

2026.09.30 Описторхоз (трематодоз) - Учебник Нац.рук. Рук-во - КОНСПЕКТ 09.2026

Источники:

1. Инфекционные болезни : Учебник / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 704 с.
2. Инфекционные болезни : Национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с.
3. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы) Под ред. В. П. Сергиева, Ю. В. Лобзина, С. С. Козлова. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2011. — 608 с.: ил.

ОГЛАВЛЕНИЕ

2026.09.30 Описторхоз (трематодоз) - Учебник

Нац.рук. Рук-во - КОНСПЕКТ 09.2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

- Описторхоз (трематодоз)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СИНОНИМЫ

ИСТОРИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Возбудитель

Жизненный цикл

Устойчивость во внешней среде

Эпидемиология

ПАТОГЕНЕЗ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Ранняя (острая) фаза

Хроническая фаза

Иммунные реакции

Канцерогенез

Группоспецифические особенности

КЛАССИФИКАЦИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период

Острая фаза

Хроническая фаза

Осложнения

ДИАГНОСТИКА

Клинико-эпидемиологические данные

Инструментальные методы

Специфическая лабораторная диагностика

Показания к консультациям других специалистов

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ЛЕЧЕНИЕ

Принципы

Специфическая терапия (дегельминтизация)

Патогенетическая и симптоматическая терапия

Контроль эффективности и диспансеризация

Прогноз

ПРОФИЛАКТИКА

Обеззараживание рыбы в домашних условиях

[2][3]:

- Описторхоз (трематодоз)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СИНОНИМЫ

Описторхоз — природно-очаговый биогельминтоз с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, характеризующийся **длительным течением** и преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы [1][2][3].

Синонимы: лат. *opisthorchosis*, англ. *opisthorchiasis*, франц. *opisthorchiase* [2].

Код по МКБ-10: B66.0 [2][3].

ИСТОРИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

- Паразит впервые обнаружен у кошки в г. Пиза итальянским учёным **Риволта (Rivolta)** в **1884 г.**, который установил, что этот паразит является самостоятельным видом [3].
- Первый случай описторхоза у человека, вызванный *Opisthorchis felineus*, установлен **К. Н. Виноградовым** в **1891 г.** в г. Томске [1][3].
- Возможность заражения животных и человека при употреблении рыбы установлена **Ашкенази (M. Askenazy)** в **1904 г.** [1].

География: описторхоз широко распространён на **Евразийском континенте** [2]. В России и странах СНГ наиболее обширные очаги — **Западная Сибирь**

(крупнейший в мире **Обь-Иртышский очаг**), Северный Казахстан, Пермская и Кировская области, бассейны рек Камы, Вятки, Днепра, Десны, Сейма, Северного Донца, Южного Буга, Волги, Урала, Дона, Северной Двины [1][2][3].

Напряжённость очагов:

- В **Среднем Приобье** инвазированность сельского населения достигает **90–95%**, заражены даже дети первого года жизни; к **14 годам** поражённость детей — **50–60%**, у взрослого населения — практически **100%** [3].
- Показатели заболеваемости в Обь-Иртышском бассейне — **до 500 на 100 тыс.** населения [3].
- Поражённость коренного населения севера РФ достигает **80–100%** [2].
- Единичные случаи регистрируются практически во всех странах Европы; очаги *O. viverrini* — в **Таиланде** (до 80% населения в некоторых провинциях), **Лаосе, Индии, на о. Тайвань** и других странах Юго-Восточной Азии [3].

Сезонность: летне-осенняя. Несколько чаще болеют **мужчины**; возрастная группа **15–50 лет**. На долю описторхоза приходится около **60%** всех зарегистрированных биогельминтозов [2][3].

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Возбудитель

Возбудитель — *Opisthorchis felineus* (**кошачья двуустка**), трематода (класс сосальщиков), **гермафродит** [2][3]. В России возбудителем служит

O. felineus; в Юго-Восточной Азии — близкий вид *Opisthorchis viverrini* [3].

Морфология:

- Плоское удлинённое (листовидное) тело, суженное спереди, снабжено **двумя присосками** — ротовой и брюшной [2][3].
- Размеры: **8–14 мм** в длину, **1–3,5 мм** в ширину/диаметр [2][3]. (*Источник 1 указывает 4–13×1–3,5 мм*)
- Размеры *O. viverrini*: **5,4–10,2×0,8–1,9 мм**; пищевод в 3 раза длиннее глотки, яичник многолопастной [3].
- **Яйца**: бледно-жёлтые, почти бесцветные, с гладкой двухконтурной оболочкой, **крышечкой** на суженном полюсе и утолщением/конусовидным выступом на противоположном. Размеры: **23–24×11–19 мкм** [2] или **26–30×10–15 мкм** [3] .

Жизненный цикл

Сложный цикл с **тройной сменой хозяев** [2][3]:

1. **Окончательные (дефинитивные) хозяева** — человек и плотоядные/всеядные млекопитающие: кошка, собака, свинья, лисица, песец, соболь, хорёк, росомаха, выдра, норка, водяная крыса и др. Паразитируют во внутрипеченочных желчных ходах, желчном пузыре, протоках поджелудочной железы [1][2][3].
2. **Первый промежуточный хозяин** — пресноводный моллюск. Род указан по-разному: **Bithynia** [1] или **Codiella** [2], либо оба

рода [3] . В моллюске: яйцо → мирацидий → спороциста → редии (в печени моллюска) → **церкарии**. Личиночные стадии развиваются **партеногенетически**, численность паразитов при переходе от стадии к стадии увеличивается. Время развития — **от 2 до 10–12 мес** (в зависимости от температуры воды) [3].
(Источник 1 указывает «около 2 мес»).

3. **Второй промежуточный хозяин** — пресноводные рыбы семейства **карповых** (около 20 видов): язь, елец (сибирский), линь, плотва (чебак, европейская), красноперка, сазан, карп, усач, лещ, густера, подуст, жерех, уклея и др. [1][2][3]. Церкарии выходят из моллюска в воду, активно внедряются через кожу в мышцы и подкожную клетчатку рыбы, инцистируются, превращаясь в **метацеркариев** (размеры **0,23–0,37×0,18–0,28 мм**). Через **6 нед** метацеркарии становятся **инвазионными** [2][3].

В организме окончательного хозяина: в желудке и двенадцатиперстной кишке под действием желудочного и дуоденального соков происходит **эксцистирование** метацеркариев. Обладая положительным хемотаксисом к желчи, паразиты через общий желчный проток проникают в желчные ходы, желчный пузырь, иногда — в поджелудочную железу. Через **3–4 нед** достигают половой зрелости и начинают выделять яйца [2][3].

Продолжительность жизни паразита в организме человека: источники указывают **до 20 лет** [1], **15–25 лет** [2], **20–25 лет** [3] .

Устойчивость во внешней среде

- **Яйца** сохраняют жизнеспособность в пресной воде: **около года** [2] или **5–6 мес** [3] .
- **Метацеркарии** устойчивы к низким температурам: при **–40 °С** сохраняют жизнеспособность до **7 ч**, при **–35 °С** — до **14 ч**, при **–28 °С** — **32 ч** [2][3].
- Чувствительны к высоким температурам: при **55 °С** погибают за **5 мин** (после выделения из рыбы) [2][3].
- **Варка**: цельным куском — **20 мин** с момента закипания; в рыбном фарше — **10 мин** после начала кипения [2][3].
- **Засолка**: личинки погибают через **4–7 сут** [1][2]. При доле соли 14% и плотности тузлука 1,2 — в мелкой рыбе **10–21 сут** (в зависимости от вида), в крупной (длина >25 см) — **до 40 сут**.
Оптимальная температура тузлука — **2 °С** [3].
- **Копчение**: горячее — губительно для возбудителя; **холодное** — не повреждает его [2][3].

Эпидемиология

- **Источник инвазии** — инвазированные люди, домашние животные (кошки, свиньи, собаки), синантропные грызуны, дикие плотоядные [1][2][3].
- **Механизм передачи** — фекально-оральный; **путь** — пищевой [1][2].
- **Фактор передачи** — рыба семейства карповых, содержащая жизнеспособные метацеркарии: сырая (строганина), мороженая,

слабопросоленная, недостаточно проваренная/прожаренная, вяленая [1][2][3].

- **Восприимчивость** высокая. Наиболее ярко клинически выраженные формы — у **приезжих** (новосёлов); у местного населения преобладают бессимптомная инвазия или лёгкие формы [1][2][3].
- Выделение яиц с фекалиями начинается через **3–4 нед** после заражения и продолжается **до 10–20 лет** [2].
- После излечения **стойкий иммунитет не вырабатывается**; часто наблюдается **реинфекция** [2][3].
- На неэндемичных территориях регистрируются **завозные случаи** и групповые заболевания (фактор — привезённая заражённая рыба) [3].

ПАТОГЕНЕЗ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ

В динамике инвазионного процесса выделяют **две фазы** — **раннюю (острую)** и **позднюю (хроническую)** [2][3].

Ранняя (острая) фаза

В основе патогенеза — **токсико-аллергические реакции** организма на метаболиты и антигены личинок в процессе их миграции и созревания [1][2][3]:

- Повышение проницаемости сосудов печени и поджелудочной железы, **продуктивный васкулит, эозинофильная инфильтрация** стромы органов, отёчность [2][3].

- Пролиферация и десквамация эпителия желчных ходов [2].
- Эозинофильные инфильтраты в ЖКТ (двенадцатиперстной кишке), печени, лёгких и других органах [2].
- Очаги **некроза** в паренхиме печени [3].
- Гиперплазия ретикулярных клеток в регионарных лимфатических узлах [3].
- Нервно-рефлекторные воздействия приводят к нарушению моторики желчного пузыря (**дискинезии**), нарушению функций желудка и двенадцатиперстной кишки [1].

Хроническая фаза

Токсико-аллергические реакции сохраняются, но **основные патологические изменения** обусловлены жизнедеятельностью описторхов [2][3]:

- **Механическое повреждение** стенок желчных и панкреатических протоков, желчного пузыря присосками и шипиками → воспалительная и регенеративно-гиперпластическая реакция → **холангит, перихолангит, фиброз** органов [1][2][3].
- Скопления паразитов и яиц замедляют ток желчи и панкреатического секрета [2].
- **Стриктуры** в терминальной части общего желчного и пузырного протока → присоединение **бактериальной инфекции**, образование **конкрементов** [2][3].
- **Кистозные расширения** мелких желчных протоков, окружённых пролиферирующей фиброзной тканью [3].

- Желчные камни → приступы желчнокаменной болезни [3].
- Диффузных поражений печени в большинстве случаев неосложнённого описторхоза не возникает; возможны небольшие дистрофические изменения гепатоцитов [3].
- При тяжёлых хронических инвазиях — интенсивный фиброз → **цирроз печени и портальная гипертензия** [3].
- В поджелудочной железе: хронический пролиферативный каналикулит, периканаликулярный фиброз, кистовидные расширения канальцев [3].
- Часто сопутствует **гастродуоденит** (вплоть до эрозивно-язвенного) [2][3].

Иммунные реакции

- Ранний иммунный ответ: увеличение уровня **общих IgM в 10–12 раз** с максимумом на **2–3-й неделе**, снижение через **6–8 нед**; затем нарастает **IgG**. В дальнейшем концентрация антител падает ниже пороговых значений → условия для реинвазии и длительного паразитирования [2].
- **Иммуносупрессия**, сопровождающая инвазию, снижает резистентность к другим инфекциям [2][3].

Канцерогенез

- **Пролиферативные процессы** при описторхозе расцениваются как **предраковое состояние**; в сочетании с экзогенными канцерогенами могут приводить к **холангиокарциноме** [2][3].

- В Западной Сибири заболеваемость холангиокарциномой в **10–15 раз выше**, чем в других регионах [2].
- *O. viverrini* отнесён **Международным агентством по изучению рака к первой группе канцерогенов человека** [3].
- Аденоматозные изменения эпителия желчных и панкреатических протоков могут трансформироваться в холангиокарциному [3].

Группоспецифические особенности

- Диффузное поражение печени чаще наблюдается у лиц с **В(III) группой крови**; эрозивно-язвенный дуоденит — у лиц с **О(I) группой** [3].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Единой классификации описторхоза не существует [2]. Выделены следующие формы:

По фазе инвазии:

- **Острая фаза** — может протекать бессимптомно, стёрто (у коренных жителей эндемичных регионов при реинвазии/суперинфекции) или клинически выражено (у прибывших в эндемичный регион) [2].
- **Хроническая фаза:**
 - **Первично-хроническая** — при отсутствии симптомов острой фазы [2].
 - **Вторично-хроническая** — ей предшествует острая фаза [2].

- **Резидуальная фаза** — органические поражения сохраняются после освобождения организма от описторхов (выделяется некоторыми авторами) [2].

По тяжести: лёгкое, среднетяжелое, тяжёлое течение [1][2][3].

По проявлению: стёртое, манифестное [3]; бессимптомная и клинически выраженная инвазия [1].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период

2–4 нед [1][3] или **2–6 нед** [2] .

Острая фаза

Бессимптомная инвазия: диагностируется по обнаружению яиц паразита в дуоденальном содержимом и фекалиях, незначительной эозинофилии, повышенному содержанию специфических IgM [2].

Стертая форма: кратковременный субфебрилитет без явных признаков интоксикации, эозинофилия до **30–40%** [2][3].

Клинически выраженная форма манифестирует внезапно: лихорадка, боли в правом подреберье, миалгия, артралгия, кожные высыпания, увеличение селезёнки и печени, лейкоцитоз и гиперэозинофилия крови [2].

Тяжесть	Лихорадка	Длительность	Основные проявления
Лёгкая	~38 °С	до 2 нед	Боли в животе неопределённой локализации, диарея, умеренный лейкоцитоз и эозинофилия [2][3]
Среднетяжелая	38–39,5 °С, ремиттирующий/постоянный/неправильный тип	до 3 нед	Уртикарные высыпания, миалгия, артралгия, боли в правом подреберье, увеличение печени и селезёнки, возможны диарея, рвота, астматический бронхит [2][3]
Тяжёлая	высокая лихорадка (до 39–40 °С)	—	Выраженная интоксикация (головная боль, бессонница, заторможенность/возбуждение, тахикардия), полиморфные высыпания, картина гепатита (желтуха, повышение

Тяжесть	Лихорадка	Длительность	Основные проявления
			билирубина, аминотрансфераз, ЩФ), эрозивно-язвенный гастродуоденит, летучие инфильтраты в лёгких, возможны миокардит, поражение ЦНС (вплоть до отёка мозга) [1][2][3]

Характерные изменения крови в острой фазе:

- **Лейкоцитоз** до **20–30×10⁹/л** и выше [1]; при тяжёлом течении — **20–60×10⁹/л** [2][3] (лейкемоидная реакция [3]).
- **Эозинофилия** от **10–20%** до **80–90%** [1][2][3]; максимально выражена на **2–3-й неделе** [2][3].
- **Анемия** [1][3].
- Увеличение **СОЭ** [2][3].
- Биохимически: повышение аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, прямого билирубина [1][2][3].

Длительность острой фазы: от **2–3 нед** до **2 мес**, после чего симптомы стихают и болезнь переходит в хроническую фазу [2][3].

Хроническая фаза

Проявления многообразны, могут развиваться через **несколько месяцев и даже лет** [1][2][3]. У жителей

эндемичных районов в результате многократных повторных заражений с детского возраста развивается **иммунологическая толерантность** — первично-хроническое течение без выраженного острого периода; клинические симптомы могут проявиться через **10–20 лет** после заражения [3].

Основные синдромы:

- **Поражение гепатобилиарной системы** (наиболее часто): тяжесть, распирающие боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиация в спину и левое подреберье; снижение аппетита, тошнота, рвота, диспепсия. Печень увеличена, уплотнена, умеренно болезненна. Биохимические показатели часто в норме. Желчный пузырь увеличен, болезненен; приступы коликообразных болей. При дуоденальном зондировании — увеличено количество желчи (особенно порции «В»), лейкоциты и эпителий в осадке [2][3].
- **Присоединение вторичной инфекции:** повышение температуры, нарушение функции печени, кратковременная желтуха, лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, повышение СОЭ, гиперпротеинемия, гаммаглобулинемия [3].
- **Поражение поджелудочной железы:** боли опоясывающего характера с иррадиацией в левую половину грудной клетки, спину, левое плечо; периодическая гипергликемия натощак, снижение пищеварительных ферментов; повышение трипсина, амилазы, липазы в крови; повышение диастазы в моче [2][3].

- **Гастродуоденит, язвенная болезнь:** хронический гастрит, дуоденит вплоть до эрозивно-язвенного поражения; снижение кислотности желудочного сока (у **половины** больных) [2][3].
- **Поражение ЦНС:** головная боль, головокружение, нарушения сна, эмоциональная неустойчивость, депрессия, раздражительность, парестезии, повышенное потоотделение [2][3].
- **Поражение сердечно-сосудистой системы:** боли за грудиной, сердцебиение, приглушённость тонов, тахикардия, артериальная гипотензия; на ЭКГ — диффузные дистрофические изменения миокарда [3].

Течение хронической фазы: длительное (до **20 лет и более**), доброкачественное, с чередованием ремиссий и обострений. Обострениям способствуют инфекционные болезни, оперативные вмешательства, стрессовые ситуации, беременность [2][3].

Формулировка диагноза (пример): B66.0

*Хронический описторхоз. Хронический холецистопанкреатит (яйца *Opisthorchis felinus* в дуоденальном содержимом)* [2].

Осложнения

- **Гнойный холангит** и холецистит, флегмона желчного пузыря [1][2][3]
- **Острый и хронический панкреатит** [1][2][3]
- **Абсцесс печени** [1]

- **Язвенная болезнь** желудка и двенадцатиперстной кишки [2][3]
- **Механическая желтуха** [3]
- **Цирроз печени** [3]
- **Желчный перитонит** (при спонтанном разрыве кистозно-изменённых желчных протоков) [2][3]
- **Холангиокарцинома**, рак печени [1][2][3]
- Острая печёночная недостаточность (редко, летальные исходы) [3]

ДИАГНОСТИКА

Клинико-эпидемиологические данные

- Употребление термически необработанной, слабосолёной рыбы из эндемичных регионов [1][2][3].
- Лихорадка в сочетании с токсико-аллергическим синдромом и поражением печени (острая фаза) [1][2].
- Симптомы холецистопанкреатита, гастродуоденита (хроническая фаза) [2][3].
- Лейкоцитоз и эозинофилия в крови [2][3].

Инструментальные методы

- **ЭГДС, холецистография, дуоденальное зондирование, УЗИ** органов брюшной полости, определение кислотности желудочного сока [2].
- **КТ, МРТ** — признаки дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей, снижение выделительной функции печени, расширение желчных протоков [3].

Специфическая лабораторная диагностика

Паразитологическая диагностика — наиболее достоверный метод [2]:

- **Паразитологическая диагностика острого описторхоза невозможна**, так как гельминты начинают выделять яйца только через **6 нед** после начала инвазии [2][3].
- **Исследование дуоденального содержимого** (желчи) — микроскопия осадка трёх порций. Исследовать необходимо в течение **2 ч** после получения (при длительном хранении — лизис яиц) [2][3].
- **Кoproовоскопия** — наиболее распространённый метод. Методы: качественный формалин-эфирный, химико-седиментационный Березанцева, количественный Столла, полуколичественный Като, флотационные методы Фюллеборна и Горячева [2][3].
- При незначительной инвазии яйца обнаруживают непостоянно → **неоднократное** паразитологическое обследование; перед исследованием фекалий целесообразно назначить **желчегонные средства** или **слепое зондирование (тюбаж по Демьяновичу)** для повышения вероятности выявления [2][3].
- При отрицательном результате исследование фекалий повторяют **несколько раз** с интервалами **5–7 дней** [3].

Серологическая диагностика (вспомогательные методы) [1][2][3]:

- **ИФА:** определение IgM («Описторхис-IgM-стрип»), IgG («Тиатоп-стрип»), специфических ЦИК («Описторх-ЦИК-стрип») [2].
- **РИГА** [3].
- Тест-системы фирмы «Вектор-Бест» [3].
- Повышенные титры специфических IgG **не дают основания для окончательного диагноза** и требуют паразитологического подтверждения [3].

Показания к консультациям других специалистов

- **Хирург** — при симптомах острого холецистита, панкреатита.
- **Гепатолог, онколог, хирург** — при стойкой желтухе.
- **Невролог** — при выраженных изменениях со стороны ЦНС.
- **Аллерголог** — при аллергических проявлениях [2].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика **сложна** из-за полиморфизма и неспецифичности клинических симптомов [2][3].

Острую фазу дифференцируют с [1][2][3]:

- Брюшной тиф, тифопаратифозные заболевания [1][3]
- Грипп, ОРВИ [2][3]
- Вирусные гепатиты (ВГ) [2][3]
- Трихинеллёз, фасциолёз, парагонимоз [2]

- Миграционная фаза аскаридоза и анкилостомидоза [3]
- Острый холецистит, холангит, панкреатит другой этиологии [2][3]
- Пищевая токсикоинфекция, ОКИ [2][3]
- Пневмония [2]

Отличия от ВГ: лихорадка **на фоне желтухи**, более выраженный болевой синдром, высокая эозинофилия, увеличение активности ЩФ при умеренно выраженном цитолитическом синдроме [2].

Отличия от гриппа: увеличение и болезненность печени, эозинофилия [2].

Хроническую фазу дифференцируют с [1][2][3]:

- Фасциолёз [2]
- Хронические холецистит, панкреатит, гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь другой этиологии [1][2][3]
- Хронический гепатит другой этиологии [2][3]

ЛЕЧЕНИЕ

Принципы

Лечение должно быть **комплексным, индивидуальным**, с учётом сопутствующих заболеваний. Госпитализация — по клиническим показаниям (тяжёлые органические поражения, выраженные симптомы острой фазы, декомпенсация функции органов, нервно-психические заболевания) [2][3]. Назначается щадящий режим, **диета №5** в течение **6 мес** [2][3].

Специфическая терапия (дегельминтизация)

Препарат выбора — празиквантел (или отечественный аналог азинокс) [2][3].

Параметр	Источник 1	Источники 2 и 3
Суточная доза	50 мг/кг однократно	75 мг/кг в сутки, разделить на 3 приёма с интервалом 4–6 ч, в течение 1 дня
Максимальная разовая доза	не указана	2 г
Максимальная суточная доза	не указана	6 г (10 таблеток)
Приём	не уточнён	после еды

Прочие препараты: хлоксил в дозе 60 мг/кг массы тела в сутки в течение 5 дней, суточную дозу разделить на 3 приёма — за 15 мин до еды, запивая 100 мл молока. Возможны побочные явления [1].

Эффективность одного курса: 90–94% [2] или 86–90% у взрослых и 96–98% у детей [3] .

Ограничения:

- Не рекомендован детям до 2 лет и беременным в I триместре [2][3].
- Кормящие женщины в день приёма и на следующий день не должны кормить ребёнка грудью [2][3].
- Категорически противопоказан приём алкоголя в день терапии [2][3].

Побочные эффекты празиквантела:
головокружение, головная боль, чувство

опьянения, диспепсические расстройства.

Возникают через **30–40 мин** после приёма, длятся **1–2 ч**, слабо выражены, не требуют отмены препарата. Лечение целесообразно назначать на выходные дни [3].

Сроки проведения: в **острой фазе** этиотропная терапия проводится **после купирования лихорадки**, устранения интоксикации и аллергических проявлений [2][3]. В хронической стадии — сначала купирование острых состояний и достижение ремиссии сопутствующих заболеваний, затем специфическое лечение [3].

Патогенетическая и симптоматическая терапия

- **Острая фаза:** дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия, антигистаминные препараты; в тяжёлых случаях — **преднизолон по 40–60 мг/сут** в течение **5–7 дней** [2].
- **Хроническая фаза:** желчегонные препараты (холекинетики), спазмолитики, анальгетики, ферментные препараты, тюбаж с сернокислой магнезией или боржоми [1][2][3].
- **Дуоденальные зондирования** с сульфатом магния или сорбитом — **1–2 раза в неделю** в течение **1–2 мес** [3].
- **При бактериальных осложнениях** — противомикробные препараты / антибиотики с учётом чувствительности микрофлоры [2][3].
- **При анемии** — белково-витаминная диета, препараты железа [3].

Контроль эффективности и диспансеризация

- Контрольное обследование на яйцевыделение: через **3, 6, 12 мес** после лечения; **троекратное** исследование фекалий и дуоденальное зондирование [2].
- При аллергических проявлениях — через **3 мес двукратное** исследование (с интервалом **2–4 дня**) [3].
- Диспансеризация в течение **1–2 лет**; кратность осмотров гастроэнтеролога — индивидуально [2][3].

Прогноз

- При отсутствии бактериальных осложнений — **благоприятный** [2][3].
- Серьёзный — при гнойных процессах в желчевыводящих путях, желчном перитоните, остром панкреатите [2][3].
- **Неблагоприятный** — при развитии холангиокарциномы или рака печени [2][3].
- Летальные исходы **очень редки** [1][3]; отмечается снижение работоспособности, повышенная восприимчивость к инфекционным болезням [1].

ПРОФИЛАКТИКА

Комплекс мер включает [1][2][3]:

1. **Выявление и санация инвазированных** [1][2].

2. **Охрана водоемов** от фекального загрязнения (особенно затонов и стариц — мест обитания моллюсков) [1][2][3].
3. **Уничтожение моллюсков** (промежуточных хозяев) биологическими методами [1].
4. **Дегельминтизация** домашних плотоядных животных [2].
5. **Недопущение** скармливания собакам, кошкам, свиньям необеззараженной рыбы [3].
6. **Санитарно-просветительная работа** среди населения в очагах [2][3].
7. **Качественная термическая обработка** рыбы карповых пород [2][3].

Обеззараживание рыбы в домашних условиях [2][3]:

Способ	Режим
Жарка	небольшие куски — не менее 20 мин
Варка	20 мин с момента закипания
Выпекание пирогов	40–60 мин
Крепкий посол	20% соли к массе рыбы, выдержка 10 дней
Засолка (14% соли, тузлук 1,2)	мелкая рыба — 10–21 сут , крупная (>25 см) — до 40 сут
Вяление мелких карповых (плотва, елец)	3 нед с 2–3-дневным предварительным посолом
Холодное копчение	только после крепкого посола или промораживания в течение 3–4 нед
Замораживание	при –40 °С — 7 ч , при –35 °С — 14 ч , при –28 °С — 32 ч

Способ	Режим
Горячее копчение	гибельно для возбудителя

Важно: метацеркарии мелкие и **не видны невооружённым глазом**; на эндемичных территориях вся рыба семейства карповых подлежит **обязательному обеззараживанию** [3].
Холодное копчение без предварительного посола/промораживания не обеззараживает рыбу [2][3].
