

Полякова С.М., Недзведь М.К., Брагина З.Н.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ АМЕБИАЗА

Белорусский государственный медицинский университет, кафедра патологической анатомии

Актуальность. Амебиаз – болезнь, вызываемая патогенными штаммами *Entamoeba histolytica* представляет собой одну из крупнейших медицинских и социальных проблем. После малярии и шистосомоза данная инфекция занимает третье место в мире по частоте летальных исходов, который наступает у 40тыс.- 100000 тыс. заболевших. В мире инвазировано от 5 до 15% человеческой популяции. *E. histolytica*, благодаря способности инвазировать ткани человека, может проявить себя от бессимптомного носительства до несовместимого с жизнью состояния, связанного с диссеминацией возбудителя.

Цель исследования. Установить морфологические критерии диагностики амебиаза.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективный анализ 12 протоколов вскрытий в Минском городском патологоанатомическом бюро с изучением клинических, макро- и микроскопических изменений во внутренних органах у умерших с патологоанатомическим диагнозом «Амебиаз».

Возраст умерших был от 22 лет до 81 года, соотношение мужчины: женщины – 1:1. Койко-дни, проведенные в стационаре, составили от 0 до 61 дня. От 0 до 10 дней - 8 чел. (в т.ч. 1- досуточная смерть), от 11 до 20 – 1 чел., от 20 до 40 дней – 1 чел., от 40 до 61 дня – 2 чел. Такой «провал» при коротком сроке лечения объясняется поздним обращением и/или тяжестью состояния, при длительном сроке - неверным диагностическим поиском.

Клиническими диагнозами были: болезнь Крона (3), туберкулез кишечника (3), рак различных отделов толстого кишечника (5). Как казуистика, были туберкулез легких и системный атеросклероз. В отдельных случаях была правильно определена локализация патологического процесса, но протозойная его природа не была заподозрена. Ни в одном случае клинически диагноз амебиаза не был установлен.

По локализации чаще всего поражен кишечник. Так, энтерит развился в 1 случае, энтероколит и колит в 9 (восходящий отдел – 1, сигма – 4, тотально толстый кишечник – 2, тотально тонкий и толстый кишечник – 1).

Первичное поражение возникает при внедрении амеб в слизистую оболочку ободочной или слепой кишки, далее процесс может распростра-

няться как вниз, достигая прямой кишки, так и вверх до подвздошной кишки. В месте внедрения амёб образуется узелок – микроабсцесс, который соединяется с другими абсцессами, углубляясь, они могут достигать мышечного и даже серозного слоев. В результате прорыва абсцессов образуются язвы. Размер язв от 2 до 10мм. Язвы приподняты над поверхностью слизистой и имеют вид бутылки, горлышко которой обращено к поверхности, один край может быть подрыт, а при остром процессе они окружены красным венчиком. Характерно отсутствие синхронности в развитии язв. Одновременно можно наблюдать язвы на различных стадиях развития. Амёбы выявляются, в основном, в глубоких слоях некроза. Их количество максимально на границе участка некроза с сохранившимися тканями органа, а также в последних. В своей цитоплазме простейшие содержат ШИК-положительные вакуоли и эритроциты. Очень характерна эритрофагия. Клеточная реакция, в основном, мононуклеарная, незначительная, лейкоциты практически отсутствуют. Амёбы могут проникать в стенку и просвет кровеносных сосудов.

Среди внекишечных форм в 7 случаях была поражена печень с развитием пилефлебических абсцессов, в 3 - желчный пузырь, в 1 поджелудочная железа (две последние локализации абсолютно не характерны). В 2 случаях были поражены легкие, а в 3 – головной мозг. В головном мозге возникают амёбные абсцессы с очаговыми и общемозговыми симптомами, которые зачастую расценивают как опухолевое поражение.

Основными причинами смерти явились интоксикация и полиорганная недостаточность (как результат разлитого перитонита), отек и дислокация головного мозга (как с операцией на головном мозге, так и без нее), ДВС-синдром (как проявление сепсиса), острое малокровие (как результат кишечного кровотечения).

Выводы: 1. морфологическое исследование биопсийного и/или операционного материала является золотым стандартом в диагностике амёбиаза.

2. При своевременно поставленном диагнозе, прогноз, как правило, благоприятный, так как вовремя начатое специфическое лечение, обычно приводит к полному излечению.