

**2026.10.14 Описторхоз (взрослые,
дети) - Клин.Рек. ID 932_1 от
31.07.2025 -
КОНСПЕКТ 10.2026**

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Оглавление

2026.10.14 Описторхоз (взрослые, дети) - Клин.Рек.
ID 932_1 от 31.07.2025 - КОНСПЕКТ 10.2026

Оглавление

Список сокращений

1. Краткая информация по заболеванию

1.1 Определение

1.2 Этиология и патогенез

1.3 Эпидемиология

1.4 Кодирование по МКБ-10

1.5 Классификация

Примеры формулировки диагноза

1.6 Клиническая картина

Острый описторхоз

Хронический описторхоз

Группы высокого риска

Осложнения

Роль описторхоза в канцерогенезе

Особенности описторхоза у детей

2. Диагностика

Критерии установления диагноза

2.1 Жалобы и анамнез

2.2 Физикальное обследование

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.3.1 Неспецифическая лабораторная диагностика

2.3.2 Специфическая лабораторная диагностика

2.4 Инструментальные диагностические исследования

2.5 Иные диагностические исследования

2.5.1 Дифференциальная диагностика

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

Диетотерапия (диета № 5 по Певзнеру)

3.1.1 Подготовительная (базисная патогенетическая) терапия

3.1.2 Специфическая антигельминтная терапия

3.1.3 Этап восстановительной терапии

3.2 Иное лечение

3.3 Хирургическое лечение

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

6. Организация оказания медицинской помощи

7. Факторы, влияющие на исход заболевания

Критерии качества медицинской помощи

Приложение А3.1. Клинико-диагностические критерии описторхоза

Приложение А3.2. Критерии оценки степени тяжести острого описторхоза

Приложение А3.3. Диагностические критерии дискинезий (дисфункций)

Приложение А3.4. Дифференциальная диагностика описторхоза

Приложение А3.5. Правила забора материала для лабораторного исследования

Приложение А3.6. Анкета для оценки знаний по профилактике описторхоза

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Приложение В. Информация для пациента

Приложение Г1. Шкала METAVIR

Список сокращений

- АД — артериальное давление
- АЛТ — аланинаминотрансфераза

- **АСТ** — аспартатаминотрансфераза
- **БАК** — анализ крови **биохимический**
общетерапевтический
- **ВОЗ** — Всемирная организация
здравоохранения
- **ГГТ** — гаммаглутаминтрансфераза
- **Д.м.н.** — доктор медицинских наук
- **ДДТ** — диадинамические токи
- **ДПК** — двенадцатипёрстная кишка
- **ЖВП** — желчевыделительные пути
- **ЖКБ** — желчекаменная болезнь
- **ЖКТ** — желудочно-кишечный тракт
- **ИДС** — иммунодефицитное состояние
- **ИМП** — инструкция по медицинскому
применению
- **ИФА** — иммуноферментный анализ
- **К.м.н.** — кандидат медицинских наук
- **КТ** — компьютерная томография
- **ЛС** — лекарственное средство
- **мг** — миллиграмм
- **МЗ РФ** — Министерство здравоохранения
Российской Федерации
- **мин.** — минута

- **МКБ-10** — международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье **10-го** пересмотра
- **мл** — миллилитр
- **мм рт. ст.** — миллиметров ртутного столба
- **МНН** — международное **непатентованное** наименование
- **O. felineus** — кошачья двуустка (*Opisthorchis felineus*)
- **ОАК** — общий (клинический) анализ крови
- **ОАМ** — общий (клинический) анализ мочи
- **ПЦР** — полимеразная цепная реакция
- **РКИ** — рандомизированное контролируемое исследование
- **РФ** — Российская Федерация
- **СО** — сфинктер **Одди**
- **СОЭ** — скорость оседания эритроцитов
- **уд./мин.** — ударов в минуту
- **УЗИ** — ультразвуковое исследование
- **ХОБЛ** — хроническая **обструктивная** болезнь легких
- **ЦНС** — центральная нервная система
- **ЧДД** — частота дыхательных движений
- **ЧСС** — частота сердечных сокращений
- **ЩФ** — щелочная фосфатаза

- **ЭГДС** — эзофагодуоденоскопия
- **ЭКГ** — электрокардиография
- **WHO** — World Health Organization (то же, что ВОЗ)

1. Краткая информация по заболеванию

1.1 Определение

Описторхоз — природно-очаговый **биогельминтоз** с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется **длительным течением** и преимущественным поражением **гепатобилиарной системы и поджелудочной железы**. *(То есть паразитоз, очаги которого связаны с природными условиями, а заражение происходит через загрязнённую среду и продукты питания.)*

1.2 Этиология и патогенез

Возбудитель — *Opisthorchis felineus* (**кошачья двуустка**), тип плоских червей (трематоды), класс сосальщиков:

- тело плоское, удлинённое: длина **8–14 мм**, диаметр **1–3,5 мм**;
- две присоски — **ротовая и брюшная**;
- гермафродиты. *(Оба пола в одном организме — размножение не требует пары.)*

- яйца бледно-жёлтые, почти бесцветные, с двухконтурной оболочкой и крышечкой; размеры **23–24 × 11–19 мкм**.

Виды возбудителей у человека:

- ***O. felineus*** — от бассейна **р. Обь** (по последним данным — **р. Ангара**) до западной оконечности Европы;
- ***O. felineus arvicola*** — бассейн **р. Шидерты** в Казахстане;
- ***O. viverrini*** — Южная и Юго-Восточная Азия (в Таиланде поражено **80 %** населения).

Цикл развития (паразит меняет несколько хозяев на пути к зрелости):

1. **Окончательные (дефинитивные) хозяева** — человек и плотоядные (рыбоядные) млекопитающие: кошка, собака, лисица, песец, соболь, россомаха, свинья домашняя и др. Здесь паразитируют **половозрелые особи** в желчных ходах, желчном пузыре и протоках поджелудочной железы.
2. **Яйца** выделяются с желчью в кишечник, попадают в окружающую среду; в пресной воде сохраняют жизнеспособность **около года**, в водоёмах — **до 6 месяцев**.
3. **Первый промежуточный хозяин** — пресноводный моллюск рода **Codiella**. В его теле: мирацидий → спороциста → редии → множество **церкариев**.

4. Церкарии свободно плавают и могут вызывать у человека **дерматит** с зудящей сыпью после купания.
5. **Второй промежуточный хозяин** — рыбы семейства **карповых** (язь, сибирский елец, линь, плотва, чебак, красноперка, сазан, карп, усач, лещ, густера, подуст, жерех, укляя, тарань). Церкарии теряют хвост, через **сутки** инцистируются в **метацеркариев**; через **6 недель** метацеркарии становятся **инвазионными**. (*Заражающими, то есть способными вызвать инвазию.*)
6. **Положительный хемотаксис**: чувствительные волоски на теле церкария реагируют только на слизь рыб карповых — личинка «узнаёт» нужный вид рыбы, поэтому внедрение в рыб других семейств исключено. (*Эволюционно сложившийся механизм распознавания.*)
7. Заражение человека и животных происходит **только при употреблении необеззараженной рыбы карповых**, поражённой метацеркариями.
8. В желудке и двенадцатиперстной кишке окончательного хозяина происходит **эксцистирование**: желудочный сок переваривает соединительнотканную капсулу, дуоденальный сок — внутреннюю оболочку. Обладая хемотаксисом к желчи, паразиты проникают в **желчные ходы, желчный пузырь**, иногда — в **протоки поджелудочной железы**.

9. Через **3–4 недели** после заражения гельминты достигают **половозрелого состояния** и начинают выделять яйца.
10. **Продолжительность жизни паразита** в организме человека окончательно не установлена: по разным оценкам — **10–20 лет** или **всю жизнь хозяина**.

1.3 Эпидемиология

- Описторхоз широко распространён на **Евро-Азиатском континенте**; природные очаги связаны с местами обитания моллюска рода **битинии**.
- **Крупнейший очаг — Обь-Иртышский** (Западная Сибирь) с чрезвычайно напряжённой эпидситуацией. Другие регионы: Северный Казахстан (бассейн Оби и Иртыша), Пермская и Кировская области, бассейны рек Камы, Вятки, Днепра, Десны, Сейма, Северного Донца, Южного Буга.
- **История открытия:** паразит как самостоятельный вид впервые обнаружен у кошки в **1884 г. в г. Пиза** итальянским учёным **Ривольта**; первый случай заболевания человека установлен в **1891 г. в г. Томске К. Н. Виноградовым**. Крупнейший очаг открыли гельминтологические экспедиции **К. И. Скрябина** в бассейн Оби и Иртыша.
- Случаи заболевания зарегистрированы более чем на **80 % административных территорий России**. (*Как местного происхождения, так и привозного.*)

Основные очаги на европейской части:

Очаг	Характеристика
Днестровский и Неманский	небольшие по площади, слабой интенсивности, поражённость до 10 %
Днепровский	больше по площади, поражённость на отдельных территориях 20–40 %
Волжский	обширный, но малоинтенсивный; поражённость на отдельных территориях 20–30 %

- Наблюдается **расширение ареала**: гельминтоз обнаружен в неэндемичных регионах — Северной Америке и Западной Европе.
Причины: **рост миграции населения**, рост доли рыбы в рационе, **недостаточный контроль за переработкой рыбы**, употребление её вдали от очага заражения.

1.4 Кодирование по МКБ-10

B66.0 — Описторхоз

1.5 Классификация

Клиническая классификация описторхоза у взрослых (по Г. Ф. Белову и Ф. А. Фейгиновой, 1969 г.)

1. Острый описторхоз:

- А. Инаппарантная форма (бессимптомное течение);
- Б. Клинически выраженная форма — варианты:

- тифоподобный;
- гепатохолангитический;
- гастроэнтероколитический;
- легочный;
- аллергический;
- смешанный.

По степени тяжести: **лёгкая, средней тяжести, тяжёлая.**

2. Хронический описторхоз:

- **А. Латентный;**
- **Б. Клинически выраженный:** холангит, холецистит, гепатит, панкреатит, поражение кожных покровов (дерматит, хроническая крапивница и др.);
- **В. Суперинвазия** (*повторное заражение на фоне уже имеющейся инвазии*) — формы аналогичны острому описторхозу;
- **Г. Резидуальные (постописторхозные) явления:** холангиохолецистит, холангиогепатит, гастрит, дуоденит, колит, холангитический **цирроз печени;**
- **Д. Реинвазия** (*повторное заражение после излечения*) — формы аналогичны острому описторхозу;
- **Е. Осложнения:** гнойный холангит, холецистит, **абсцессы печени, панкреонекроз, желчный перитонит, холангиокарцинома.**

(Злокачественная опухоль желчных протоков — самое опасное осложнение.)

Примеры формулировки диагноза

- **B66.0 — Описторхоз.** Острый описторхоз, гепатохолангитический вариант, средней степени тяжести.
 - **B66.0 — Описторхоз.** Хронический описторхоз, хронический холецистит, панкреатит в стадии обострения, дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу.
-

1.6 Клиническая картина

Инкубационный период — 2–6 недель после употребления поражённой рыбы. *(Время от заражения до первых симптомов.)* Клиника отличается **полиморфизмом** — множеством разнообразных форм и вариантов течения.

Острый описторхоз

Клинические варианты ранней стадии — от латентных и стёртых до генерализованных аллергических реакций с множественными поражениями.

Инаппарантная (субклиническая) форма — выявляется случайно; самочувствие хорошее, жалоб нет, но в периферической крови может быть **эозинофилия**.

Клинически выраженная форма — инкубационный период в среднем **2–3 недели**. Основные синдромы:

- **Лихорадочный** — у всех больных; длительность от **3–4 дней** до нескольких недель. Уровень — от субфебрильной до фебрильной температуры (*определяет степень тяжести*). Типы лихорадки: постоянный, ремитирующий, возможен длительный субфебрилитет продолжительностью **до 6–9 месяцев**.
- **Интоксикационный** — слабость, головная боль, озноб, потливость, боли в мышцах, нарушение сна, снижение аппетита.
- **Артралгический** — боли в суставах, часто летучего характера (*«перелетающие» из сустава в сустав*); артриты развиваются редко.
- **Экзантема** — высыпания мелкоточечные, розеолезные, уртикарные, макулопапулезные, везикулезные, часто полиморфные у одного пациента. Локализация — лицо, туловище, конечности. Сохраняется **3–10 дней**, затем исчезает бесследно, возможны рецидивы.
- **Гепатобилиарный** — тяжесть и боли в правом подреберье, иррадиация в правую подключичную область или лопатку; боли тупые, ноющие, давящие, жгучие. Возможна **желтуха** — от лёгкой билирубинемии (субиктеричность склер, мягкого нёба) до интенсивной, часто с кожным зудом. При осмотре: болезненность в правом подреберье, увеличение печени, положительные **симптомы**

Ортнера, Кера, Мюсси (*пузырные симптомы — болезненность при поколачивании и пальпации в зоне желчного пузыря*). Более чем у **80 %** больных — **цитолиз** по уровню АЛТ и АСТ (чаще умеренный, **до 10 норм**). Часто развиваются **холестатический** синдром (*повышение ГГТ и ЩФ — застой желчи*) и **мезенхимально-воспалительный**.

- **Гастроэнтероколитический** — боли в эпигастрии, изжога, тошнота, рвота, частый жидкий стул, иногда со слизью. При осмотре: обложенный белым налётом язык, вздутие живота, болезненность и урчание при пальпации кишечника.
- **Бронхолегочный** — катаральные явления (гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки, ринит), бронхообструкция, длительный кашель. У части больных на **2–14 день** появляются «летучие» эозинофильные инфильтраты в лёгких, чаще в прикорневых зонах; исчезают через **6–10 дней**. В мокроте и/или плевральной жидкости — **20–30 % эозинофилов**.

Тяжёлые токсико-аллергические проявления (*угроза в острой фазе*): **синдром Лайела** (острый эпидермальный некролиз), **синдром Стивенса–Джонсона**, **острый миокардит**, рецидивирующие отёк Квинке и крапивница.

Гемограмма в острой фазе: лейкоцитоз до **20–60 тыс.**, повышение СОЭ, **эозинофилия 20–40 %** (иногда **до 90 %**). Рост эозинофилов возможен в

конце 1-й — начале 2-й недели, максимум — конец 2-й — начало 3-й недели; сохраняется 2–4 месяца.

Формы острого описторхоза по тяжести:

- **Стертая** — субфебрильная температура, **эозинофилия до 15 %** при нормальном числе лейкоцитов.
- **Лёгкая** — гипертермия **до 38,0–38,5 °С**, эозинофилия, умеренный лейкоцитоз; длительность гипертермии **1–2 недели**; часто постоянные боли в правом подреберье.
- **Среднетяжёлая** — ремиттирующая гипертермия **2–3 недели**, часто сыпь и катаральный синдром; в крови — **эозинофилия до 40 %**, лейкоцитоз, умеренное увеличение СОЭ.
- **Тяжёлая** — варианты течения: **тифоподобный, холецистохолангитический, гастроэнтероколитический**. Иногда осложняется **абсцессами печени, желчным перитонитом**.

Острая стадия продолжается **до двух месяцев** (до формирования мариты и начала яйцепродукции (*созревания паразита до взрослой, выделяющей яйца, стадии*)), после чего симптомы постепенно исчезают и болезнь переходит в **хроническую стадию** — её манифестация может развиваться лишь через несколько лет.

Хронический описторхоз

Связан с **персистенцией паразитов** в желчных протоках печени и протоках поджелудочной железы. Для хронической фазы характерны

минимальные проявления; яркая манифестация сопряжена с суперинвазией или провоцирующими факторами (стресс, интеркуррентные заболевания). У коренного и местного населения эндемичных территорий чаще протекает **латентно** — нередко с нормальными показателями крови, а яйца описторхов обнаруживаются как случайная находка. Симптомы **неспецифичны и полиморфны**, что затрудняет своевременную диагностику.

Холангит — обязательное звено патогенеза и клиники: паразит повреждает стенки внутрипечёночных желчных протоков и стимулирует бурную **регенеративно-гиперпластическую реакцию эпителия**.

Холецистит — желчный пузырь не место постоянной локализации описторхов: паразиты попадают туда случайно с током желчи. Однако сочетанное поражение протоков и пузыря — самое распространённое проявление (**80–87 %**). Жалобы: тяжесть или боли в правом подреберье — постоянные тупые, давящие, приступообразные, колющие, иногда как «желчная колика» при желчнокаменной болезни. При длительности инвазии **более 5–7 лет** в эндемичных регионах обычно определяется **гипокинетический тип дискинезии** (*желчный пузырь сокращается вяло, желчь застаивается*). По современным представлениям, дискинезии классифицируются как дисфункции **желчного пузыря, билиарной порции сфинктера Одди и панкреатической порции сфинктера Одди**.

Гепатит — проявления неспецифичны; часто вовлечение печени выявляется только лабораторно: повышение **АЛТ, АСТ**, диспротеинемия (снижение альбуминов, повышение глобулинов). Желтуха в большей степени отражает суперинвазию и/или манифестацию **синдрома Жильбера** (*наследственная особенность обмена билирубина*). Характерны **дислипидемия** и признаки **стеатоза** печени и поджелудочной железы вплоть до стеатогепатита. Без повторного заражения пролиферативные процессы в печени затухают; постоянная ре- или суперинвазия превращает печень в непрерывно пролиферирующий орган. При тяжёлых хронических инвазиях интенсивный **фиброз** вокруг желчных протоков может привести к **циррозу печени** и даже **портальной гипертензии**.

Панкреатит — у части больных преобладающее поражение. Определяющий механизм — **внутрипротоковая гипертензия** из-за пребывания описторхов в протоках железы, дискинезии желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки. Течение волнообразное, с частой сменой обострений и ремиссий. Формы:

- **болевая** — боли в эпигастрии, левом или правом подреберье, реже опоясывающие; тошнота, рвота без облегчения, отрыжка, вздутие живота, диарея. Объективно: сухость кожи, **телеангиэктазии** — «**симптом красных капелёк**» (**симптом Тужилина**) (*мелкие сосудистые пятнышки на коже туловища*),

болезненность в эпигастрии и левом подреберье (**симптом Мэйо-Робсона**).

Активность сывороточной амилазы повышена только первые **2–10 часов** обострения, затем быстро возвращается к норме;

- **хронический псевдоопухолевый панкреатит** — опухолевидное поражение, преимущественно головки железы, при недостаточной проходимости главного протока;
- **описторхозные кисты** поджелудочной железы — чаще в теле и хвосте; могут сочетаться с кистами печени (одиночные большие или множественные мелкие). Возможно нагноение кист с образованием абсцессов — гектическая лихорадка (*резкие подъёмы температуры с ознобами*), болевой синдром, нейтрофильный лейкоцитоз.

Развитие **инсулинорезистентности** и нарушения функции β -клеток создают предпосылки **сахарного диабета 2 типа**.

Внепечёночные поражения (*из-за патологических висцеро-висцеральных рефлексов, токсического и сенсibiliзирующего действия метаболитов паразита, иммунных механизмов*) — страдают органы, не являющиеся местом локализации возбудителя: желудок и двенадцатиперстная кишка, кишечник, сердечно-сосудистая и нервная системы.

- **Гастродуоденальная патология** — у **45–50 %** больных (гастрит, дуоденит, язвенная болезнь). Гастродуоденит у инвазированных встречается в

3 раза чаще, чем у неинвазированных;
проявления — боль в эпигастрии и
пилородуоденальной зоне, отрыжка, изжога,
рвота. Эндоскопически — изменения слизистой
от катаральных до эрозивных и язвенных.

Особенности: **отсутствие сезонности
обострений**, кратковременный эффект ИПП и
H₂-блокаторов без специфической
антигельминтной терапии.

- **Дисбиоз кишечника** — метеоризм, запоры,
поносы или их чередование, боли в области
пупка и внизу живота, непереносимость молока.
Лабораторно: резкое снижение бифидо- и
лактобактерий, уменьшение эшерихий, рост
условно-патогенной флоры (*S. epidermidis*, *S.
aureus* и др.).
- **Поражение нервной системы** — головная боль,
головокружение, нарушения сна,
эмоциональная неустойчивость, депрессия,
раздражительность, панические атаки,
парестезии, потливость. Различные проявления
вегетативной дисфункции — у **78 %** пациентов;
выраженность зависит от интенсивности и
особенно длительности инвазии.
- **Астеновегетативный синдром** —
раздражительность, плаксивость, тревожный
сон, снижение работоспособности,
утомляемость, вегетососудистые и
диэнцефальные кризы. Психоневрологические
синдромы: ипохондрический, депрессивный,
психопатический, психоастенический.

- **Астено- (психо-) вегетативный синдром (ПВС)** — полисистемные вегетативные расстройства как реакция на стресс и психосоматические заболевания. Вегетативная дисфункция — предрасполагающий фактор сердечно-сосудистой патологии (**аритмии, ишемическая болезнь сердца**, дистрофические изменения на ЭКГ); при выраженной дисфункции возможны пароксизмы **мерцательной аритмии**. При длительных инвазиях развивается выраженная **тканевая эозинофилия сердечных стенок**, лейкоцитарной агрессии подвергаются кардиомиоциты.
- Вегетативная дисфункция утяжеляет течение болезней печени, способствует развитию **стеатоза и цирроза**.

Аллергический синдром — кожный зуд, зуд век, рецидивирующие отёк Квинке и крапивница, артралгия, меняющаяся пищевая аллергия, умеренная эозинофилия. Аллергодерматозы при описторхозе протекают тяжелее: частые обострения, короткие ремиссии, непрерывный рецидив. Элементы сыпи разнообразны, вплоть до псориатических на коже головы, локтевых и коленных суставах. При сочетании **псориаза** с хроническим описторхозом: экссудативная форма псориаза — **22,2 %**, распространённый кожный процесс — **44,4 %**; эти показатели выше изолированного псориаза в **2 и 1,7 раза** соответственно.

Иммунные нарушения:

- Иммунный ответ при гельминтозах трактуется с позиции **Т-супрессии** (*подавления Т-лимфоцитарного ответа на антигены паразита*): гельминты выделяют **иммуносупрессивные вещества**, действующие как иммунодепрессанты.
- Особенность иммунитета: он **не предотвращает суперинвазию и повторное заражение**. При повторных заражениях часть паразитов может остановиться на уровне **личинки**; после гибели половозрелых форм под действием антигельминтных препаратов личинки продолжают развитие — возникают **рецидивные формы** болезни, напоминающие острую фазу (лихорадка, интоксикация, высокая эозинофилия и лейкоцитоз).
- На фоне **иммуносупрессии** тяжелее протекают инфекционные болезни (шигеллез, брюшной тиф, туберкулез, ВИЧ), снижается эффективность их лечения, чаще развиваются осложнения и рецидивы.

Обменные нарушения — длительная интенсивная инвазия изменяет активность ферментов обмена белков и липидов и нейрогуморальную регуляцию; следствие — **гиповитаминозы, анемия, истощение** (слабость, похудение).

Психические расстройства при длительной инвазии:

- депрессия с тревожно-ипохондрическим синдромом, **гельминтофобия**, «уход в болезнь» — **46,6 %**;

- депрессивные расстройства, чаще ситуативного генеза (**70 %**): снижение настроения, мрачная оценка перспективы, утрата интересов, подавленность, нарушения сна и аппетита; в сочетании с паническими атаками — повод для направления к **психиатру**, часто без раскрытия истинной причины.

Вывод: клиника описторхоза чрезвычайно полиморфна, в хронической фазе **нет специфических признаков** — патология междисциплинарна.

Группы высокого риска

У большинства жителей эндемичных территорий вследствие многократных заражений с детства развивается **иммунологическая толерантность** к антигенам гельминтов — их многолетняя персистенция. Описторхоз принимает **первично-хроническое течение** без выраженного острого периода, годами протекает в стёртой или бессимптомной форме **без эозинофилии**.

Симптомы появляются лишь через **10–20 лет** после заражения — у прибывших из благополучных местностей или при завозе поражённой рыбы в неэндемичные территории.

Осложнения

- инфицирование желчевыводящих путей;
- абсцесс печени;
- желчный перитонит;
- стриктуры желчевыводящих путей (сужения протоков);

- обтурационный (шеечный) холецистит (*закупорка шейки пузыря*) — эмпиема, водянка;
- деструктивные процессы паренхимы вследствие тромбоза сосудов портальной системы;
- кисты печени;
- холангиоэктазы (*расширения желчных протоков*);
- сепсис.

Исходы (резидуальные постописторхозные явления): холангит, холангиохолецистит, холангиогепатит, гастрит, дуоденит, колит, **цирроз печени.**

Важно: систематический обзор и мета-анализ показали, что инвазия печёночной двуустки связана с повышенным риском **холангита, холецистита, желчнокаменной болезни, гепатоцеллюлярной карциномы и холангиокарциномы;** частота ещё выше при тяжёлой инфекции.

Роль описторхоза в канцерогенезе

Длительная инвазия вызывает выраженные **пролиферативные процессы** в органах локализации паразита → мутации, что вместе с **иммуносупрессивным действием** описторхов повышает риск канцерогенеза. **Международное агентство по изучению рака (МАИР)** относит *O. viverrini* к **1-й группе канцерогенов человека;** получены доказательства для включения и *O. felineus* в ту же группу. Возможная онкопатология: **рак поджелудочной железы, печени, желчного**

пузыря и протоков, большого дуоденального сосочка (БДС).

Особенности описторхоза у детей

Общие особенности:

- на первый план выступают **токсические явления**;
- нарушается **физическое развитие**;
- преобладают нервные симптомы, желудочно-диспепсические расстройства, патология желчевыводящих путей;
- паренхима печени поражается **редко**;
- описторхисы часто паразитируют в поджелудочной железе, но клинически это мало выражено;
- в ранние сроки болезни — изменения **симпатической** нервной системы, позднее — **парасимпатической**.

Острая стадия у детей 1–3 лет (обычно в очагах средней эндемичности):

- субфебрилитет, катар верхних дыхательных путей;
- экссудативные или полиморфные высыпания на коже;
- лимфаденопатия, боли в правом подреберье и эпигастрии;
- частое увеличение печени, расстройство стула, отставание в физическом развитии.

Общий анализ крови: лейкоцитоз $10-12 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилия $12-15 \%$, анемия, СОЭ $20-25 \text{ мм/ч}$.

У детей среднего и старшего возраста (*обычно более массивная инвазия*) симптомы развиваются через **2–3 недели** после заражения: лихорадка, кожные сыпи, легочный синдром («летучие» инфильтраты), пневмония, выраженные дистрофические изменения миокарда, желтуха, гепатоспленомегалия. Острая фаза развивается постепенно, максимум — в течение **1–2 недель**; продолжительность острого периода **1–4 недели**.

Лаборатория: эозинофилия **30–40 %** (*может сохраняться 6 месяцев на уровне 10–15 %*); СОЭ **25–40 мм/ч**; билирубин за счёт прямой фракции **25–35 мкмоль/л**; повышение трансаминаз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы, α_2 - и γ -глобулинов.

Особая ситуация — высокоэндемичные очаги: дети получают антигены паразита и специфические антитела **трансплацентарно и с молоком матери**, поэтому течение обычно **субклиническое, первично-хроническое**; симптоматика иногда развивается лишь в среднем и даже пожилом возрасте, провоцируется сопутствующими заболеваниями.

Хроническая стадия у детей в эндемичных очагах может быть бессимптомной или проявляться: холепатией (*все функциональные и воспалительные поражения желчевыводящих путей*), гастроэнтеропатическим синдромом (реже), астеническим синдромом (*у 1/3*).

У детей младшего возраста: замедление физического развития, снижение веса, нарушение аппетита, неустойчивый стул, частое увеличение и болезненность печени, **эозинофилия 5–12 %**, тенденция к анемии, гипоальбуминемия.

К 14–15 годам проявления компенсируются, лабораторные показатели нормализуются, дискинетические расстройства билиарной системы редки — вероятно, из-за приобретения **иммунитета** к антигенам паразита.

У детей из неэндемичных очагов возрастные различия симптоматики острой стадии меньше; хроническая стадия формируется сразу или вскоре после острой и протекает с **выраженной симптоматикой**.

2. Диагностика

Критерии установления диагноза

Диагностика описторхоза у взрослых строится на **эпидемиологическом и клиническом анамнезе, клиническом осмотре, лабораторных и специальных методах** обследования. Задачи диагностики: определить нозологию и клиническую форму, тяжесть состояния, выявить осложнения и показания к терапии.

Окончательный диагноз хронического описторхоза устанавливается на основании:

- выявления **яиц описторхов в фекалиях** методами седиментации (*осаждения — концентрирования яиц из пробы*);

- и/или обнаружения яиц при **микроскопии дуоденального содержимого**.

В острой стадии применяют **иммуноферментный анализ (ИФА)** для выявления специфических антител класса М (IgM).

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендуется обратить внимание на:

- **повышенную температуру тела**, проявления интоксикации (слабость, головная боль, озноб, потливость, боли в мышцах, нарушение сна, снижение аппетита);
- **аллергические реакции** (экзантема, отёк Квинке и др.);
- **симптомы поражения желчевыводящих путей, печени, поджелудочной железы**;
- **поражение ЖКТ** — боли в эпигастрии, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, частый жидкий стул, иногда со слизью;
- **бронхолегочный синдром** — бронхообструкция и/или длительный кашель;
- **вегетативную дисфункцию** — панические атаки, кардиоваскулярные нарушения (боли в области сердца, экстрасистолы, пароксизмы мерцательной аритмии).

Эпидемиологический анамнез (*обстоятельства, которые могли привести к заражению*):

пребывание и/или проживание в **эндемичном районе**, употребление **недостаточно**

обеззараженной рыбы карповых и блюд из неё, наличие описторхоза у родственников.

2.2 Физикальное обследование

Рекомендуется:

- начать с **общего осмотра**: состояние кожного покрова (экзантема), видимых слизистых (иктеричность *(желтушность)*), инъекция сосудов склер (*расширенные сосуды белочной оболочки глаз*);
- оценить наличие **нарушений сердечного ритма**, болезненность в эпигастрии, правом и левом подреберьях, **увеличение печени**, положительные **пузырные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси** — для определения степени тяжести и характера течения;
- выполнить **общие измерения**: частота дыхательных движений (ЧДД), артериальное давление (АД), частота сердцебиений (ЧСС), пульс, **термометрия** — для оценки тяжести, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.3.1 Неспецифическая лабораторная диагностика

Общий (клинический) анализ крови — всем пациентам с подозрением на описторхоз, для диагностики, оценки тяжести и своевременного выявления осложнений:

- в **острой фазе** — по типу **лейкемоидной реакции** (*сильное увеличение лейкоцитов*,

напоминающее лейкоз, но вызванное инфекцией): лейкоциты могут достигать **$60,0 \times 10^9/\text{л}$** при **эозинофилии до 80–90 %**;

- при **хроническом** описторхозе эозинофилы часто в пределах нормы; возможна **анэозинофилия** (*полное отсутствие эозинофилов*) или умеренное повышение (**до 10–20 %**); при суперинвазии эозинофилия может достигать **80 %**;
- при **бактериальных осложнениях** (холангит, холецистит, кисты печени или поджелудочной железы) — нарастание лейкоцитоза, палочкоядерный нейтрофилез (*незрелые нейтрофилы — признак воспаления*), увеличение **СОЭ**.

Общий (клинический) анализ мочи — всем пациентам с подозрением на описторхоз, для выявления почечной дисфункции и декомпенсации сопутствующих заболеваний:

- при неосложнённом течении патологических изменений нет;
- при выраженной лихорадке и интоксикации — увеличение плотности мочи, невыраженные лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия; носят **транзиторный характер (временный)**, исчезают при нормализации температуры и купировании интоксикации.

Биохимический анализ крови — у пациентов с **тяжёлым и осложнённым течением**: общий билирубин, **АСТ, АЛТ**, при холестазе — **ЩФ, ГГТП**, мочевины, креатинин, глюкоза, **амилаза**, общий

белок, альбумин. Цель — выявление органной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний, развития осложнений и исходов. Специфической информации анализ не даёт, но отклонения имеют **прогностическое значение** и влияют на выбор препаратов и режим дозирования.

2.3.2 Специфическая лабораторная диагностика

Микроскопическое исследование кала методами обогащения или **желчи** (полученной при **дуоденальном зондировании**) на гельминты:

- по сравнительной эффективности: яйца трематод реже всего обнаруживаются **в кале (30,7 %)**, чаще — **в желчи (44,7 %)**;
- отсутствие яиц в кале может быть обусловлено **циклическостью яйцепродукции и билиарной обструкции** (*застой желчи при длительной инвазии*);
- основная масса яиц поступает в желчный пузырь, лишь небольшая часть «свежих» яиц попадает из печёночного протока в холедох и кишечник — отсюда более низкая выявляемость в кале;
- при высокой интенсивности инвазии у описторхов **останавливается половое развитие** вплоть до атрофии половых органов — так паразиты регулируют свою численность, сокращая выделение яиц.

Метод концентрирования осадка формалином и этилацетатом — «золотой стандарт» для

определения описторхов при микроскопии кала: подсчёт яиц и количественная оценка интенсивности инвазии (**яиц на грамм**). Метод прост и неинвазивен, но требует **опытного микроскописта и нескольких повторных образцов** из-за низкого выделения яиц (*для уменьшения ложноотрицательных результатов*). Низкая специфичность: яйца могут отсутствовать, несмотря на инвазию — метод работает только когда паразиты достигли зрелости и выделяют яйца в ЖКТ.

Фракционное дуоденальное зондирование (*поэтапное получение желчи через зонд*) — при отсутствии противопоказаний. Позволяет оценить проходимость желчевыводящих путей, эвакуационную способность желчного пузыря, получить материал для микроскопии. Анализ количества содержимого в разных фазах, динамики и скорости его выделения, микроскопия слизи и осадка помогает в диагностике **дуоденита, холангита, холедохита, ангиохолита, холецистита, дискринии** (*нарушения состава желчи*) и нарушений функций желчевыводящих путей и ДПК.

Определение антител к *Opisthorchis felinus* — классов М, G (IgM, IgG), а также антител в составе циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК):

- диагностическая ценность ИФА высока в **острой фазе**: результат положителен более чем у **95 %** больных, титр антител высок — **1:400–1:800**;
- при **хронических** формах титры существенно ниже, реакция может быть отрицательной;

- тест может давать **ложноположительные и ложноотрицательные** результаты;
- **Важно:** положительный ИФА — **не основание** для окончательного подтверждения диагноза «хронический описторхоз» и назначения антигельминтной терапии. Диагноз должен быть подтверждён **паразитологически: копроовоскопия** (*микроскопия кала на яйца и личинки гельминтов*) и/или микроскопия **дуоденального содержимого**.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Проводятся для диагностики поражений, выявления осложнений, дифференциальной диагностики и определения показаний к специфической терапии.

УЗИ органов брюшной полости (комплексное) — печени, желчного пузыря и протоков, **всем пациентам** с подозрением на описторхоз. Цели: исключить желчнокаменную болезнь, выявить специфическое поражение печени у первичных больных, косвенно оценить структурные изменения печени.

УЗИ выявляет: желчные камни или **билиарный сладж** (*сгущение желчи с осадком*), размеры и локализацию камней, воспаление стенки желчного пузыря, расширение протоков, стеатоз. Наиболее информативные критерии описторхозного поражения печени: **холангиоэктазы** (*расширение желчных протоков*), **перидуктальный и перипортальный фиброз** (*уплотнение тканей*

вокруг протоков и портальных трактов), повышение эхогенности стенок внутрипечёночных протоков, увеличение желчного пузыря, осадочные структуры в пузыре, увеличение лимфоузлов. Возможны гепато- и спленомегалия, признаки панкреатопатии (неровность контуров, изменение размеров железы). Чувствительность отдельных признаков — **27–64 %**; сочетанное использование критериев обеспечивает **95 %** эффективность. При этом УЗИ **не определяет этиологию и стадию** поражения печени.

Эластография печени (ЭСВ — эластография сдвиговой волной, ТЭ — транзиентная эластография) — взрослым с подозрением на **прогрессирующий фиброз печени**, для оценки степени фиброза по шкале **Metavir** (F0–F4: от здоровой ткани до цирроза) и определения тактики ведения. По данным исследований, **F2** по METAVIR зарегистрирован у **20,7 %** обследованных, **F3–F4** — у **17,2 %** больных описторхозом.

ЭКГ в стандартных отведениях — пациентам с симптомами кардиоваскулярных нарушений (боли или неприятные ощущения в области сердца, сердцебиения, перебои). Возможно развитие **миокардита**.

Прицельная рентгенография органов грудной клетки — при бронхообструкции и длительном кашле, для дифференциальной диагностики. Возможные находки: усиление лёгочного рисунка, уплотнение бронхов; у части больных — **эозинофильные инфильтраты** в лёгких, чаще в

прикорневых зонах, на **2–14 день** болезни, исчезают через **6–10 дней**.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — при гастроэнтероколитическом варианте инвазии, с жалобами на поражение ЖКТ и/или анамнезом (эзофагит, язвенная болезнь желудка и ДПК). Цели: выявить изменения слизистой пищевода, желудка и ДПК, оценить стадию и распространённость эрозивно-язвенного процесса, определить тактику ведения. Часто выявляет: **эрозивный эзофагит, эрозивно-язвенные гастрит и дуоденит, гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюксы.**

2.5 Иные диагностические исследования

Проводятся для дифференциальной диагностики с заболеваниями **печени, поджелудочной железы, онкопатологией, заболеваниями кишечника, бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем и другой патологией.**

2.5.1 Дифференциальная диагностика

Из-за **полиморфизма** инвазии дифференциальную диагностику проводят с широким кругом заболеваний: патология печени, поджелудочной железы, онкологические заболевания, болезни кишечника, бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем и другая патология. Подробные таблицы дифференциальной диагностики — в **Приложении А3.4.**

3. Лечение

Этиотропное лечение (дегельминтизация) назначается **только после подтверждения диагноза:**

- при **хроническом** описторхозе — **паразитологическое** подтверждение;
- **острый** описторхоз может быть подтверждён результатом **ИФА**.

Лечение проводится под наблюдением врача в **стационаре или дневном стационаре**.

Факторы, влияющие на тактику лечения: возраст пациента, характер сопутствующих заболеваний, клинические синдромы инвазии, характер течения, тяжесть процесса, наличие и характер осложнений.

3.1 Консервативное лечение

Консервативное лечение включает **3 этапа:**

1. **Подготовительный** (базисная патогенетическая терапия);
2. **Специфическая антигельминтная терапия;**
3. **Реабилитационный** (восстановительный).

Диетотерапия (диета № 5 по Певзнеру)

Основные принципы — защита слизистой верхних отделов ЖКТ от **механического, термического и химического воздействия:**

- приём пищи **каждые 3 часа**, без длительных перерывов;

- ограничение **животных жиров**, жареной пищи, **экстрактивных веществ** (*крепкие бульоны, возбуждающие секрецию*) — крепкие мясные и рыбные бульоны, копчёности, консервы;
- исключение пряностей, приправ, специй (лук, чеснок, перец, горчица), маринадов, газированной воды, пива, вина, шампанского, кофе, цитрусовых;
- приготовление: **варка, тушение, запекание, на пару**;
- после еды **1,5–2 часа** избегать наклонов и горизонтального положения;
- полезны: кисломолочные продукты (творог, кефир, йогурт невысокой жирности), каши (овсяная, гречневая), бананы, печёные яблоки, картофельное пюре, овощные супы, отварное нежирное мясо и рыба;
- **негазированная минеральная вода** в подогретом виде — **½ стакана 4 раза в день за полчаса до еды**;
- после завершения антигельминтной терапии питание расширяют до обычного рационального.

3.1.1 Подготовительная (базисная патогенетическая) терапия

Продолжительность — **10–14 дней**, в ряде случаев **до 3 недель** (амбулаторно или стационарно).

Задачи этапа:

- купирование аллергического и воспалительного процессов, клинических синдромов (гепатобилиарного, гастроэнтероколитического и др.);
- обеспечение **проходимости желчного и панкреатического протоков**;
- восстановление **моторно-кинетической функции** желчевыделительной системы.

Противоаллергические препараты (блокаторы **H₁-гистаминовых рецепторов**) — всем больным с аллергическим компонентом; назначаются для **повышения эффективности дренажа желчных протоков** (*аллергический отёк мешает освобождению протоков от паразитов*) — на подготовительном этапе, при специфической терапии и в реабилитации. При выраженном аллергическом синдроме и недостаточной эффективности перорального приёма — **парентеральное введение** антигистаминных средств или **системных кортикостероидов**.

Примеры дозировок (*справочно*):

- **Хлоропирамин** — в/в только в острых тяжёлых случаях под контролем врача; в/м взрослым **1–2 мл/сут**; детям: 1–12 мес. — **0,25 мл**, 1–6 лет — **0,5 мл**, 6–14 лет — **0,5–1 мл**;
- **Клемастин** — взрослым и детям старше 12 лет по **1 мг утром и вечером**, 6–12 лет — **½–1 таблетка**; курс **7–14 дней**;

- **Хифенадин** — взрослым **25–50 мг 3–4 раза в сутки** (максимум **200 мг/сут**); детям с 3 лет; курс **10–20 дней** (взрослые), **10–15 дней** (дети);
- **Лоратадин** — **10 мг 1 раз в сутки** (взрослым, подросткам старше 12 лет, детям старше 3 лет с массой более 30 кг); коррекция дозы при пожилом возрасте и ХПН не требуется; при тяжёлой печёночной недостаточности — **через сутки**;
- **Цетиризин** — взрослым **10 мг 1 раз в день**; детям от 6 мес. — **2,5 мг (5 капель) 1 раз в день**, от 1 года — по **2,5 мг 2 раза в день**, 6–12 лет — **10 мг**; курс **7–14 дней**;
- **Левосетиризин** — взрослым и детям старше 6 лет **5 мг/сут**, курс **7–14 дней**.

Прокинетики и препараты для желчевыводящих путей — пациентам с хроническим гастритом и диспепсией.

Спазмолитики при дискинезии ЖВП и дискинезии сфинктера Одди — с максимальной **селективностью** действия на ЖКТ и желчные пути:

- **Мебеверин** (*селективный миотропный спазмолитик, действует напрямую на гладкую мускулатуру; противопоказан детям до 12 лет*) — **200 мг 2 раза в день за 20 минут до еды**, курс **до 30 дней**;
- **Тримебутин** (*комбинированное действие через опиоидные рецепторы ЖКТ: спазмолитическое, прокинетическое,*

обезболивающее; только для взрослых) — **200 мг 3 раза в день** в течение месяца;

- **Гимекромон** (синтетический аналог умбеллиферона; действует селективно на сфинктер желчного протока и сфинктер Одди, улучшает отток желчи, снижает её литогенность) — детям с 7 лет **«по требованию»** по 200 мг 1–3 раза в сутки; взрослым **200–400 мг** при симптомах или курсом **200–400 мг 3 раза в день за полчаса до еды, 14–21 день**;
- **Дротаверин** (ингибитор фосфодиэстеразы, не обладает высокой селективностью), **пинаверия бромид** (блокатор кальциевых каналов гладкомышечных клеток; только взрослым).

Урсодезоксихолевая кислота (УДХК) — при билирубинемии, дискинезии ЖВП, холестазах; цель — **антихолестатическое и гепатопротективное** действие. При холестатическом компоненте: **500–1000 мг/сут на ночь, курс до 2–3 месяцев**. Снижает литогенность желчи, оказывает противовоспалительное действие на эпителий и мышечный слой желчных путей; можно сочетать с селективным спазмолитиком.

Гепатопротекторы — при цитолизе и внутрипечёночном холестазах, независимо от формы тяжести, для стабилизации клеточных мембран и улучшения тканевого обмена: **адеметионин** (противопоказан до 18 лет) — **5–12 мг/кг/сут в/в или в/м; поддерживающая терапия — 800–1600 мг/сут внутрь 2–4 недели**.

Комбинированные препараты растительного происхождения — со спазмолитическим, противовоспалительным и **холеретическим** (*усиливающим образование желчи*) действием: экстракты **артишока полевого**, кукурузные рыльца, шиповник, куркума. Контроль переносимости из-за возможного раздражающего действия на слизистую верхних отделов ЖКТ.

Лечебное дуоденальное зондирование / беззондовый тюбаж (*слепое зондирование*) — всем пациентам при отсутствии противопоказаний, для увеличения пассажа желчи и освобождения ЖВП: **5–7 процедур 1 раз в 2–3 дня**. Противопоказания: **желчнокаменная болезнь, холестаз, острый гепатит, обострение холецистита, эрозивно-язвенные процессы** в желудке и ДПК.

Антибактериальная терапия — только при присоединении бактериальных осложнений (холецистит, холангит и др.), по данным бактериологического исследования желчи. **Нельзя начинать лечение с антибиотиков** — снижается эффективность противопаразитарных препаратов.

3.1.2 Специфическая антигельминтная терапия

Празиквантел — препарат выбора для дегельминтизации:

- **взрослые: 75 мг/кг** массы тела, разделить на **3 дозы**; длительность **1–3 дня**;
- **дети старше 4 лет** (*противопоказан до 4 лет*): **75 мг/кг** на **3 дозы** с интервалом **4 часа**, длительность **1 день**;

- принимать с жидкостью во время или после еды;
- по рекомендациям ВОЗ (2021) в эндемичных районах: 25 мг/кг 3 раза в день 2–3 дня подряд — для всех подтверждённых и подозрительных случаев;
- механизм действия: действует на все формы описторхов, мало токсичен, вызывает спастический паралич мускулатуры паразитов; активен в отношении незрелых стадий, поэтому применим в ранние сроки острой стадии;
- противопоказания: гиперчувствительность, 1-й триместр беременности, кормление грудью; с осторожностью во 2–3-м триместрах.

Контроль эффективности лечения — через 3 и 6 месяцев после дегельминтизации. При обнаружении яиц в контрольных исследованиях — **повторный курс** противогельминтной терапии, не ранее чем через 6 месяцев после проведённого лечения.

3.1.3 Этап восстановительной терапии

После специфической терапии празиквантелом:

- **дуоденальное зондирование с анализом содержимого** (зондовое или беззондовое промывание) — для эвакуации описторхов;
- контроль стула — должен быть ежедневным (при необходимости — слабительные);
- комплекс реабилитационных мероприятий длительностью 2–4 недели: гепатопротекторы,

отвары **желчегонных трав** (до **2–3 месяцев**), при необходимости — **спазмолитики**, антихолестатические препараты и другие патогенетические средства.

Техника беззондового тюбажа: утром натощак выпить **200–300 мл минеральной воды** малой или средней минерализации («Боржоми», «Нарзан», «Ессентуки № 4» и др.), подогретой до **45–50 °С**; можно добавить сернокислую магнезию. Затем **лежать на правом боку 45–60 минут** с тёплой грелкой в области правого подреберья. Курс — **10–12 процедур 1 раз в 5–7 дней**. Противопоказания те же: желчнокаменная болезнь, холестаз, острый гепатит, обострение холецистита, эрозивно-язвенные процессы.

3.2 Иное лечение

Физические методы терапии на подготовительном и восстановительном этапах:

- **аналгетические (обезболивающие):** импульсная низкочастотная электротерапия, низкочастотное импульсное электромагнитное поле, низкочастотное импульсное электростатическое поле, амплипульстерапия, диадинамотерапия;
- **холекинетические (стимулирующие сокращение желчного пузыря и отток желчи):** питьевое лечение минеральными водами, беззондовый тюбаж, электростимуляция желчного пузыря и ЖВП, высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия.

Фитосредства на основе **экстракта коры осины** — для немедикаментозной реабилитации.

3.3 Хирургическое лечение

При развитии **осложнений**.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

- Реабилитационные мероприятия начинаются на **всех этапах** оказания медицинской помощи, всем пациентам.
- **Комплексный характер** восстановительных мероприятий с участием разных специалистов: гастроэнтеролог, аллерголог-иммунолог, дерматовенеролог и др. (по показаниям).
- **Последовательность и преемственность** мероприятий — непрерывность на этапах реабилитации и диспансеризации.
- **Адекватность** нагрузок адаптационным и резервным возможностям пациента *(постепенное возрастание методов воздействия)*.
- **Постоянный контроль эффективности** в процессе диспансерного наблюдения *(оценивают скорость и степень восстановления функционального состояния организма прямыми и косвенными методами)*.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Направления профилактики: предупреждение фекального загрязнения водоёмов,

предупреждение заражения людей и рыбацких животных, активное выявление и лечение больных.

Эпидемиологическое значение рыб: наибольшую роль играют карповые — **язь, елец, линь, красноперка, плотва, лещ**; заражённость их личинками описторхов достигает **60–100 %**.

Санитарно-просветительная работа — распространение информации о правилах кулинарной обработки рыбы: вяление, соление, холодное копчение, замораживание (*режимы — в Приложении А3.6*).

Обеззараживание рыбы при режимах замораживания:

Температура	Время
-40 °C	7 часов
-35 °C	14 часов
-28 °C	32 часа

Если такие режимы невозможны — рыба используется только после **горячей термической обработки** или стерилизации (консервы). Учитывая высокую устойчивость личинок трематод к холоду, замораживание при менее строгих режимах **не гарантирует** обеззараживания.

Кулинарная обработка:

- **варка** — порционными кусками **не менее 20 минут** с момента закипания; рыбные пельмени — **не менее 5 минут**;

- **жарка** — порционными кусками в жире **не менее 15 минут**; крупные куски до **100 г** в распластанном виде — **не менее 20 минут**; мелкую рыбу можно жарить целиком **15–20 минут**;
- **перед холодным копчением** — предварительное обеззараживание **посолом (2 недели, 2 кг соли на 10 кг рыбы)** или замораживанием (**–28 °С — 41 час** или **–35 °С — 10 часов**);
- **горячее копчение** — **+70–80 °С, 2–2,5 часа**.

Экстренное извещение — медицинские работники в течение **12 часов** направляют извещение по форме **№ 058/у** о каждом случае острого и хронического описторхоза в органы

Роспотребнадзора по месту выявления инвазированного.

Диспансерный учёт — все выявленные инвазированные ставятся на учёт в кабинетах инфекционных заболеваний или у терапевта / врача общей практики / педиатра, с заполнением **контрольной карты диспансерного наблюдения (форма № 030/У-04)**.

Контроль эффективности лечения — через **3, 6 и 12 месяцев** после дегельминтизации. **Критерии эффективности: три отрицательных** результата копроовоскопии **или** однократный отрицательный результат анализа **дуоденального содержимого**. Снятие с диспансерного учёта — после лечения и получения отрицательных результатов

лабораторного исследования биологического материала.

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь оказывается в виде:

- **первичной медико-санитарной;**
- **скорой**, в том числе скорой специализированной;
- **специализированной**, в том числе высокотехнологичной.

Специализированная помощь оказывается в условиях **стационара** (круглосуточное наблюдение) или **дневного стационара** врачами-инфекционистами и другими специалистами; включает профилактику, диагностику, лечение с использованием специальных методов и сложных технологий, а также медицинскую реабилитацию. Пациенты направляются врачом-терапевтом / врачом общей практики / педиатром, врачом-инфекционистом или медработником, выявившим описторхоз. При выявлении больного или подозрительных лиц медорганизации информируют территориальные органы санитарно-эпидемиологического надзора.

7. Факторы, влияющие на исход заболевания

Отрицательно влияют на исход, тяжесть и развитие осложнений:

- **позднее обращение** пациентов;
- **отсутствие лечения** противогельминтными препаратами;
- **неадекватные дозы и курсы** антигельминтных препаратов;
- **неправильные схемы** антигельминтной терапии;
- несоблюдение профилактических рекомендаций → **ре- и суперинвазия.**

Критерии качества медицинской помощи

Этап постановки диагноза:

1. **Общий осмотр** для выявления объективных признаков заболевания.
2. **Общий (клинический) анализ крови** развёрнутый.
3. **Биохимический анализ крови** (АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, глюкоза, амилаза).
4. **Микроскопия кала** методами обогащения и/или микроскопия дуоденального содержимого на яйца и личинки гельминтов.
5. **Определение антител** к *Opisthorchis felineus* в крови.
6. **УЗИ органов брюшной полости** (комплексное).

7. Рентгенография грудной клетки — при бронхообструкции, длительном кашле.
8. ЭГДС.

1-й этап лечебных мероприятий (амбулаторно / стационар / дневной стационар):

1. Терапия антигистаминными препаратами (при показаниях, без противопоказаний).
2. Терапия спазмолитиками (при отсутствии противопоказаний).
3. Антибактериальная терапия (при наличии показаний).

Антигельминтная терапия (стационар / дневной стационар):

1. Терапия специфическими антигельминтными препаратами (при отсутствии противопоказаний).
2. Общий (клинический) анализ крови развёрнутый.
3. Биохимический анализ крови (полный набор).
4. Слепое (беззондовое) дуоденальное зондирование — тюбаж (при отсутствии противопоказаний).

Этап диспансерного наблюдения:

1. Контрольное микроскопическое исследование кала методами обогащения и/или дуоденального содержимого **через 3 месяца** после лечения.

2. УЗИ органов брюшной полости всем пациентам — для исключения ЖКБ и осложнений описторхоза, по показаниям.

Приложение А3.1. Клинико-диагностические критерии описторхоза

Признак	Характеристика
Лихорадка	Наблюдается при остром описторхозе и манифестации хронической фазы. Уровень — от субфебрильной до фебрильной ; типы: постоянный, ремитирующий с переходом в субфебрилитет. Длительность — от 3–4 дней до нескольких недель
Интоксикационный синдром	Слабость, озноб, потливость, снижение аппетита
Миалгии, артралгии	Умеренно выражены; артралгии нередко летучего характера , возможны артриты
Экзантема	Полиморфизм : уртикарная, мелкоточечная, розеолезная, макулопапулезная; локализация — туловище и конечности. При остром описторхозе сыпь появляется в первую неделю , сохраняется 3–10 дней , затем исчезает

Признак	Характеристика
	бесследно. Высыпания возможны и в хронической фазе
Гепатобилиарный синдром	Боли, тяжесть в правом подреберье с иррадиацией в правую подключичную область или лопатку; боли тупые, ноющие, давящие, жгучие. Диспепсия (тошнота, рвота, изжога, дискомфорт в эпигастрии). Желтуха — от субиктеричности склер и слизистых до интенсивной, часто с кожным зудом. Объективно: болезненность, увеличение печени ; у части больных — положительные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси. Цитолитический синдром (повышение АЛТ, АСТ по тяжести), часто холестаза (повышение ГГТ, ЩФ), мезенхимально-воспалительный синдром
Гастроэнтероколитический синдром	Боли в эпигастрии, изжога, тошнота, рвота, диарея иногда со слизью, вздутие живота, урчание. Болезненность в <i>умбиликальной области (область пупка)</i> и при пальпации толстой кишки
Бронхолегочный синдром	Частый длительный непродуктивный кашель , бронхообструкция

Признак	Характеристика
	(« <i>атипичная бронхиальная астма</i> »). Эозинофильные инфильтраты в лёгких на 2–14 день болезни, чаще прикорневые, склонны к миграции, исчезают через 6–10 дней . Возможен экссудативный плеврит ; в экссудате и мокроте — эозинофилы до 20–30 %
Аллергический синдром	Острая фаза: тяжёлые токсико-аллергические проявления — крапивница, острый миокардит, отёк Квинке, синдромы Стивенса–Джонсона и Лайела на фоне гиперэозинофилии . Хроническая фаза: меняющаяся пищевая аллергия, кожный зуд, крапивница, рецидивирующий отёк Квинке, умеренная эозинофилия
Нервно-психические и астеновегетативные нарушения	Раздражительность, плаксивость, плохой и тревожный сон, снижение работоспособности, утомляемость, потливость, чувство жара, панические атаки . Синдромы: ипохондрический, депрессивный, психопатический, психоастенический

Приложение А3.2. Критерии оценки степени тяжести острого описторхоза

Признак	Лёгкая	Средняя	Тяжёлая
Лихорадка	до 38,0 °С	38,0–39,0 °С	более 39,0 °С
Длительность лихорадки	1–2 недели	2–3 недели	более 3 недель
Интоксикационн ый синдром	минимальны е проявления	умеренные	выраженные
Экзантема, аллергия	умеренная полиморфна я экзантема, кожный зуд	распространённ ые уртикарные высыпания	выраженные полиморфн ые высыпания, отёк Квинке
Диспепсия (тошнота, рвота, боль/жжение и переполнение в эпигастрии, дисфункция кишечника)	отсутствует или эпизодическ ая	умеренная	выраженная
Гепатомегалия	редко	может быть	отмечается
АЛТ и АСТ	до 3–5 норм	5–10 норм	более 10 норм

- дополнительные признаки: **снижение фракции опорожнения ЖП (< 40 %)** по данным УЗ-холецистографии или **билиосцинтиграфии** (*радионуклидного исследования желчевыводящих путей*); нормальная активность печёночных ферментов, амилазы/липазы, нормальный прямой билирубин.

Дискинезия билиарной порции сфинктера Одди (СО):

- характерная **билиарная боль**;
- повышение активности **печёночных ферментов** или **расширение желчного протока**;
- отсутствие камней и структурных изменений желчных протоков;
- дополнительные признаки: нормальная амилаза/липаза, характерные изменения по **билиосцинтиграфии и манометрии СО** (*измерение давления в сфинктере*).

Дискинезия панкреатической порции СО:

- атаки **панкреатита** в анамнезе: характерная панкреатическая боль, амилаза/липаза выше **3 норм**, признаки острого панкреатита при визуализации;
- **исключение других причин** панкреатита;
- отсутствие изменений по данным **эндо-УЗИ**;
- дополнительный признак: характерные изменения по **манометрии СО**.

Приложение А3.4.

Дифференциальная диагностика описторхоза

Полиморфизм и неспецифичность клиники затрудняют диагностику; диагноз — **комплексный**, на основе эпидемиологического анамнеза и клинико-лабораторных критериев с оценкой длительности инвазии и индивидуальных особенностей организма.

- **Гепатохолангитический вариант vs вирусные гепатиты:** при описторхозе — **эозинофилия на фоне лейкоцитоза**, интоксикация, экзантема, кожный зуд. **Желтушный период короче лихорадочного.** Характерны гипербилирубинемия, повышение aminотрансфераз и ЩФ, **положительный ИФА IgM на описторхоз, отрицательные ПЦР крови и ИФА на вирусные гепатиты.**
- **Тифоподобный вариант vs брюшной тиф:** при описторхозе — **острое начало**, гиперлейкоцитоз с высокой эозинофилией, **отрицательные** баканализы крови, желчи и фекалий на сальмонеллы.
- **Поражение лёгких vs пневмония:** инфильтраты имеют «летучий» (мигрирующий) характер, прикорневую локализацию, **резистентны к антибиотикам.** Описторхоз может провоцировать развитие **бронхиальной астмы** и других атопических заболеваний.

- **Гастроэнтероколитический вариант vs острые кишечные инфекции:** при описторхозе — **медленное развитие** симптоматики, преимущественное поражение **верхних отделов ЖКТ** с эрозивно-язвенным гастродуоденитом при тяжёлой форме, эозинофилия, IgM к антигенам описторхов (ИФА).
- **Трихинеллез vs острый описторхоз** (оба с *эозинофилией*): при трихинеллезе в эпиданамнезе — употребление мяса животных со смешанным питанием (барсук, свинья, медведь и др.); в клинике — выраженные **отёчный синдром и миалгии**. Окончательный диагноз: яйца описторхов в дуоденальном содержимом и кале, иммунологические реакции с **трихинеллезным антигеном**.
- **Лептоспироз:** наряду с желтухой и экзантемой — **миалгии, особенно икроножных мышц**, острое повреждение почек, геморрагический и менингеальный синдромы; лабораторное подтверждение лептоспироза.
- **Псевдотуберкулез:** многообразие клиники затрудняет разграничение с гепатохолангитическим и тифоподобным вариантами. Учитывают эпиданамнез, **выраженный диарейный синдром** при псевдотуберкулезе, **менее выраженную эозинофилию**, данные ПЦР и ИФА.
- **Хронический описторхоз** — дифференциальный диагноз с хроническими гепатитами, циррозом печени, опухолями,

системными заболеваниями соединительной ткани (ревматоидный артрит), хронической крапивницей, бронхиальной астмой и другими заболеваниями с длительным субфебрилитетом.

Приложение А3.5. Правила забора материала для лабораторного исследования

а) Дуоденальное содержимое. Обнаружение яиц затруднено из-за их **очень мелких размеров** и возможной низкой интенсивности инвазии.

Наиболее вероятно обнаружение яиц в желчи при дуоденальном зондировании; исследуют **все порции (А, В, С)** (*печёночную, пузырную и протоковую желчь*). Жидкость смешивают с равным количеством эфира, взбалтывают, **центрифугируют**; микроскопируют **осадок**.

б) Фекалии:

- **Метод нативного мазка** — самый простой, но при низкой интенсивности инвазии малоэффективен; при средней и высокой интенсивности — **44–63 %** эффективности.
- **Метод Като** (*толстый мазок под целлофаном*) — более информативен: слой неразбавленных фекалий на стекле спрессован под **целлофановой пластинкой, пропитанной глицерином**; при подсушивании тёплым воздухом слой просветляется, яйца приобретают чёткую видимость при малом увеличении.

- **Методы обогащения (седиментации)** — предпочтительны при **низкой интенсивности инвазии**; основаны на разнице удельных весов: яйца описторхов тяжелее раствора и **концентрируются в осадке**.
 - **Эфир-уксусный метод**: кал обрабатывают **10 % уксусной кислотой** и эфиром; уксусная кислота эмульгирует кал, эфир «выносит» обработанные частицы наверх, а яйца, будучи тяжелее воды, **оседают**. Диагностирует инвазию у **66 %** больных даже при малой интенсивности.
 - **Химико-седиментационный метод**: проба кала, эмульгированная **1 % уксусной кислотой**, наложена на раствор **азотистокислого натрия** и центрифугируется; реакция кислоты с натрием выделяет пузырьки газа, препятствующие осаждению кала, а **яйца целиком выпадают в осадок** с небольшим количеством клетчатки.

Подготовка к исследованию фекалий:

- исследование проводят **3-кратно**;
- за **5–6 дней** — подготовительная **диета без растительной клетчатки** (овощи, фрукты, хлебобулочные и макаронные изделия, каши);
- не употреблять **грибы, печень**, грубую клетчатку, не принимать **сорбенты**;
- после масляных клизм и приёма **бария** — должно пройти несколько суток;

- после антибиотиков широкого спектра и антибактериальных препаратов — собирать кал **спустя 7–10 дней** после окончания приёма;
- кал отбирают **из разных участков**, не менее **50 г**;
- при невозможности немедленного исследования — хранить при **0–4 °С** с консервантом в тёмном прохладном месте **до 2–3 недель**.

Ограничения метода: диагностика острого описторхоза гельминтоовоскопически затруднена — **яйцепродукция начинается не ранее 3-й недели** с момента инвазии, а при однократном заражении в очагах с низкой интенсивностью.

Примечание о снижении выявляемости: в последние годы наблюдается снижение интенсивности инвазии (причина неясна). При **высокой** интенсивности среда обитания паразитов насыщается продуктами обмена, которые **тормозят их рост** и задерживают развитие половых органов вплоть до атрофии — как следствие, возможно **незначительное выделение яиц**.

Приложение А3.6. Анкета для оценки знаний по профилактике описторхоза

Анонимная открытая анкета (*ответы свободные, для улучшения профилактической работы*).

Основные вопросы:

1. Постоянное или временное проживание в данной местности.

2. Занимается ли человек рыбалкой.
3. Профессия.
4. Что такое описторхоз?
5. Источник информации о заболевании (знакомые, медработники, газета, санбюллетень, брошюра, лекция, радио, беседа).
6. От каких видов рыб можно заразиться?
7. Сколько времени варят и жарят рыбу в семье; в каком виде жарят.
8. Сколько времени солят рыбу.
9. Количество соли на 1 кг рыбы.
10. Сколько времени вялят рыбу.
11. Употребление малосолёной рыбы карповых (и почему).
12. Употребление «строганины» из этих рыб (и почему).
13. Можно ли есть сырую рыбу карповых?
14. Если да, то в каких случаях.
15. Болел ли описторхозом, когда.
16. Лечился ли; если нет — почему.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Представлены в виде схемы-алгоритма диагностики и ведения пациента *(в исходном документе — изображение блок-схемы: от жалоб*

и эпиданамнеза через обследование к диагнозу и лечению).

Приложение В. Информация для пациента

Суть заболевания: описторхоз — паразитарное заболевание человека и рыбоядных животных, вызываемое *Opisthorchis felineus*; характеризуется **длительным течением** и преимущественным поражением **печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы**. Одно из самых опасных и распространённых паразитарных заболеваний, передающихся через рыбу; эндемичен в бассейнах **Оби, Иртыша, Волги, Камы, Днепра. Обь-Иртышский бассейн** — территория с самой высокой интенсивностью инвазии в России.

Как происходит заражение: при употреблении **недостаточно обеззараженной рыбы карповых** (язь, елец, лещ, сазан, вобла, чебак, карась, линь и др.), содержащей личинки описторхов. Паразит сохраняет жизнеспособность в организме человека **до 20 лет и более**. Гельминты **не размножаются** в организме человека, но выделяют большое количество яиц. **Не передаётся** при контакте с больными людьми и животными: для продолжения цикла яйца с фекалиями должны попасть в пресный водоём, где их заглатывают **моллюски рода битинии** — в них формируются личинки, которые выходят в воду и внедряются в тело карповых рыб.

Чем опасен описторхоз: заболевания печени, поджелудочной железы, аллергические реакции (высыпания, отёк Квинке, ринит,

бронхообструкция), **анемия, аритмии, панические атаки**. На фоне ослабления иммунного ответа тяжелее протекают **бронхиальная астма, сахарный диабет** и другие болезни, чаще присоединяются вирусные и бактериальные инфекции. При длительном течении — угроза **кист и опухолей** печени и поджелудочной железы.

Стадии: острая и хроническая (часто **латентная**). На эндемичных территориях инвазия нередко протекает **бессимптомно** — при частом употреблении рыбы и иммунологической толерантности. Симптомы многообразны и **маскируются под другие болезни** — отсюда обращения к терапевтам, аллергологам, пульмонологам, кардиологам и др.

Диагностика: по клинической картине затруднена — нет признаков, характерных только для описторхоза. **Диагноз устанавливается только лабораторно:** обнаружение **яиц в кале и/или желчи**; рекомендуется **не менее трёхкратного** исследования фекалий. **ИФА крови не является основанием** для начала специфического лечения.

Лечение: проводят инфекционисты, терапевты, гастроэнтерологи с учётом индивидуального течения.

Профилактика — правила обработки рыбы:

- **варить** порционными кусками **не менее 20 минут**, рыбные пельмени — **не менее 5–8 минут** с момента закипания;
- **жарить** порционными кусками в достаточном количестве жира **не менее 15 минут**; крупные

куски **до 100 г** в распластанном виде — **не менее 20 минут**; мелкую рыбу — целиком **15–20 минут** под крышкой;

- **перед холодным копчением** — посол (**2 недели, 2 кг соли на 10 кг рыбы**) или замораживание (**–28 °С — 41 час, –35 °С — 10 часов**); горячее копчение более высокими температурами **не гарантирует** уничтожение личинок;
- обрабатывать **кухонный инвентарь** (разделочные доски, ножи), тщательно **мыть руки** после разделки; использовать инвентарь **раздельно** для сырой и готовой пищи.

Рыбы карповых, в которых паразитируют личинки описторхов: азиатско-черноморская тарань, амурский чебак, верховка, верхогляд, голавль, голянь, горный елец (алтайский осман), дальневосточная красноперка (угрей), елецы, жерех, желтощёк, карась, каспийская вобла, лещ, линь, маринка, осман, подуст, пескарь, плотва, сазан, уклейка, усачи, шемая, чебак (сорога), храмуля, язь.

Санитарное просвещение: научно-популярные фильмы, лекции на радио и ТВ, статьи в местной печати о цикле развития описторхиса, факторах передачи и мерах профилактики; плакаты, брошюры, листовки, бюллетени. Самая эффективная форма — **индивидуальные беседы и беседы в семьях.**

Приложение Г1. Шкала METAVIR

Название: шкала оценки степени фиброза печени METAVIR (*om meta-analysis of histological data in viral hepatitis*).

Тип: шкала оценки.

Назначение: определение выраженности воспаления и **стадии фиброза печени**.

Степени фиброза:

- **F0** — отсутствие фиброза;
- **F1** — фиброз без септ (*звёздчатое расширение портальных трактов*);
- **F2** — фиброз с **единичными септами**;
- **F3** — фиброз с **множественными септами** без цирроза;
- **F4** — фиброз с множественными септами с **циррозом**.

Интерпретация: гистологическая оценка по METAVIR проводится в образцах ткани, полученных при **пункционной биопсии печени**; шкала от **F0 до F4**.
