можуть бути додані до схеми лікування хворих з амебіазом при підозрі на вторинну бактеріальну суперінфекцію (у випадках фульмінантного амебного коліту, при перфорації). При лікуванні хворих на амебний коліт слід уникати застосування лоперамиду.

□ Патогенетична терапія: альбумін, препарати заліза, вітаміни

Ферментні засоби (фестал, мезим-форте), для нормалізації мікрофлори-біфідумбактерин, колібактерин. Курс лікування 1-2 місяці.

□ Хірургічне лікування амебіазу показане у випадках перфорації кишечника, масивної кишкової кровотечі, токсичного мегаколону (розвивається на фоні застосування кортикостероїдів).

Правила виписки із стаціонару.

Рековалесцентів виписують після повного клінічного одужання та зникнення паразитів (за результатами паразитологічного дослідження калу – 5-6 негативних результатів на найпростіші). Після виписки пацієнти підлягають диспансерному спостереженню в КІЗі 6-12 місяців.

Профілактика.

Основним заходом профілактики є виявлення і санація хворих на амебіаз і цистоносіїв. У оточенні хворих і носіїв проводять дезінфекцію випорожнень, вбиралень. Білизну необхідно кип'ятити, фрукти й овочі ретельно миють і ошпарюють окропом. Воду для пиття, забрану з відкритих водойм, треба кип'ятити.

Специфічна профілактика

Не розроблена.