

## Информация для пациентов

Амёбиаз (амёбная дизентерия) — протозойное заболевание человека с фекально-оральным механизмом передачи, которое характеризуется язвенным поражением кишечника, умеренно выраженной интоксикацией, рецидивирующим и хроническим течением и возможными внекишечными осложнениями в виде абсцессов в различных органах. Возбудитель амёбиаза относится к простейшим. Цикл развития включает две стадии: вегетативную и покоя (циста). В свою очередь вегетативная стадия может быть представлена непатогенной (просветной) формой и патогенной (тканевой). Вегетативные формы дизентерийной амёбы погибают в фекалиях больного через 30 мин. Патогенная вегетативная форма обнаруживается в свежих испражнениях при остром амёбиазе. Просветная форма (непатогенная) обладает малой подвижностью и обнаруживается в испражнениях реконвалесцентов острого амёбиаза, а также при хроническом рецидивирующем течении болезни или у носителей амёб после приёма слабительных средств. В нижнем отделе толстой кишки просветная (непатогенная) форма переходит в цистную. Тканевая форма обнаруживается только при остром амёбиазе в поражённых органах и редко в жидких испражнениях (при распаде язв кишечника). Эта форма цист не образует.

Стадия покоя дизентерийной амёбы включает цисты различной степени зрелости. Цисты обнаруживаются в кале реконвалесцентов острого амёбиаза, в стадии ремиссии у больных хроническим рецидивирующим амёбиазом и у носителей амёб. Цисты амёб плохо переносят высокую температуру, высушивание, инсоляцию, но долго сохраняются при комнатной и минусовой температуре. Особенности развития патологического процесса при амёбиазе определяются состоянием иммунитета больного, сбалансированностью его питания, исходным состоянием микрофлоры кишечного тракта. Амёбиаз широко распространён в мире. Он занимает третье место среди смертельных паразитарных болезней, уступая первенство только малярии и шистосомозам. Пути передачи амёбиаза: употребление загрязнённой воды, содержащей цисты дизентерийной амёбы; употребление в пищу продуктов, загрязнённых цистами дизентерийной амёбы; бытовой контакт (крайне редко).

Инкубационный период амёбиаза составляет от 7 дней до 3 месяцев (чаще 3–6 недель). Заболевание развивается постепенно. Вначале наблюдается учащение стула до 2–4 раз в сутки, который по своей структуре является кашицеобразным или жидким. Со 2–5-го дня болезни в испражнениях появляются прожилки крови и слизь. Затем стул приобретает вид «малинового желе». У детей отмечается

быстрое снижение массы тела, обусловленное потерей крови, а также обезвоживанием организма. С 6-го по 14-й день болезни в толстом отделе кишечника обнаруживаются язвы слизистой оболочки, заполненные некротическими массами. Частота стула увеличивается до 10–12 раз в сутки. Через 4–6 недель симптомы болезни затухают и наступает ремиссия. Если не предпринять меры для лечения болезни, развивается хронический амёбиаз кишечника, лечение которого затруднено из-за появления всё новых и новых очагов инфекции. Хроническая форма амёбной инвазии может продолжаться до 10 лет. Рецидивирующее течение хронического амёбиаза сопровождается астеническим синдромом, гипохромной анемией, белково-калорийной недостаточностью. Внекишечный амёбиаз характеризуется тяжёлым поражением печени, лёгких, кожи (формируются абсцессы).

Лабораторными критериями диагностики амёбиаза является выявление патогенных форм дизентерийной амёбы.

Медикаментозное лечение амёбиаза у детей предусматривает использование противопаразитарных препаратов, симптоматических средств, средств нормализации кишечного микробиоценоза, средств иммунокоррекции.

Больного амёбиазом размещают в условиях стационара в отдельном боксе или с детьми, имеющими аналогичное заболевание, до полного клинического выздоровления (в среднем на 2–3 недели) и исчезновения дизентерийных амёб. После клинического выздоровления ребёнок допускается в образовательную организацию без противоэпидемических ограничений. В очаге амёбиаза проводятся эпидемиологическое расследование случая заболевания и комплекс противоэпидемических мероприятий. Контактным лицам проводится паразитологическое исследование фекалий. Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не проводятся.