

Амебиаз (A06.0-9)

Қысқаша сипаттама

Амебиаз (амебалық дизентерия) – тоқ ішектің зақымдалуымен, кейде бауырдың басқа да мүшелер мен тіндердің абсцесс түріндегі асқинулармен сипатталатын, қарапайымдылар туындататын антропоноздық ауру. Ол ішектік және ішектен тыс инфекциялық құбылмалы түр ретінде бірен-саран немесе көптеген ойық жаралар туындатуымен, қан араласқан сұйық нәжіспен, ішкі мүшелерде абсцестер қалыптасумен көрінеді. Ауру созылмалы және қайталамалы ағымда өтуге және паразиттасымалдаушылыққа бейім, бұл маңайындағыларға эпидемиологиялық қауіп төндіреді.

Қоздырғышы – *Entamoeba histolytica*. Адам ішегінде екі формада – вегетативтік және цисталық түрінде өмір сүреді.

Ішек қуысында *E. histolytica*-ның саңылаулық форма деп аталатын салыстырмалы ұсақ (12-20 мкм) түрі паразиттік өмір сүреді. Бұл түр комменсалдар сияқты ішек детриттерімен қоректенеді, ішектің қалып-ты флораларына жататын бактерияларды фагоциттейді. Бұл түр ауру тудырмайды. Бірақ осы саңылаулық форма әлі де толық анықталмаған факторлардың әсерінен өзінің өмір сүру қабілеттілігін өзгертіп, ашық паразиттік түрге көшеді. Ішектің сілемейлі қабығына енгеннен соң амебаның көлемі ұлғаяды (30 мкм дейін, ал созылғанда 60 мкм жетеді), белсенді қозғалу қабілетін жасап алады, эритроциттерді қарқынды фаго-циттейді (жұтады). Амебаның осындай вегетативтік формасы тіндік немесе гематофаг деп аталады. Амебаның тіндік (гематофагтар) формасының анықталуы науқас адамның арнаулы зақымдалуын көрсетеді. Бұл ішектік амебиазға (IA) тән құбылыс болып сана-лады. Ішекте қалыптасқан ойық жарадан амебалар гематогендік жолмен басқа мүшелерге тасымалданады, осы жерлерде көбейіп, абсцестер қалыптастырады (456 сур қара).

Циста – дизентериялық амебаның сыртқы орта факторларына төзімді тынышталға ішектің төменгі бөлігінде саңылаулық формаға ауысқан кезде пайда болады. Цисталар организмнен әдетте 4 ядролы жетілген түрде нәжіспен бөлінеді және олар жаңа иеге цистамен ластанған тағам немесе су арқылы жұғады.

Амебаның саңылаулық формасы немесе цистасы дені сау адамның нәжісімен бөлінеді. Ішегі ауырған науқасан саңылаулық формалардың табылуы осы адамның амебиазбен ауырғандығына күдік тудырады, бірақ ақырғы диагноз қоюға жеткіліксіз болады.

Паразиттің өмір сүру циклі: инвазияның негізгі резервуары адам, иелердің ауысуы адамның асқазан-ішек жолдарынан циста ауыз арқылы басқа организмге енуі асқазанға түскеннен кейін цистадан шығу (эксцисталық) процесі өтіп, 4 ұсақ метацисталық амебалар босанады амебалар бөлінеді, негізгі – саңылаулық форма түрінде өмір сүруге айналады бинарлы (қосарланған) бөліну және ары қарай көбею нәтижесінде амебалар тоқ ішектің әртүрлі бөлігінің бетін колонизациялайды (орнығады) ішектің төменгі бөлігінде тағы да жетілген цисталар пайда болады цисталар нәжіспен қоршаған ортаға шығады (суға, көкөністерге, тағамдарға, ыдысқа, ойыншыққа, қолға және т.б.) а

Амебиаз оқиғасы пайда болушының эпидемиологиялық алғышарттары, эпидемиялық процестің сипаттамасы

Эпидемиологиялық алғышарттар	Резервуары және инвазия көзі	Берілу жолдары	Берілу факторлары	Қауіп-қатер топтары
<p>◆ Амебиаз бойынша эндемиялық өңірде тұру немесе бару:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ ҚР-ның оңтүстік аудандары және басқа Орталық Азия елдері; _ Субтропикалық және тропикалық климатты елдерге бару және термиялық өңдеуден өтпеген азық-түлікті пайдалану, жуылмаған көкөніс, жемістерді пайдалану, залалсызданбаған суды ішу. <p>◆ Паразиттасымалдаушылар және /немесе амебиазбен ауырып тұрғандармен тығыз жанасу.</p> <p>◆ Елді мекенде этиологиясы белгісіз ЖИИ сырқаттанушылық-тың өсуі, осындай жағдайдың су факторымен байланысы.</p>	<p>◆ Амебиаздың жіті және созымалы түрімен ауыратын адамдар.</p> <p>◆ Сауыққандар (реконвалесценттер).</p> <p>◆ Циста тасымалдаушылар</p> <p>Ұзақ мерзімді тасымалдаушылар (бірнеше жыл бойы) кең таралған. Тасымалдаушының, инвазия көзі ретінде, жіті түрімен ауырғандарға қарағанда әлдеқайда маңызды.</p>	<p>◆ Сумен</p> <p>◆ Алиментарлық</p> <p>◆ Тұрмыстық-жанасу.</p>	<p>➢ Цистамен ластанған:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ ашық су қоймадағы су; _ азық (көкөніс, жеміс т.б.); _ ластанған қол, тұрмыстық заттар; _ сапасыз судан дайындалған азықтық мұз немесе мұзды коктейль; <p>➢ Шыбын, тарақан және т.б. (механикалық тасымалдаушы ретінде тағамдардан тасымалдаушылар ретін атқарушылар).</p>	<p>⊙ Қолайсыз учаскелері бар жайсыз үйлерде тұра-тын ауыл тұрғындары.</p> <p>⊙ Жүкті әйелдер.</p> <p>⊙ Балалар.</p> <p>⊙ Психиатриялық және басқа жабық емдеу мекемелердің пациенттері.</p> <p>⊙ Гомосексуалистер.</p> <p>⊙ Асқорыту бездерінің қызметі бұзылған және әлсіз пациенттер, гигиеналық талаптарды орындамайтындар.</p>

Амебиазға диагноз қоюдың клиникалық критерийлері

Ауру түрлері	Жалпы симптомдар (белгілері)	Ең тән симптомдар (белгілер) (460-467, 469-470 сур қара)
<p>◆ Ішектік амебиаз ➤ <i>Жілі түрі</i></p> <p>➤ <i>Созылмалы түрі (үздіксіз және қайталамалы)</i></p>	<p>◆ Ток ішек қабынуының шамалы симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ асқазанның кебуіне шағымдану және тұрақты ауыруы немесе ұстамалы сипатта білінуі; □ сұйық қоғмалжың нәжістің көп болуы, кейде іш қату, шамалы, біртіндеп дамыған диареяға (тәулігіне 3-5 рет) ұшырауы (іш өтуі). ◆ дене қызуы көтерілімсізді немесе субфебрильді. ◆ ішектің жарақаттанған аймағындағы ауырулық синдромның біртіндеп өршуі, оның түбілуі. <p>◆ Қайталамалы түрі – аурудың өршуі мен басылуының алмасуы</p> <ul style="list-style-type: none"> □ өршуде – іштің өтуі мен іш қатудың алмасуы, іштің төменгі, жоғарғы жағының ауыруы; □ аурудың басылуында – кейбір диспепсиялық өзгерістер (айқын емес метеоризм, іштің құрылдауы). 	<p>◆ <i>Ішек зақымдануының үдей түсуі, ток ішек қабы-нуының өршуі:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> □ тәбеттің төмендеуі немесе мүлдем болмауы, сал-мақ жоғалту; □ тенезмдер, күзгі және ауыруы, үлкен дәретке бар-ғанда үдей түсуі; □ диарея (іш өтуі) – (10 рет және одан көп) сұйық нәжістің аз көлемде түссіз және сілкейлі сипатта қан аралас болуы; □ колоноскопия немесе ректороманоскопия жаса-ғанда ток ішектің сілемейлі қабығында катаральды немесе ошақтық өзгерістері, сілемеймен, қанмен жа-былған эрозиясы немесе фибриноздық (талшықты) өңезді ойық жарасы; □ бөсең лейкоцитоз және гепатомегалия. ◆ Қайталамалы түрі асқынғанда – колит клиникасы-ның дамуы. <p>◆ Үздіксіз өтуде:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ белок пен витаминдер жеткіліксіздігінен аурудың салмағын тез жоғалтады, ауыр жағдайда кахексияға дейін; □ гипохромды анемия симптомдары (бас ауыру, әлсіздіктің өршуі, терінің бозаруы), лейкоцитоз, ЭПЖ жылдамдауы.

Амебиазға диагноз қоюдың клиникалық критерийлері

Жалғасы.

Ауру түрлері	Жалпы симптомдар (белгілері)	Ең тән симптомдар (белгілер)
<p>◆ Ішектен тыс амебиаз ➤ <i>Бауырдың абсцесі*</i></p>	<p>◆ Үздіксіз ағымда – созылмалы шаршағыштық, басқа мүшелердің зақымдалуы (бауырдың ұлғаюы мен қатаюы).</p> <p>◆ Әлсіздік, эпигастрий аймағының немесе оң жақ қабырға астының өршіп ауыруы.</p> <p>◆ Бауыр көлемінің ұлғаюы, палытация жасағанда төменгі бөлігінің ауырсынуы.</p> <p>◆ Тері тығыздығының төмендеуі, кеуде клеткасының оң жағындағы тері шелмайының домбығуы.</p> <p>◆ Жіті перипортальдық (жақпа вена айналасы) гепатиті симптомдар кешені.</p> <p>* Амебальды абсцестер, басқа мүшелерге қарағанда бауырда жиі болады, оның мөлшері жай көзбен қарағанда 10 см дейін және одан үлкен болады (түрлі түсті сур қара).</p> <p>* Бауырдың зақымдануы ішектік формасы жетіл өткенде де білінеді, кейде дені сау деп саналатын адамда да байқалады (әрбір пациенттің үшеуінде).</p> <p>* Абсцес бауырдың үстіңгі бетінде орналасса, ол құрсақ қабырғасының сыртына өтіп шығып құрсақ жылан көзін қалыптастырады және перитонит дамиды, ал бауырдың оң жақ бөлігінде орналасса, ол диафрагмадан перикардқа өтеді де оны тығындап тастайды.</p>	<p>□ нәрленістік (тропикалық) бұзылу симптомдары, нәруызсыз ісіну</p> <p>◆ Дене қызуы жоғарғы шегіне жетеді (39-40°C), қызу шектеулі, тұрақты қалжырататын типті қалтыраумен өтеді және түпті терлегіштік айқын болады (аурудың жігі жағдайында).</p> <p>◆ Бауыр аймағында солқылдайтын ауырсыну, әсіресе жөтел кезінде, денесін аударғанда және қозғалғанда (ауыршылық типті жүргенде де) жауырын асты, оңның бөлігіне таралады. Сарғыштану сирек байқалады.</p> <p>◆ Бауырға рентгенография, УДЗ, компьютерлік томографиямен зерттеу жасағанда бірен-саран немесе көптеген іріңдену диафрагмаға жақын оң жақ бөлігі көп емес сұйықтыққа толады (<i>өзіне тән белгілері</i>). Ауру арнайы емделмесе, өліммен аяқталады. Патологиялық-анатомиялық зерттеуде ірің байқалады (түрлі түсті сур. қара), ал гистологиялық зерттеуде препараттан амебаны көруге болады (түрлі түсті сур. қара).</p> <p>* Диафрагманың оң бұрышын көтергенде оң балқитік пневмонияның немесе плевриттің дамығанын көруге болады.</p>

Жалғасы.

Амебиазға диагноз қоюдың клиникалық критерийлері

Ауру түрлері	Жалпы симптомдар (белгілер)	Ең тән симптомдар (белгілер)
> <i>Плевропульмональдық амебиоз, өкпе абсцесі</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Субфебрилитет (шамалы қызба, дене қызуының кезеңмен көтерілуінің ең жоғарғы санға жетуі). ◆ Ксуде клеткасының негізінен оң жақ өкпенің ауыруы, жөтел, қанды қақырық немесе қоңыр қара қақырық (егер бронхыны жарып шыққан абсцес болса). ◆ Диафрагма күмбезінің көтерілуі және оның қозғалысының шектелуі. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Рентгенограммада – өкпе қуысында көлденең деңгейлі сұйықтық – плевротакс (левра қуысында ірің жиналуы).
> <i>Бас миы абсцесі (сарек)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Бастың қатты ауыруы, құсу. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Жігі басталуы және тез өтуі, әдетте өлімге әкеледі. ◆ Абсцестің орналасуына байланысты шала салдану, салдануға шалдығу және басқа да неврологиялық белгілердің болуы. Бұл шектеулі зақымдануымен сипатталуға тән белгілер.
> <i>Тері амебиазы (бұт аралық, бөк-се, аяқ айналасы маңайы)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Терінің асқынған жеріндегі гиперемиясы, ісінуі, аздаған ауыршандық сезім. ◆ Тез таралуы, көлемді жаралануы және спецификалық емдеуге сезімділіктің төмендеуі. Клиникалық көріністеріне қарай екіншілік инфекцияның жалғасуы жиі болады. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Терең ойық жара ауырталығы аздау, шеттері қараптан, жағымсыз иіс шығарады. Ойық жара құрамынан амебаның тіндік вегетативтік формасы табылады. ◆ Терең ойық жара - әбден арыған және әлсіреген ауруларда кездеседі.

Амебиазға диагноз қоюдың клиникалық критерийлері

Жалғасы.

Ауру түрлері	Жалпы симптомдар (белгілер)	Ең тән симптомдар (белгілер)
◆ Асқынулар		<ul style="list-style-type: none"> > <i>Амебиаздың барлық формаларында асқынулар болуы мүмкін:</i> ішек амебиазында ішек қабырғасының тесілуі, амебальқ аптандит (соқыр ішек), ішектің тығындалып қалуы (нәтижесінде ойық жараның тыртықтануы), тік ішектің төмен түсуі (күштенгенде), қан ағуы; ішектен тыс амебиазда – қоршаған мүшелерге абсцестің жарылуы (ең қауіптісі өлімге әкелуі).

Дифференциальдық диагноз қою: амебиазды ішек инфекциялары мен инвазиялар тобынан ажырату үшін аурудың негізгі тіректі симптомдарын есепке алу керек, оларға жататындар: тәулігіне іш өту саны үдей түсетін диарея және нәжісте өзіне тән өзгерістердің болуы (алдымен қоюланған, біртіндеп сұйылған, сосын өте аз және қан араласқан жиі диарея), тоқ ішекке палыаңа жасағанда ауырушандығы мен түйілудің үдей түсуі, дене салмағын жоғалтуы, созылмалы шаршағыштық. Амебальқ дизентерияны келесі аурулардан ажырату қажет:

- шигеллездерден, кампилобактериоздан, иерсиниоздардан, ішектік шистосомоздан, трихоцефалезден, гименолептиндоздан, стронгилоидоздан;
- ішектің бейспецификалық ауруларынан – бейспецификалық ойық жаралы колиттен, Крон ауруынан, дивертикулярлық аурудан (бүйір қалта қабынбасы), тоқ ішектің қатерлі ісігінен, АІЖ лимфомасынан;
- амебальқ абсцесті - эхинококкоздан, висцеральдық лейшманиоздан, гепатокарциномадан, бактериялық абсцестерден, өт шығару жолдары обструкциясынан (бітелуінен), ал өкпе абсцесі оқпағы болғанда – басқа этиологиялы абсцестенген өкпе қабынудан, туберкулезден, жоғары қызбадан ажырату қажет.

Қорытынды диагноз қою астаптық және зертханалық тексеру нәтижелеріне (паразитологиялық, серологиялық) сүйеніп жасалады. Зертханалық диагноз қоюдың маңызды критерийлері келесі бетте келтірілген).

Амебиазға диагноз қоюдың зертханалық критерийлері

Зерттеу материалы	Зерттеу әдістері	Диагностикалық маңызды критерийлері (454, 455, 457-459 сур қара)
<p>◆ Жігі амебиаз бар аурудан ех (сирого алынған және эндоскопиялық зерттеу кезінде алынған) материалдар.</p> <p>◆ Қақырық.</p> <p>◆ Абсцес ішіндегісі.</p> <p>◆ Бұғара, бөксе, аяқ мина ойық жарадан алынған қырындьлар.</p> <p>◆ Нәжіс</p> <p>◆ Қан сарысуы</p> <p>◆ Биоматериал</p> <p> Нәжіс</p> <p>◆ Абсцес ішіндегілер</p> <p> Ойық жара бөліндісі, қақырық.</p> <p>◆ Пациент</p> <p>◆ Патологиялық анатомиялық материалдар</p>	<p>➢ Паразитологиялық</p> <p> └ Копроскопия (негізгі) на-тіті жағындыдан физертінде мен метпен көгі немесе Лю-голь ертіндегімен бояп, микроскоптен қарау мүмкіндігі</p> <p> └ нәжісті тым тез зерттеу мүмкіндігі болмағанда (ірін құрамынан) ол сынаманы кон-сервант таута болады (Сафаралиева, Барев, Турдыев әдістерімен);</p> <p> └ тұрақты препаратты зерттеу</p> <p>➢ ПТР</p> <p>➢ Серологиялық</p> <p> └ ИФТ, ИФР (ішектен тыс амебиазға негізгі әдіс болып саналады)</p> <p> └ ПР, ТПАР (қосарланған сарысуды тексеру)</p> <p> ○ Дакылдық</p> <p>○ Биологиялық</p> <p>○ Аспаптық</p> <p> └ рентгенография,</p> <p> └ УДЗ;</p> <p> └ колоноскопия,</p> <p> └ компьютерлік томография,</p> <p> └ эндоскопия.</p> <p>○ Гистологиялық препа-раттарды Гей-денгайн бойынша, гематоксилин-эозинмен бояу, микроскоптен қарау.</p>	<p>◀ Вегетативті тілдік формасын табу (forma magna) <i>E.hystolytica</i> диагнозы нағыз нақтылуға керек ақпарат. Амебиаздың тілдік формасын қақырықтан, ірін құрамынан табу сирек, ал нәжістен тез табылады.</p> <p>◀ Тек санылулық формасын (forma minuta) және шастасын табу, тіпті ішегі ауырғандардан да ақырғы диагноз қоюға негіз болы аймайды. Бұл нәтиже паразиттасымалдаушыларда болуы ықтимал. Бұл форманың табылуы аурудың анамнезінде бұрын тілдік формасы табылған амебальқ дизентерия деген ақпаратпен дәлелденген кезде ғана есетке алынуы тиіс.</p> <p>◀ <i>E.hystolytica</i>-ның тілдік формасының дифференциальдық-диагностикалық нақтылайтын белгісі оның триоплазмасында эритроциттердің болуы, ал санылулық формасында тек жұтылған бактериялар мен вакуоляр болып санылады.</p> <p>◀ Аса сезімтал және арнайы әдіс <i>E.hystolytica</i>-ны басқа амебалардан (<i>E. dispar</i>) ажыратуға мүмкіндік береді.</p> <p>◀ Антиденелер тек амебалар тінге енген кезде пайда болады, сонымен қоса санылулық формасы мен шастасы болса, әдетте нымудық жауап туындамайды. Серодиагностика 75-80% оқиғада ішектік амебиазды, ал 95% -да ішектен тыс амебиазды нақтылайтын диагноз қоюға мүмкіндік береді. Анықталған антиденелердің деңгейі (титрі) жаракаттанудың кеңдігінен де, аурудың ауырлығымен де корреляцияланбайды (өзара байланыстылығын көрсете аймайды). Эндемиялық аудандарда ауырша тұрғандарда жыл бойы «здік» антиденелер анықталады, сондықтан диагнозы дәлеллеу (нақтылау) үшін антиденелер тирінің өскендігін анықтау қажет.</p> <p>◀ Павлова, Рис, Баламут, Бек және Дроблева коректік орталарында амебаны балу - диагнозы дәлелдейді.</p> <p>◀ Жануарларға жұрғыру (2-3 апталық тышқан, теңіз шошқасы, мысық, күшіктер). Оң нәтиже диагнозы нақтылайды.</p> <p>◀ Іші сұйықтықпен толық толмаған тән белгісі бар абсцестің анықталуы ақырғы диагноз қоюға мүмкіндік бере аймайды. Дегенмен де бұл амебальқ дизентерияға ықтимал екенін көрсетеді. Эндоскопиялық зерттеуде ішектегі ойық жаралы жаракаттанудың жақшыда болған және тыртықтан бастаған жара өскендігін осы жерден биопсия сынамасын алып, онда <i>E.hystolytica</i> анықтау арқылы дәлелденеді.</p> <p>◀ Жаракаттанған мүше абсцесінен жасалған гистологиялық препараттан цистаны және трофозонттарды табу - өлгеннен кейінгі дәлелденген диагноз ретінде қарастырылады.</p>

Амебиаз оқиғасының стандартты анықтамасы

Болжамалы оқиға	Ықтимал оқиға	Дәлелденген оқиға
<p>◆ Төменде келтірілген клиникалық белгілердің ең болмағанда бірнешеуімен сипатталатын ауру:</p> <p>➢ іштің кебуіне, тоқ ішек маңайының ауыратышына шағым;</p> <p>➢ ботқа тәріздес (тәулігіне 3-5 рет) нәжіс шығу, ауырушандық синдромы мен диарея (тәулігіне 10 рет) шыны тәріздес қан араласқан нәжіс «таңқұрай тәріздес желе» сияқты ішек дисфункциясының удеуі;</p> <p>➢ дене салмағын жоғалтудың үдемеленуі;</p> <p>➢ ішектегі ойық жара, оның шеті қан және сілемеймен жабылған өзіне тән белгісі бар;</p> <p>➢ бауырда бір немесе бірнеше ойық жаралар пайда болуы, олар бауырдың оң жақ бөлігінде орналасқан. Осындай жаралар (сұйықтықпен толмаған) өкпеде де пайда болады. Бауырдың мөлшері ұлғаяды, палығашы жасағанда, қымылдағанда ауыршандық сезім байқалады;</p> <p>➢ Өкпенің, жүрек оң жағының жаракаттануы симптомдар кешені, олар кезде ауыруымен, қан аралас қақырығы бар жөтелмен, қояыр қара қақырықпен, диафрагманың оң жақ бұрышының жоғарылауы және фиксациялануымен, оң жақтық бөлшекті өкпе қабынуымен білінеді</p> <p>ЖӘНЕ</p> <p>➢ амебиаз бойынша эндемиялық өңірде болу және ашық су көздерінен тазартылмаған су ішу және/немесе жақсы тазартылмаған көкөністер мен жеміс-жидекті пайдалану.</p>	<p>◆ Болжамалы оқиғада келтірілген клиникалық, эпидемиологиялық белгілері бар ауру</p> <p>ЖӘНЕ</p> <p>келесі қосымша эпидемиологиялық белгілердің болуы:</p> <p>└ бұрын амебальқ дизентериясы дәлелденген адаммен және/немесе «зертханалық дәлелденген», «дені сау» паразиттасымалдаушымен тығыз қатынаста болу;</p> <p>└ топырақпен, көкөністер, жеміс-жидек-тер өсірумен, оны сақтаумен, тасымал-даумен кәсіби айналысу, сонымен қатар зарарсыздандырылмаған адам нәжісімен бақшаны тыңайту немесе ағынды канализациялық сумен сугару</p> <p>ЖӘНЕ</p> <p>ЕІІМ-де қаралғанда (тоқ ішектің ойық жарасы, бауыр және өкпедегі абсцестер) аспаптық зерттеулердің оң нәтижелері болуы.</p>	<p>◆ Болжамалы және/немесе ықтимал оқиға-ларға сәйкес келетін ауру</p> <p>ЖӘНЕ</p> <p>└ <i>E.hystolytica</i>-ның тін-дік формасын нәжіс-тен, қақырықтан, би-опсия препараттары-нан табу</p> <p>НЕМЕСЕ</p> <p>└ диагностикалық титрі (ИФР-да 1:80), спецификалық анти-денелер, сонымен қоса <i>E.hystolytica</i> анти-геніне ИФТ және ТПАР-да қосарланған сарысуда антиденелер титрін өсуін анықтау тексерілген пациентте амебальқ процесін бар екенін дәлелдейді.</p>

Амебиоз ошағын эпидемиологиялық тексеру, індетке қарсы іс-шаралар алгоритмдері

Мақсат – инвазия ошағын эпидемиологиялық тексеру технологиясы және инвазияға қарсы атқарылатын іс-шаралар тізімі бактериялы-вирустық ішек инфекциялары мен ішектік геогельминтоздардағыдай.

Оқиғаны атқарылатын іс-шаралар жұқтыру механизмін үзуге, науқастанғандарды тез анықтап, этиопатогенездік ем жүргізуге (протозойтарға қарсы қолданылатын препараттармен), паразит тасымалдаушыларды сауықтыруға, ең алдымен декреттелген халық топтарына (олар инвазия қоры мен кезі болып саналады), ауырып тұрғандарды дистансерлік бақылауға алу (ішек дисфункциясы болғанын дер кезінде анықтау үшін оқтын-оқтын зертханалық мониторинг жүргізу, паразиттен сауыққандығын қадағалау). Алдын алудың маңызды компоненті болып осы инвазияны жұқтырып алу қаупіндегілер, әсіресе инвазия ошағында жанасуда болғандар арасында санитарлық-ағарту жұмысын уақытылы атқару саналады.

Эпидемиологиялық қадағалау, диспансерлік бақылау жүргізу мен инвазияның алдын алу іс-шаралары алгоритмдері

➤ Эпидемиологиялық қадағалау және инвазияның алдын алу технологиясы мен іс-шаралар тізімі басқа да ЖИИ мен ішектік геогельминтоздардағыдай. **Этиоқадағалаудың негізі** – ақпараттарды жинау, талдау, оның нәтижесіне санитарлық-гигиеналық және эпидемиологиялық сипаттағы түсініктеме беру арқылы амебиоз ошағында алдын алу шараларының тізімін негіздеу және атқару. **Алдын алудың басты бағыттары** – сыртқы орта объектілерін нәжіспен ластанудан сақтандыру іс-шаралар кешенін атқару. Бұл іс-шаралар тағам жасау, тарату және т.б. объектілерінде, МБМ мен мектептерде, жабық емдеу, сауықтандыру мекемелерінде жүргізілуі тиіс. Сонымен қатар халық арасында кең көлемде жан-жақты, дер кезінде санитарлық ағарту жұмысын атқарудың маңызы зор. Бұл іс әсіресе декреттелген топтарда, коммуналдық, тағамдық, балалар және басқа да мекемелерде қызмет жасайтындар арасында атқарылуы тиіс. **Диспансерлік бақылау** және уақытылы реконвалесценттерге және дені сау тасымалдаушыларға санация (сауықтыру) жүргізу бір жағынан індетке қарсы шараларға, екінші жағынан алдын алу әрекеттерге жатады. Аталған категориялардағы адамдар 12 ай бойы бақылауда болады, ал оларға сауықтыру жүргізу аминогликозидтермен атқарылады (емдеу қағидаларын қара). Инвазиядан тазартылу критерийі болып, әсіресе эндемиялылығы төмен өңірлерде ИФР-да антидене титрінің эпидемиялық маңызды деңгейінен (1:20-қа дейін) төмендеуі саналады.

Амебиозды емдеу схемасы мен дозасы

Инвазия түрі	Парапараттар	Емделу схемасы мен дозасы
◆ Инвазиялы емес амебиоз (тасымалдаушы)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Дилкоксанид фуросат ➤ Парамомоцилин ➤ Метронидазол 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ересектерге: 500 мг x тәулігіне 3 рет – 10 күн бойы, ауыз арқылы. ➤ Балаларға: 20 мг/(кг-тәу) үш рет – 10 күн бойы, ауыз арқылы. ➤ Ересектерге: 25 мг x тәулігіне 3 рет – 7 күн бойы, ауыз арқылы. ➤ 750 мг x 3 рет тәулігіне – 10 күн бойы ауыз арқылы.
◆ Ішектік амебиоз	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Метронидазол ➤ Тинидазол ➤ Орнидазол ➤ Секнидазол ➤ Дицидрозматин ➤ Тетрациклин + хлорохин 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ересек және 12 жастағы балаларға: 500 мг x тәулігіне 4-6 рет (максималді тәуліктік дозасы 4 г), вена ішілік тамшы. ➤ 30 мг/(кг-тәу) – 3 күн бойы, ауыз арқылы ➤ 30 мг/кг x тәулігіне 2 рет – 5 күн бойы, ауыз арқылы ➤ Ересектерге: 2 г бір рет, тек 1 күн; балаларға – дозасы 30 мг/кг. ➤ Ересектерге: 1 мг/кг (60 мг көп емес) 4-6 күн бойы 1 рет, бұлшықет ішіне немесе тері астына. ➤ Балаларға – 5 күннен артық емес; ауыр дәрежедегі науқастарға және қарт адамдарға – 0,5 мг/кг. ➤ Тетрациклин 250 мг x тәулігіне 4 рет – 15 күн бойы, ауыз арқылы. ➤ Хлорохин 500 мг x тәулігіне 3 рет – 2 күн бойы; келесі 7 күнде тәулігіне 250 мг, одан соң 750 мг x аттасына 2 рет – 28 күн бойы, ауыз арқылы.
◆ Ішектен тыс амебиоз (абсцестік)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Метронидазол ➤ Дицидрозматин ➤ Хлорохин ➤ Тинидазол ➤ Орнидазол ➤ Секнидазол 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 750 мг вена ішіне немесе ауыз арқылы, тәулігіне 3 рет 10 күн бойы. ➤ Ересектерге: 1 мг/кг (60 мг артық емес) 4-6 күн бойы бір рет, бұлшықет ішіне немесе тері астына; балаларға – 5 күннен артық емес; ауыр дәрежедегі науқастарға және қарт адамдарға – 0,5 мг/кг; қайталама курс 7-10 күннен ерте емес. ➤ Алғашқы 2 күнде тәулігіне 750 мг, кейін тәулігіне 500 мг, 2-3 апта бойы. ➤ 30 мг/(кг-тәу) – 10 күн бойы, ауыз арқылы. ➤ 30 мг/(кг-тәу) – 10 күн бойы, ауыз арқылы. ➤ 1,5 г тәулігіне – 5 күн бойы, ауыз арқылы.

Амебиазбен ауырғандарды және амеба паразиттасымалдаушыларды емдеу қағидалары

Этиотроптық ем	Патогенезлік ем
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ішек амебиазын (амебальдық дизентерия) – III топты препараттар (амебиаздың барлық амбебап формасында): ➤ <i>Метронидазол</i> (трихопол) ересектер мен 12 жастан асқан балаларға вена ішіне тамшы түрінде 500 мл тәулігіне 4-6 рет немесе ауыз ішіне 750 мг тәулігіне 3 рет. ➤ <i>Тинидазол</i> (Фаспжин) 600 мг тәулігіне 2 рет, 5 күн бойы. ➤ <i>Орнидазол</i> (тиберал) 500 мг тәулігіне 2 рет, 5-10 күн бойы. ➤ <i>Секнидазол</i> 2 г балаларға 30 мг бір рет. ➤ <i>Тетрациклин</i> – 250 мг 4 рет, 15 күн хлорохинолмен қосып (500 мг 2 күн бойы 3 рет). Кейінгі 7 күнде <i>хлорохин</i> 250 мг/тәу, кейін 750 2 рет, 28 күн бойы. ◆ Ішектен тыс амебиазды емдеу үшін: ➤ <i>Метронидазол</i> 750 мг вена ішіне немесе ауыз арқылы 3 рет, 10 күн бойы. ➤ Барлық басқа да амебиаздар сол дозаларда 10 күн бойы, ал <i>секнидазол</i> – 1,5 мг, 5 күн бойы. ➤ Тетрациклин қатарындағы кең спектрлі антибиотиктер екіншілік микробтық флораны бәсеңдетуге, ішектің тесілуінде немесе абсцес жарылғанда қолданады. ◆ Бауыр амебиазында: амебиазды препараттар мен антибиотиктерді трансумбиликальды енгізген жоғары тиімді. ◆ Амебальды абсцестер диаметрі 2 см үлкен және амебиаздың абсцестік асқынуында дәстүрлі емдеу тиімсіз болса, хирургиялық жолмен арнайы амебиаздық препараттар мен антибиотиктерді қолданып емдейді. ◆ Паразиттасымалдаушыларды сауықтыру үшін: ➤ <i>Дивоксанида фуросат</i> 500 мг, 3 рет, 10 күн, балаларға – 10 мг/кг тәулігіне. ➤ <i>Парамомидин</i>: балаларға 25-30 мг/тәу, 3 рет, 7 күн. ➤ <i>Иодохинол</i> балаларға 40 мг/кг тәу, 3 рет, 7 күн. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Электролиттер балансын бақылау және сақтау. ◆ Диарея кезінде жоғалған сұйықтықты қалпына келтіру ◆ Кешенді витаминдік емдеу, белок ерітінділерін енгізу. ◆ Пре- және зубиотиктер. ◆ Өт шығаратын препараттар (аллохол).

Фиброколоноскопия және нәжісте 3 рет теріс нәтижелі (дизентериялық амеба немесе циста болмаса) протозооскопия деректері болса ауруханадан шығаруға болады.