

Некоммерческое партнерство  
«Национальное научное общество инфекционистов»

## **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **ОПИСТОРХОЗ У ВЗРОСЛЫХ**

*Утверждены решением  
Пленума правления Национального научного  
общества инфекционистов  
30 октября 2014 года*

**2014**

**«Описторхоз у взрослых»  
Клинические рекомендации**

**Рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией Минздрава России по специальности "инфекционные болезни" на заседании 8 октября 2014 года**

**Члены Профильной комиссии:**

Шестакова И.В. (г. Москва), Малышев Н.А. (г. Москва), Лебедев В.В. (Южный Федеральный округ), Сологуб Т.В. (Северо-Западный федеральный округ), Агафонов В.М. (Архангельская область), Авдеева М.Г. (г. Краснодар), Александров И.В. (Новгородская область), Альбогачиева Э.И. (Республика Ингушетия), Амбалов Ю.М. (г. Ростов-на-Дону), Аршба Т.Е. (Астраханская область), Афиногенова Л.А. (Республика Бурятия), Баташева И.И. (Ростовская область), Беляева Н.М. (г. Москва), Берова Р.М. (Республика Кабардино-Балкария), Блохина Н.П. (г. Москва), Бородкина О.Д. (Кемеровская область), Валишин Д.А. (Республика Башкортостан), Веселова Е.В. (Забайкальский край), Волчкова Е.В. (г. Москва), Городин В.Н. (Краснодарский край), Давудова И.В. (Камчатский край), Дагаева Р.М. (Чеченская Республика), Девянин О.А. (Курская область), Дегтярева А.А. (Республика Крым), Дьяченко И.И. (Удмуртская Республика), Емельянова О.Н. (Еврейская автономная область), Ермолова Л.А. (г. Ростов-на-Дону), Ефимов С.В. (Чувашская Республика), Жаров М.А. (г. Майкоп), Жданов К.В. (г. Санкт-Петербург), Збровская Н.М. (Республика Карелия), Зиньковская С.В. (Чукотский автономный округ), Зубаров П.Г. (Нижегородская область), Иванов И.Б. (Калининградская область), Иванова М.Р. (Республика Кабардино-Балкария), Имкенова Л.Н. (Республика Калмыкия), Иоанниди Е.А. (Волгоградская область), Каримов И.З. (Республика Крым, г. Симферополь), Катков В.В. (Республика Коми), Катаныхова Л.Л. (Ханты-Мансийский автономный округ - Югра), Катырин В.И. (Орловская область), Кашуба Э.А. (Уральский Федеральный округ), Киселева Л.М. (г. Ульяновск), Ковширина Ю.В. (Томская область), Кожевникова Г.М. (г. Москва), Козлова В.И. (Рязанская область), Корочкина О.В. (Приволжский федеральный округ), Коссобудский М.Ю. (Мурманская область), Кравченко И.Э. (Республика Татарстан), Кузнецова А.В. (Хабаровский край), Кузьменко Е.В. (Магаданская область), Куприянова А.В. (г. Севастополь), Кушакова Т.А. (Республика Марий Эл), Латышева И.Б. (Ленинградская область), Малеев В.В. (г. Москва), Мануева Я.Н. (Тверская область), Мартынов В.А. (г. Рязань), Масалев В.В. (Пермский край), Мельцова И.Д. (Республика Карачаево-Черкессия), Микушева Е.А. (Ненецкий автономный округ), Миронова Н.И. (Саратовская область), Михеева Р.Л. (Белгородская область), Молочный В.П. (Дальневосточный Федеральный округ), Монастырский А.А. (Воронежская область), Морозов Е.Н. (г. Москва), Намитоков Х.А. (Республика Адыгея), Наумова Л.М. (г. Пермь), Никифоров В.В. (г. Москва), Нурмухаметова Е.А. (г. Москва), Орлов М.Д. (Тюменская область), Отараева Б.И. (г. Владикавказ), Павелкина В.Ф. (Республика Мордовия), Пантюхова Р.А. (Тульская область), Платко Г.П. (Республика Хакасия), Подгорочная Т.Н. (Вологодская область), Позднякова Л.Л. (Новосибирская область), Притулина Ю.Г. (г. Воронеж), Прусс В.Ф. (Оренбургская область), Пшеничная Н.Ю. (г. Ростов-на-Дону), Рау Н.Ю. (Республика Алтай), Рахманова А.Г. (г. Санкт-Петербург), Савинова Г.А. (Ульяновская область), Сагалова О.И. (Челябинская область), Санникова И.В. (Ставропольский край), Сарыглар А.А. (Республика Тыва), Сафонов А.Д. (Омская область), Сивачева И.Л. (Псковская область), Симакова А.И. (Приморский край), Ситников И.Г. (г. Ярославль), Слепцова С.С. (Республика Саха (Якутия), Суздальцев А.А. (Самарская область), Таланова Н.М. (Костромская область), Тихомолова Е.Г. (Кировская область), Тихонова Е.П. (Красноярский край), Тихонова Н.Н. (Республика Саха (Якутия), Томилка Г.С. (Хабаровский

край), Трагира И.Н. (Брянская область), Тхакушинова Н.Х. (Краснодарский край), Федорищев В.В. (Ямало-Ненецкий автономный округ), Фомина Т.В. (Курганская область), Хабудаев В.А. (Иркутская область), Чернова Т.Ф. (Пензенская область), Чесноков А.Т. (Липецкая область), Шевченко В.В. (Алтайский край), Шипилов М.В. (Смоленская область), Шошин А.А. (Ярославская область), Штундер И.П. (Калужская область), Эсауленко Е.В. (г. Санкт-Петербург), Ющук Н.Д. (г. Москва), Якушева Г.М. (Сахалинская область).

**Утверждены решением Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года.**

**Члены Правления Некоммерческого партнерства "Национальное научное общество инфекционистов":**

Покровский В.И., Аитов К.А., Покровский В.В., Волжанин В.М., Беляева Н.М., Шестакова И.В., Анохин В.А., Сологуб Т.В., Кожевникова Г. М., Лебедев В.В., Ситников И.Г., Малышев Н.А., Горелов А.В., Учайкин В.Ф.

Приглашенные лица: Усенко Д.В., Феклисова Л.В., Мартынов В.А.

## Предисловие

Разработан:	Коллективом авторов ГБУЗ Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница №1», кафедры инфекционных болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России, кафедры инфекционных болезней "Иркутский государственный медицинский университет" Минздрава РФ
Внесен:	ГБУЗ Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница №1»
Принят и введен в действие:	Утвержден на заседании Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года
Введен впервые:	2015 г.
Отредактирован:	

### Код протокола

91500.	11.	В 66.0	01	-	2014	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
В66.0	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от А00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования
01	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2014	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся протоколов происходит таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих протоколов лечения больных. Порядковое значение этих кодов достаточно для проведения разработки и добавления новых протоколов и пересмотра существующих.

## Содержание

1	Область применения	8
2	Термины, определения и сокращения	8
3	Нормативные ссылки	9
4	Общие положения	11
4.1	Определение и понятия	14
4.2	Этиология и патогенез	15
4.3	Клиническая картина и классификация	19
4.4	Общие подходы к диагностике	24
4.5	Клиническая дифференциальная диагностика описторхоза	25
4.6	Эпидемиологическая диагностика	26
4.7	Лабораторная диагностика	26
4.8	Инструментальная диагностика	27
4.9	Специальная диагностика	27
4.10	Обоснование и формулировка диагноза	29
4.11	Лечение	29
4.11.1	Общие подходы к лечению описторхоза	29
4.11.2	Методы лечения	29
4.11.3	Тактика лечения	30
4.12	Реабилитация	33
4.13	Диспансерное наблюдение	34
4.14	Общие подходы к профилактике	34
4.15	Организация оказания медицинской помощи больным описторхозом	35
5	Характеристика требований	36
5.1	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь)	36
5.1.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	36
5.1.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	36
5.1.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	36
5.1.4	Лечение в амбулаторных условиях	37
5.1.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях	38
5.1.6	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	38
5.1.7	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	38
5.2	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь)	38
5.2.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	38
5.2.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	39
5.2.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	39
5.2.4	Лечение в амбулаторных условиях	40
5.2.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях	41
5.2.6	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	41
5.2.7	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	41

5.3	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь)	41
5.3.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	41
5.3.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	42
5.3.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	44
5.3.4	Требования к лечению в условиях стационара	45
5.3.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в стационарных условиях	45
5.3.6	Требование к лекарственной помощи в стационарных условиях	45
5.3.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	48
5.3.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	48
5.3.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	48
5.3.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	48
5.3.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	48
5.3.12	Возможные исходы и их характеристика	49
6	Графическое, схематическое представления протокола лечения больных	49
7	Мониторинг протокола лечения больных	49
8	Экспертиза проекта протокола лечения больных	49
9	Приложения	50
10	Библиография	51

## Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Описторхоз у взрослых» разработаны:

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Позднякова Лариса Леонидовна	Главный инфекционист Новосибирской области, главный врач ГБУЗ Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница №1», кандидат медицинских наук	630099 г. Новосибирск Ул. Семьи Шамшиных, 40	+7(383)218-19-47
Краснова Елена Игоревна	Заведующая кафедрой инфекционных болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук	630091 г. Новосибирск ул. Красный проспект, 52	+7(383) 218-19-95
Кузнецова Вера Гавриловна	Доцент кафедры инфекционных болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России, доктор медицинских наук	630091 г. Новосибирск ул. Красный проспект, 52	+7(383) 218-19-95
Малов Игорь Владимирович	Ректор ГБОУ ВПО "Иркутский государственный медицинский университет" Минздрава РФ, заведующий кафедрой инфекционных болезней, профессор, доктор медицинских наук	664003 г. Иркутск ул. Красного восстания, 1	+7(3952) 24-38-25

Шестакова Ирина Викторовна	Главный внештатный специалист по инфекционным болезням Минздрава РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России	105275, г. Москва, 8-я ул. Соколиной горы, д. 15, корп. АБК	+7(495)365-60-39
----------------------------	---	---	------------------

## 1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) "Описторхоз у взрослых" предназначены для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

## 2. Нормативные ссылки

В Клинических рекомендациях (протоколе лечения) использованы ссылки на следующие документы:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Приказ Минздравсоцразвития России от 31 января 2012г. №69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях», зарегистрирован в Минюсте РФ 4 апреля 2012г., регистрационный №23726;

Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;

Приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г., регистрационный №18247;

## 3. Термины, определения и сокращения

В документе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины, определения и сокращения:

Клинические рекомендации (протокол лечения)	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
---	---



Модель пациента	Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи.
Нозологическая форма	Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
Основное заболевание	Заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.
Сопутствующее заболевание	Заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
Тяжесть заболевания или состояния	критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.
Исходы заболеваний	Медицинские и биологические последствия заболевания.
Последствия (результаты)	Исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.
Клиническая ситуация	Случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.
Синдром	Состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.
Симптом	Любой признак болезни, доступный для определению независимо от метода, который для этого применялся
Пациент	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
Медицинское вмешательство	Выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
Медицинская услуга	Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов лечения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их

	назначения.
В тексте документа используются следующие сокращения:	
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ПМУ	Простая медицинская услуга
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ФЗ	Федеральный закон

#### 4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) "Описторхоз у взрослых" разработан для решения следующих задач:

- ▲ проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
- ▲ установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики описторхоза;
- ▲ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным описторхозом;
- ▲ обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;
- ▲ разработка стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;
- ▲ обоснования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;
- ▲ проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
- ▲ выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- ▲ защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения настоящего протокола лечения больных описторхозом - медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

#### **Методология**

#### **Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:**

поиск в электронных базах данных.

#### **Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств**

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку ([www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)). Глубина поиска составляла 5 лет.

#### **Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств**

- ^ Консенсус экспертов;
- ^ Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

**Методы, использованные для анализа доказательств**

- ▲ Обзоры опубликованных мета-анализов;
- ▲ Систематические обзоры с таблицами доказательств.

**Описание методов, использованных для анализа доказательств**

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

**Таблицы доказательств**

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

## Методы, использованные для формулирования рекомендаций

консенсус экспертов.

Таблица 2

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
<b>C</b>	группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства , из исследований, оцененных, как 2+

### Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs)

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

### Экономический анализ

При наличии отечественных данных по эффективности затрат на анализируемые вмешательства в рекомендованных для селекции/сбора доказательств базах данных, они учитывались при принятии решения о возможности рекомендовать их использование в клинической практике.

### Метод валидации рекомендаций

- ▲ внешняя экспертная оценка;
- ▲ внутренняя экспертная оценка.

### Описание метода валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив

пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

### **Консультация и экспертная оценка**

Предварительный вариант клинических рекомендаций был представлен для дискуссии в предварительной версии на VI Ежегодном Всероссийском Конгрессе по инфекционным болезням – 24-26 марта 2014 года и на заседании Профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» Минздрава РФ 8 октября 2014 г. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте Национального Научного Общества Инфекционистов (<http://nnoi.ru>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

### **Рабочая группа**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

### **Основные рекомендации**

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

### **Ведение клинических рекомендаций (протокола лечения)**

Ведение клинических рекомендаций (протокола лечения) «Описторхоз у взрослых» осуществляется Государственным бюджетным учреждением Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница №1».

Система ведения предусматривает взаимодействие Государственным бюджетным учреждением Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница №1» со всеми заинтересованными организациями.

## **4.1 Определение и понятия**

**Описторхоз** (B66.0 по МКБ-10) - зооантропонозный природно-очаговый биогельминтоз из группы трематодозов, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, преимущественно поражающий гепатобилиарную систему и поджелудочную железу, возбудителями которого являются *Opisthorchis felinus* и *Opisthorchis viverrini*. Путь передачи - пищевой, фактор передачи - рыба семейства карповых (сырая, малосоленая, вяленая, недостаточно термически обработанная). В острой стадии протекает с общими аллергическими явлениями, иногда с поражением внутренних органов, в хронической — с симптомами поражения билиарной системы, гастродуоденитом, панкреатитом.

## 4.2 Этиология и патогенез

Описторхоз — природно-очаговая инвазия. Возбудителями описторхоза являются около трех десятков видов рода *Opisthorchis* (семейство *Opisthorchidae*, отряд *Fasciolata*, класс *Trematoda* - сосальщики, тип *Plathelminthes* [*Platodes*] - плоские черви, надтип *Scolecida* - низшие черви).

Возбудителями описторхоза у человека служат три вида:

- *O. felinus* - приурочен к речным системам, занимающим пространство от бассейна р.Оби (по последним данным - р.Ангара) до западной оконечности Европы;
- *O. felinus arvicola* - бассейн р. Шидерты в Казахстане;
- *O. viverrini* - охватывает страны Южной и Юго-Восточной Азии (в Таиланде поражено 80% населения).

Половозрелые описторхи паразитируют в желчных протоках печени (100%), желчном пузыре (60%) и протоках поджелудочной железы (36%), где питаются выделениями слизистых оболочек, эпителиальными клетками, кровью и различными секретами.

Описторхоз, вызываемый *O. felinus* (кошачьей двуусткой), широко распространен в нашей стране. Наиболее крупная эндемичная территория находится в Западной Сибири (бассейн Оби и Иртыша).

Возбудитель описторхоза обнаружен Rivolta в 1884 году у кошек в г. Пизе и назван *Opisthorchis* (*Distomum*) *felinus* (описторхис кошачий).

Среди населения Западной Сибири было известно заболевание под названием «обской болезни». В 1891 году профессор Томского университета К.Н. Виноградов при вскрытии трупа обнаружил неизвестную трематоду. В желчи были обнаружены яйца, похожие на яйца ланцетовидной двуустки, а затем и сам паразит в мелком печеночном протоке. К. Н. Виноградов подробно описал его и назвал сибирской двуусткой (*Distomum sibiricum*). Это и был возбудитель обской болезни. Прозектор Томского университета А.А.Кулябко нашел точно такого же паразита в печени кошки.

После открытия К.Н. Виноградовым случаи описторхоза у человека начали описывать и зарубежные авторы во многих странах: Италии, Германии, Голландии, Франции, Болгарии и др. странах.

Изучение описторхоза началось в 1929 году после публикации сообщения о 100 больных описторхозом, «прошедших» за 6 месяцев через Тобольскую больницу, что послужило основанием для организации специальных гельминтологических экспедиций под руководством К.И.Скрябина в бассейн Оби и Иртыша, которые обнаружили на этой территории крупнейший очаг описторхоза.

Сейчас известно, что из 89 административных территорий РФ в 23 (25,8%) регистрируются случаи описторхоза у человека и имеются условия для его существования в природе (эндемичные территории). В целом случаи заболевания людей описторхозом местного или привозного происхождения зарегистрированы на 87,6% административных территорий России.

Самые западные очаги описторхоза – Днестровский и Неманский, расположены на территории Молдовы, Западной Украины, Литвы и Белоруссии. Они сравнительно небольшие по площади, слабой интенсивности. Пораженность населения в них колеблется от долей процента до 10 %.

Далее Днепровский очаг (бассейн Днепра и его притоков) – он больше по площади и более интенсивен. Пораженность людей в нем тоже сильно колеблется, однако достигает на отдельных территориях (Сумская обл.) 20-40%.

Волжский очаг (бассейн Волги с ее многочисленными притоками) – обширный, но не очень интенсивный, однако, на отдельных территориях, например, в некоторых территориях Татарстана, пораженность населения может достигать 20-30%.



Долгое время считалось, что описторхоз вдоль русла Волги распространен более или менее равномерно, однако сейчас стало ясно, что это не совсем так. Дело в том, что кроме описторхоза в бассейне Волги встречается паразитарное заболевание псевдамфистомоз, возбудитель которого (*Pseudamphistomum truncatum*) очень похож на *O. felineus*, но мы до сих пор не знаем, сколько же в этом громадном речном бассейне «того и другого» и чего больше.

В бассейне Северной Двины расположен небольшой Северо-Двинский очаг, где пораженность населения колеблется от 1 до 10-15%.

Есть очаги описторхоза в бассейне р. Урал, также средней интенсивности.

И, наконец, самый мощный в России и в мире Обской очаг, расположенный в бассейне рек Оби и Иртыша на территориях 12 областей и округов Западной Сибири и Казахстана. Он настолько обширен, что паразитологи до сих пор спорят о том, что собственно, он собой представляет, единый ли это «сливной очаг», некая «очаговая территория», группа более или менее соприкасающихся по притокам очагов со «сливной зоной» вдоль русла Оби, или что-то иное. В этом очаге имеются природные предпосылки, обеспечивающие высокую зараженность рыбы. Это – особенности ландшафта (Западно-Сибирская низменность) и гидрологического режима Оби и Иртыша (неравномерное таяние льдов от верховий к низовьям, длительный паводок, широкая пойма, долгое стояние воды вне русла, хороший ее прогрев и др.), что создает оптимальные условия для размножения моллюсков рода *Codiella* и рыб семейства карповых, играющих основную роль в существовании описторхиса. Имеет значение обилие такой условно годной рыбы в рационе населения и отсутствие у него знаний о правилах обработки рыбы, гарантирующих ее обеззараживание.

Самым восточным в России является сравнительно небольшой Иркутский очаг в бассейне р. Бирюсы.

### **Цикл развития *O. felineus***

Строение описторхисов, как и всех сосальщиков, довольно сложное. *O. felineus* – плоский гельминт ланцетовидной формы. Длина его 4-20 мм и ширина - 1-4 мм. Плоское тело описторхиса покрыто кожно-мышечным мешком, не имеет полости и все внутренние органы размещены в рыхлой массе паренхиматозных клеток. Описторхис имеет 2 присоски (ротовую и брюшную), с помощью которых прикрепляется к тканям внутренних органов хозяина. Описторхис не имеет кровеносной системы и органов дыхания, а органы выделения и нервная система примитивны. Пищей для описторхисов служат эпителиальные клетки протоков печени и поджелудочной железы и кровь. Описторхисы - гермафродиты, имеют и женскую, и мужскую половые системы. Половозрелые описторхисы выделяют до 900 яиц в сутки.

Яйца описторхиса выживают в почве до месяца, в фекальных массах в туалетах — более 7 месяцев, на снегу при температуре  $-6^{\circ}$  -  $-8^{\circ}\text{C}$  до 3 сут., в воде пресных водоемов – 15 месяцев (два летних сезона).

Яйца описторхисов с уже сформированными личинками выделяются с фекалиями во внешнюю среду, и дальнейшее развитие происходит в пресноводных водоемах, где обитает их промежуточный хозяин - пресноводный моллюск *Codiella inflata* и *Codiella troschelli*. Моллюск с пищей заглатывает яйцо, из которого выходят мирацидии, превращающиеся в спороцисту, затем в редию и, наконец, в хвостатую личинку - церкария. Выход церкарий из моллюсков происходит при температуре воды не ниже  $+20^{\circ}\text{C}$ , за день из одного моллюска может выйти до 3,5 тыс. церкарий. Продолжительность жизни свободноплавающих церкарий не превышает 60 ч, период их активности значительно короче.

Церкарий покидает тело моллюска и выходит в водоем, где в силу хемо- и фототаксиса прикрепляется к телу своего дополнительного хозяина - рыбы семейства карповых. Известно, что слизь, покрывающая тело рыб разных семейств, отличается по химическому составу. На теле церкарий есть чувствительные волоски, которые реагируют только на химический состав слизи, покрывающей тело рыб семейства карповых, что

обеспечивает личинке "узнавание" нужного ей вида рыб. Это биологическое явление называется положительным хемотаксисом и является эволюционно сложившимся механизмом, поэтому внедрение церкарии в рыбу других семейств исключено.

К рыбе семейства карповых относится 23 вида рыб, из которых ведущее значение имеют язь, лещ, карп, чебак, елец, линь, красноперка, сазан, пескарь и др.

Церкарии проникают через кожные покровы рыбы в мышечную и соединительную ткань (в основном спинной части) и превращаются в метацеркарий, которые окружены двухслойной оболочкой, и через 6 недель достигают инвазионной стадии.

Сведения о продолжительности жизни метацеркарии в рыбе скудны и противоречивы. По данным разных авторов, она варьирует от 1 года до 8 лет и более. Максимальное число метацеркарий в старших возрастных группах язей может достигать 20-30 тыс. в одной особи.

В организм окончательного хозяина- человека и животных – метацеркарии описторхисов попадают при употреблении в пищу инвазированной, необезвреженной рыбы. В желудке происходит переваривание наружной капсулы метацеркариев, а под действием дуоденального сока метацеркарии освобождаются от своей внутренней оболочки и через ампулу дуоденального сосочка мигрируют в общий желчный проток и внутривенные желчные протоки. У 20-40% зараженных лиц описторхисы также обнаруживаются и в протоках поджелудочной железы, куда они проникают по вирсунгову протоку.

Проникшие в гепатобилиарную систему и поджелудочную железу метацеркарии через 3-4 нед. достигают половой зрелости и начинают продуцировать яйца. Число паразитов у одного человека может быть от единиц до десятков тысяч. Весь цикл развития описторхиса от яйца до половозрелой стадии занимает 4-4,5 мес.

Круг дефинитивных хозяев паразита широк и насчитывает 34 вида рыбоядных млекопитающих. Из домашних животных это кошка, собака, свинья, из диких – лисица, волк, корсак, песец, бурый медведь, горностай, соболь, россомаха, хорь, бобр и др.

Особенно велика эпидемиологическая роль околородных животных: водяная полевка, норка, выдра, ондатра.

## **Патогенез**

Описторхоз относится к гельминтозам длительного течения и в условиях естественного течения инвазии описторхисами не наблюдается самопроизвольного освобождения от гельминтов, т.к. в процессе эволюции сложились такие отношения в системе защиты организма хозяина и в системах защиты и агрессии паразита, которые обеспечивают возможность их длительного сосуществования. Развитие органной патологии при описторхозе многофакторно, но главное - от уровня и характера формирования иммунного ответа на инвазию зависит степень патологических изменений в организме человека.

В патогенезе описторхоза, как и многих других гельминтозов, прослеживается 2 фазы: ранняя и поздняя. Ранняя фаза или острый описторхоз длится от нескольких дней до 4-8 и более недель и связана с проникновением личинок (эксцистированных метацеркариев) паразита в гепатобилиарную систему и поджелудочную железу. Поздняя (хроническая) фаза или хронический описторхоз продолжается многие годы. В патогенезе хронической фазы описторхоза большую роль играют повторные заражения с обострением воспалительного процесса, фиброзом билиарных путей, поджелудочной железы, дистрофией паренхимы печени, ДЖВП, холестазом.

Можно выделить основные механизмы патогенеза описторхоза: механическое воздействие на ткани хозяина, рефлекторный механизм, иммунологические и иммунопатологические реакции, токсическое воздействие продуктов метаболизма описторхисов, вторично-инфекционный фактор

Проникшие в билиарный тракт и панкреатические протоки метацеркарии

описторхисов повреждают их стенки, отрывая эпителий желчных протоков, которым они питаются, чем определяется развитие множественных кровотокающих эрозий. Описторхисы стимулируют бурную регенеративно-гиперпластическую реакцию эпителия. Это эволюционно сформировавшееся качество описторхисов, направленное на создание оптимальных условий для их жизнедеятельности и поддержание вида. Описторхисы ускоренной пролиферацией обеспечивают необходимую для их питания биомассу холангиоцитов. Скопление в желчных и панкреатических протоках гельминтов, их яиц, слизи, слущенного эпителия создает препятствие для оттока желчи и секрета, что способствует развитию пролиферативного холангита и каналикулита поджелудочной железы, сопровождающихся различной степенью фиброза этих органов.

Механическое раздражение стенок желчных протоков печени и панкреатических протоков приводит к развитию патологических висцеро-висцеральных рефлексов, ведущих к нарушению моторной и секреторной функции органов желудочно-кишечного тракта.

Но механизмы пролиферативных разрастаний эпителия желчных протоков нельзя связать только с позиций механического воздействия паразита на слизистую оболочку. Пролиферативно-гиперпластические разрастания эпителия отмечаются не только во внутрипеченочных желчных протоках, но и в тех мелких протоках, которые не содержат паразитов, и в органах, не являющихся местом даже временного обитания гельминтов (например, в желудке). В основе данного процесса лежат иммунные клеточные реакции.

Пролиферативные процессы в желчных протоках, а также сами гельминты, слизь, слущенный эпителий, создают условия для развития желчной гипертензии, способствуют формированию ДЖВП, стазу желчи, созданию благоприятных условий для развития вторичной инфекции (кишечная палочка, стафилококки, дрожжеподобные грибки и различные микробные ассоциации).

Альтеративные изменения в органах локализации и других органах обусловлены и влиянием продуктов метаболизма описторхисов (СЭ антигены), которые преодолевают эпителиальный барьер и поступают в кровеносное русло, оказывая токсическое воздействие на организм человека.

Но в патогенезе описторхоза ведущую роль играют иммунологические реакции с немедленным и замедленным типом иммунных реакций и иммунопатологические реакции, в которые вовлекаются все системы организма, и они все в совокупности и взаимообусловленности определяют характер гельминтоза в виде острой и хронической фаз заболевания с различными проявлениями болезни. От уровня и характера формирования иммунного ответа на инвазию зависит степень патологических изменений в организме человека.

С первых часов попадания личинок в организме начинается процесс иммуногенеза, протекающий по общим законам с включением клеточных и гуморальных механизмов иммунитета.

В ответ на поступление описторхозных антигенов происходит образование различного типа антител, относящихся к классам Ig M и Ig G, но особенно характерно для гельминтозов, и описторхоза в частности, значительное повышение уровня Ig E. При дальнейшем поступлении антигена описторхисов в кровотока образуется комплекс антиген+антитело, выделяются высокоактивные медиаторы аллергии. При воздействии медиаторов аллергии на различные органы и системы организма нарушаются функции нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной, системы крови, выделения, ЖКТ, эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, нарушается обмен веществ.

Клиническими проявлениями аллергии являются лихорадка, экзантемы, гиперэозинофилия и др. эозинофилия крови в острой фазе описторхоза иногда носит характер лейкоидной реакции, и уровень ее достигает 90%. При тяжелом течении процесса развиваются системные васкулиты с геморрагиями. Такие органые поражения, как гепатит, гастрит, миокардит и др., наблюдаемые в острую фазу описторхоза, также обусловлены аллергическими механизмами.

Одновременно с немедленным типом аллергических реакций развиваются и реакции замедленного типа. При этом антигены описторхисов сенсibiliзируют Т-лимфоциты. При последующем взаимодействии антигенов с подготовленными в процессе сенсibiliзации рецепторами лимфоцитов происходит повреждение Т-лимфоцитов, нарушается активность иммунного ответа.

Иммунологические реакции у инвазированных лиц подчас приобретают патологический характер. При развитии иммунопатологических реакций мишенью являются уже все тканевые клетки. Возникает цитотоксическая дистрофия клетки, ткани, органа. На распавшиеся клеточные элементы образуются аутоантитела, которые оказывают влияние и на здоровые клетки. Возникает аутоагрессия. Здоровая ткань заменяется соединительной тканью.

Такие органые поражения, как гепатит, гастрит, миокардит и др., наблюдаемые в острую фазу описторхоза, также обусловлены аллергическими и иммунопатологическими механизмами.

Таким образом, развитие патологии при описторхозе многофакторно, а основными факторами патогенеза являются:

1. Ярко выраженный иммунологический и иммунопатологический характер заболевания;
2. Большая роль принадлежит сенсibiliзации метаболитными антигенами;
3. Относительная независимость поражений внутренних органов от их непосредственного контакта с паразитом

#### **4.3 Классификация и клиническая картина** **Клиническая классификация описторхоза**

##### **1. Острый описторхоз**

А. Инаппарантная форма

Б. Клинически выраженная форма:

- тифоподобный вариант;
- гепатохолангитический вариант;
- гастроэнтероколитический вариант.

По степени тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая форма.

##### **2. Хронический описторхоз**

А. Латентный

Б. Клинически выраженный:

- холангит
- холецистит
- гепатит
- панкреатит

Клиническая картина описторхоза полиморфна и варьирует от бессимптомных форм до тяжелых проявлений, обусловленных развитием панкреатита, гнойного холангита, абсцесса печени и др.

#### **ОСТРЫЙ ОПИСТОРХОЗ**

Клинические варианты течения ранней стадии разнообразны - от латентных и стертых до генерализованных аллергических реакций с множественными поражениями.

В эндемичных по описторхозу очагах у коренных жителей (аборигенов) и у длительно проживающих в течение нескольких поколений местных жителей чаще не выявляется клинически выраженная острая фаза болезни, в то время как у вновь прибывших из благополучных по описторхозу местностей острая фаза описторхоза наблюдается почти всегда. Причина этого явления заключается в том, что у аборигенов (иммунное население) формируется иммунологическая толерантность супрессорного типа. Иммунологическая толерантность к описторхозному антигену формируется в связи с поступлением описторхозного антигена в организм на ранних стадиях эмбриогенеза, что подтверждается возможностью прохождения функциональных (секреторно-эксреторных) антигенов через плаценту. Их наличие установлено в пуповинной крови. После рождения уже зрелый организм воспринимает этот антиген как «свое».

**Инаппарантная (субклиническая) форма** описторхоза выявляется случайно. Самочувствие больных бывает хорошим, и никаких жалоб они не предъявляют, но при исследовании периферической крови выявляется большая эозинофилия.

**Клинически выраженный острый описторхоз.** Инкубационный период равняется в среднем 2-3 неделям. В острую фазу при клинически выраженной форме описторхоза основными являются токсико-аллергические проявления, обусловленные в основном воздействием на организм метаболитов, выделяемых гельминтами.

В клинической картине острого описторхоза можно выделить следующие синдромы:

**Лихорадка.** Лихорадочный синдром наблюдается у всех больных острым описторхозом. Уровень лихорадки колеблется в широком диапазоне- от субфебрильной до фебрильной и наблюдаются различные типы лихорадок: постоянный тип с переходом в длительный субфебрилитет, ремиттирующий, также возможно с переходом в субфебрильный, субфебрильный и др. Лихорадка сохраняется от 3-4 дней до нескольких недель.

**Инттоксикационный синдром** (слабость, озноб, потливость, снижение аппетита и др.)

**Миалгии.** Умеренно выражены. **Артралгии.** В основном больные предъявляют жалобы на боли летучего характера в суставах, артриты редко развиваются.

**Экзантема:** уртикарная, мелкоточечная, макулопапулезная, розеолезная. Сыпь локализуется на туловище (грудь, живот, спина) и верхних конечностях. Как правило, сыпь появляется в первую неделю заболевания, сохраняется 3-10 дней и далее бесследно исчезает.

**Гепатобилиарный синдром:** боли в правом подреберье, иррадиирующие нередко в правую подключичную область или в область правой лопатки. Характер и интенсивность болей бывают различными: тупые, ноющие, давящие, жгучие. Характерны симптомы диспепсического характера (тошнота, рвота, изжога). Нередким синдромом является желтуха, степень выраженности которой варьирует в значительных пределах - от субиктеричности склер, мягкого неба до интенсивной. Желтуха часто сочетается с кожным зудом. При объективном обследовании обнаруживается довольно значительное увеличение печени, край ее часто болезненный. У некоторых больных выявляются положительные пузырьные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси.

Более чем у 80% больных выявляется цитолитический синдром с повышением активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) в 2-7 раз по сравнению с нормой, часто холестаза (повышение ГГТ и ЩФ), развивается мезенхимально-воспалительный печеночный синдром.

**Гастроэнтероколитический синдром** наблюдается редко и преимущественно у детей. Начало болезни обычно острое с повышением температуры до 37,5–38° и умеренно выраженных симптомов интоксикации. Лихорадочный период при этом варианте бывает непродолжительным (7-8 дней), затем устанавливается нестойкая субфебрильная или нормальная температура. Этот вариант характеризуется преобладанием симптомов поражения желудочно-кишечного тракта. Больные жалуются на слабость, боли в эпигастрии, изжогу, тошноту, рвоту, частый жидкий стул иногда с примесью слизи, вздутие живота, урчание. При объективном обследовании выявляется обложенный белым налетом язык, увеличение печени. Край печени болезненный. Отмечается болезненность при пальпации

толстой кишки, однако отсутствует спазм сигмовидной кишки. Умеренная болезненность отмечается и в умбиликальной области.

**Бронхолегочный синдром.** В начальном периоде болезни катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей: гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки, насморк. У больных острым описторхозом также встречается астматоидный бронхит и эозинофильные инфильтраты в легких. Эозинофильные инфильтраты появляются на 2-14 день болезни, чаще в прикорневых зонах, имеют склонность к появлению в других отделах легких и исчезновению через 6-10 дней. При исследовании мокроты обнаруживается до 20-30% эозинофилов. Плевриты у больных острым описторхозом носят экссудативный характер, и при исследовании клеточного состава экссудата также выявляются в большом количестве эозинофилы.

У больных в острую фазу описторхоза могут развиваться очень тяжелые токсико-аллергические проявления, такие как **острый эпидермальный некролиз (синдром Лайела), синдром Стивена-Джонсона, острый миокардит, отек Квинке, крапивница.**

Очень большое значение для диагностики острого описторхоза, всех его вариантов, имеет исследование периферической крови. У всех больных наблюдается лейкоцитоз до 20-60 тыс., умеренно повышенная СОЭ и эозинофилия- 20-40%, иногда до 90%. Повышенным уровень эозинофилов бывает уже в конце первой- начале второй недели, а максимум приходится на конец второй- начало третьей недели болезни. Повышенным уровень эозинофилов бывает в течение 2-4 месяцев. Надо иметь в виду, что иногда у больных может быть запаздывание эозинофильной реакции до 120 дней.

## ХРОНИЧЕСКИЙ ОПИСТОРХОЗ

Хроническая стадия описторхоза связана с жизнедеятельностью, персистенцией паразитов в желчных протоках печени и протоках поджелудочной железы. С переходом в хроническую фазу симптоматика заболевания существенно изменяется. Переход в хроническую фазу характеризуется, прежде всего, устранением лихорадки, улучшением самочувствия, нормализацией гематологических показателей. У части больных заболевание приобретает латентное течение (10-12%), и уже в хроническую фазу у них выявляются яйца описторхисов как случайная находка.

Латентное течение описторхоза чаще наблюдается у коренного и местного населения в очагах этой инвазии, а также нередко у лиц молодого возраста, инвазированных описторхисами.

Проявления клинически выраженного хронического описторхоза неспецифичны, полиморфны и не укладываются в какой-либо один синдром.

Холангит при описторхозе является обязательным звеном патогенеза и клиники в связи с повреждающим действием паразита на стенки внутрипеченочных желчных протоков и их способностью стимулировать бурную регенеративно-гиперпластическую реакцию эпителия. Желчный пузырь не относится к органам постоянной локализации описторхисов, и паразиты в желчный пузырь попадают случайно с током желчи. Учитывая функционально-морфологические связи внутрипеченочных желчных протоков и желчного пузыря, их сочетанное поражение у больных описторхозом наблюдается очень часто, поэтому холангит и холецистит относятся к наиболее распространенным (80-87 %). Больные предъявляют жалобы на чувство тяжести или боли в правом подреберье. Боли носят различный характер: постоянные тупые, давящие, приступообразные, колющие, иногда сходные с «желчной коликой» при желчнокаменной болезни. Очень частыми симптомами являются отрыжка, тошнота, рвота после грубых нарушений диеты. Проявления клинических синдромов зависят от длительности и интенсивности инвазии. Так, анализ клинического течения дискинетического синдрома показал, что в первые 3 года после заражения у 86 % больных наблюдался гиперкинетический тип дискинезии желчевыводящих путей, у 11% –

нормокинетический и только у 3% – гипокинетический. Спустя 5–7 лет и особенно после 10 лет в 87% случаев определялся гипокинетический тип дискинезии, в 6% – нормокинетический, в 7% – гиперкинетический. Знание особенностей дискинетического синдрома позволяет назначить обоснованную терапию.

Характер жалоб у больных определяется типом ДЖВП. Тип ДЖВП устанавливается с применением данных клинического и параклинического обследования: минутированное дуоденальное зондирование, холецистография, функциональное УЗИ.

Иммунологическими и иммунопатологическими механизмами определяется развитие у 13-17 % больных гепатита.

Основными проявлениями синдрома гепатита являются жалобы астенического характера, которые предъявляют все больные: слабость, головные боли, головокружение, плохой сон, раздражительность, плаксивость, снижение работоспособности, бессонница. У больных отмечается плохая переносимость жирной пищи, боли в правом подреберье, тошнота, рвота, отрыжка, артралгии. Нередко наблюдается кожный зуд.

При объективном обследовании у 90-92 % больных отмечается гепатомегалия. Во время обострений болезни развивается желтуха, интенсивность которой варьирует от субиктеричности до умеренно выраженной. При отсутствии желтухи обращает на себя внимание землисто-серый цвет кожных покровов.

При лабораторном исследовании больных с гепатитом отмечается повышение активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ), диспротеинемия - снижение количества альбуминов и повышение глобулинов - главным образом гамма-глобулинов. Желтушная окраска кожи и слизистых оболочек сопровождается повышением уровня билирубина сыворотки крови.

У части больных поражение желчных протоков сочетается с поражением поджелудочной железы. В развитии панкреатитов у больных описторхозом определяющим механизмом является внутрипротоковая гипертензия, обусловленная пребыванием описторхисов в протоках поджелудочной железы, развитием дискинезии желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки. Наряду с этим играет роль и сенсбилизация организма паразитарными антигенами.

Панкреатит у больных хроническим описторхозом отличается волнообразным течением с частой сменой периодов обострений и ремиссий и редко наблюдается прогрессирующее течение. Наиболее часто панкреатит протекает в виде болевой формы, ведущим признаком которой является боль, локализуемая в эпигастральной области, левом или правом подреберье, реже носящая опоясывающий характер. К достаточно типичным признакам панкреатита у больных описторхозом относятся жалобы на тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку. Часто наблюдаются вздутие живота, поносы.

При объективном обследовании отмечается сухость кожных покровов, наличие телеангиоэктазий на коже - симптом «красных капелек» (симптом Тужилина), болезненность в эпигастральной области, левом подреберье, положительный левосторонний френрикус-феномен.

Активность сывороточной амилазы бывает повышенной только в течение первых 2-10 часов с момента обострения, с последующим быстрым возвратом к исходному уровню.

Более редкими формами панкреатита являются хронический псевдоопухолевый панкреатит и описторхозные кисты поджелудочной железы. При хроническом псевдоопухолевом панкреатите развивается опухолевидное поражение поджелудочной железы, преимущественно ее головки при недостаточной проходимости главного протока поджелудочной железы. Описторхозные кисты поджелудочной железы морфологически проявляются либо в виде одиночных больших кист тела и хвоста железы или в виде множественных мелких кист чаще в области хвоста железы. Клинические проявления их аналогичны таковым при обычных кистах железы.

Механическое раздражение стенок желчных протоков печени и панкреатических протоков, вызывающее возникновение патологических висцеро-висцеральных рефлексов,

токсическое и сенсibiliзирующее действие продуктов метаболизма описторхисов определяет поражение органов и систем, не являющихся местом локализации возбудителя (желудок и двенадцатиперстная кишка, кишечник, сердечно-сосудистая система, нервная система).

Очень часто, у 45-50 % больных описторхозом отмечаются различные формы гастродуоденальной патологии (гастриты, дуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Гастродуодениты у инвазированных описторхисами лиц встречаются в 3 раза чаще, чем у неинвазированных.

Основным проявлением различных форм гастродуоденальной патологии является боль, локализуемая в эпигастрии, пилорoduоденальной зоне. Больные также жалуются на отрыжку, изжогу, рвоту.

При эндоскопическом исследовании обнаруживаются изменения со стороны слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от катаральных до эрозивных и язвенных.

Особенностью течения различных форм гастродуоденальной патологии у больных описторхозом является отсутствие сезонности обострений, кратковременность эффекта при лечении современными, дающими высокий эффект у неинвазированных описторхисами лиц препаратов, таких как блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов.

Поражение кишечника у больных хроническим описторхозом отмечается довольно часто и основным его проявлением является кишечная диспепсия: метеоризм, запоры, поносы, чередование поносов и запоров, боли в области пупка и внизу живота, непереносимость молока. При изучении состава микрофлоры фекалий у них выявляется дисбактериоз 1-2 ст., который характеризуется отсутствием или резким снижением количества бифидобактерий, уменьшением количества эшерихий, нередко в сочетании с угнетением их ферментативных свойств, и повышенным содержанием факультативной условно-патогенной микрофлоры (*S.epidermidis*, *S.aureus* и др.).

Описторхозная инвазия может приводить к нарушению деятельности ЦНС и вегетативной нервной системы.

***астено-вегетативный синдром:***

- раздражительность,
- плаксивость,
- плохой и тревожный сон,
- снижение работоспособности, утомляемость,
- вегето-сосудистые кризы,
- диэнцефальные кризы

***нервно-психические нарушения:***

- ипохондрический,
- депрессивный,
- психопатический
- психоастенический синдромы.

В ряде случаев неврологическая симптоматика выступает на первый план, и больным ставят диагноз нейроциркуляторной дистонии, вегетативного невроза и т.д.

Аллергический синдром при хроническом описторхозе может проявляться кожным зудом, крапивницей, рецидивирующим отеком Квинке, артралгией, пищевой аллергией, умеренной эозинофилией

### **Осложнения описторхоза**

1. Инфицирование желчевыводящих путей
2. Абсцесс печени
3. Желчный перитонит



## Роль описторхоза в канцерогенезе

Выраженные пролиферативные процессы в органах локализации паразитов приводят к мутациям, что в сочетании с иммуносупрессорным действием описторхисов повышают риск канцерогенеза

1. Рак поджелудочной железы
2. Рак печени
3. Рак желчного пузыря и протоков
4. Рак БДС

Особенность иммунитета при гельминтозах состоит в том, что он не предотвращает возможности суперинвазии и повторного заражения после устранения бывшей инвазии, но иммунитет при гельминтозах может задерживать развитие гельминта в организме иммунного хозяина, и его организме могут одновременно паразитировать и зрелые формы, и так называемые дремлющие формы. При повторных заражениях, что в очагах описторхозной инвазии имеет место очень часто, некоторые паразиты могут останавливаться в своем развитии на уровне личинки. Устранение антигельминтными препаратами половозрелых форм обеспечивает личинкам возможность продолжать развитие. У таких больных могут развиваться так называемые рецидивные формы болезни. Рецидив описторхоза может проявляться развитием состояния, напоминающего острую фазу описторхоза (лихорадка, интоксикация, появление высокой эозинофилии и лейкоцитоза и др.).

Таким образом, клиника описторхоза чрезвычайно полиморфна, и в симптоматике хронической фазы болезни отсутствуют признаки, типичные именно для этого гельминтоза.

### 4.4 Общие подходы к диагностике

Диагноз описторхоз может быть предположен на основании характерной клинической картины, а также эпидемиологических данных. Факторами риска являются проживание в эндемичном районе, употребление в пищу недостаточно хорошо обеззараженной рыбы. Поскольку описторхозу свойственны симптомы, характерные для заболеваний печени различной этиологии, то диагноз не может быть поставлен на основании только клинической картины. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение яиц паразита в кале и/или дуоденальном соке. При этом следует учитывать, что яйца паразита появляются в кале не раньше чем через 4 недели после заражения. Кроме того, может потребоваться анализ нескольких образцов, так как продукция яиц может быть непостоянной или же их количество может быть небольшим.

Взрослые описторхисы могут быть обнаружены с помощью эндоскопии или эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии. Ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и радиология печени и желчных протоков позволяют выявить такие непрямые признаки описторхоза, как увеличение или изменение структуры желчного пузыря и печени, воспаление и фиброз желчных протоков. В отдельных случаях удаётся наблюдать скопления паразитов. К другим неспецифическим признакам описторхоза относятся эозинофилия (особенно на ранней стадии заражения), повышение уровня билирубина, щелочной фосфатазы и сывороточной трансаминазы в сочетании с низким уровнем сывороточного альбумина.

Всё более распространёнными становятся методы иммунологической и молекулярной диагностики. Выявляются антитела в сыворотке крови больных описторхозом. Используется реакция ИФА с описторхозным антигеном для выявления противоописторхозных антител. Диагностическая ценность ИФА довольно высока в острую фазу описторхоза - более чем у 90% больных он положительный, и титр антител достаточно высок (1:400-1:800), В случаях хронических форм диагностическая значимость ИФА ниже. Титры антител существенно ниже, и реакция может быть отрицательной. Положительная реакция ИФА отмечается лишь

у 52,7% больных хроническим описторхозом. Кроме того, до сих пор неизвестно, как долго сохраняются антитела после устранения инвазии, поэтому использовать эту реакцию для диагностики паразитологического выздоровления нельзя.

#### 4.5 Клиническая дифференциальная диагностика описторхоза у взрослых

##### Клинические критерии диагностики описторхоза

Признак	Характеристика	Сила *
Лихорадочный синдром	Наблюдается у всех больных острым описторхозом. Уровень лихорадки колеблется в широком диапазоне - от субфебрильной до фебрильной и наблюдаются различные типы лихорадок: постоянный тип с переходом в длительный субфебрилитет, ремитирующий, также возможно с переходом в субфебрильный, субфебрильный и др. Лихорадка сохраняется от 3-4 дней до нескольких недель.	С
Инттоксикационный синдром	Слабость, озноб, потливость, снижение аппетита и др.)	С
Миалгии, артралгии.	Умеренно выражены. В основном больные предъявляют жалобы на боли летучего характера в суставах, артриты редко развиваются.	С
Экзантема	Уртикарная, мелкоточечная, макулопапулезная, розеолезная. Сыпь локализуется на туловище (грудь, живот, спина) и верхних конечностях. Как правило, сыпь появляется в первую неделю заболевания, сохраняется 3-10 дней и далее бесследно исчезает.	С
Гепатобилиарный синдром	Боли в правом подреберье, иррадиирующие нередко в правую подключичную область или в область правой лопатки. Характер и интенсивность болей бывают различными: тупые, ноющие, давящие, жгучие. Характерны симптомы диспепсического характера (тошнота, рвота, изжога). Нередким синдромом является желтуха, степень выраженности которой варьирует в значительных пределах - от субиктеричности склер, мягкого неба до интенсивной. Желтуха часто сочетается с кожным зудом. При объективном обследовании обнаруживается довольно значительное увеличение печени, край ее часто болезненный. У некоторых больных выявляются положительные пузырьные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси. Более чем у 80% больных выявляется цитолитический синдром с повышением активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) в 2-7 раз по сравнению с нормой, часто холестаза (повышение ГГТ и ЩФ), развивается мезенхимально-воспалительный печеночный синдром.	В
Гастроэнтероколитический синдром	Наблюдается редко и преимущественно у детей. Жалобы на боли в эпигастрии, изжогу, тошноту, рвоту, частый жидкий стул иногда с примесью слизи, вздутие живота, урчание. Отмечается болезненность при пальпации толстой кишки, однако отсутствует спазм сигмовидной кишки. Умеренная болезненность	С

	отмечается и в умбиликальной области.	
Бронхолегочный синдром	В начальном периоде болезни катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей: гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки, насморк. У больных острым описторхозом также встречается астматоидный бронхит и эозинофильные инфильтраты в легких. Эозинофильные инфильтраты появляются на 2-14 день болезни, чаще в прикорневых зонах, имеют склонность к появлению в других отделах легких и исчезновению через 6-10 дней. При исследовании мокроты обнаруживается до 20-30% эозинофилов. Плевриты у больных острым описторхозом носят экссудативный характер, и при исследовании клеточного состава экссудата также выявляются в большом количестве эозинофилы.	D
Аллергический синдром	при хроническом описторхозе может проявляться кожным зудом, крапивницей, рецидивирующим отеком Квинке, пищевой аллергией, умеренной эозинофилией. У больных в острую фазу описторхоза могут развиваться очень тяжелые токсико-аллергические проявления, такие как острый эпидермальный некролиз (синдром Лайела), синдром Стивена-Джонсона, острый миокардит, отек Квинке, крапивница.	C
Астеновегетативный синдром	Описторхозная инвазия может приводить к нарушению деятельности ЦНС и вегетативной нервной системы и клинически проявляется раздражительностью, плаксивостью, плохим и тревожным сном, снижением работоспособности, утомляемостью, вегетососудистыми и диэнцефальными кризами.	D
Нервно-психические нарушения	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ипохондрический,</li> <li>○ депрессивный,</li> <li>○ психопатический</li> <li>○ психоастенический синдромы.</li> </ul>	D

#### 4.6 Эпидемиологическая диагностика

##### Эпидемиологические критерии диагностики описторхоза

1. пребывание (даже кратковременное) в очаге описторхоза;
2. употребление в пищу рыбы карповых пород (не только сырой, малосоленой или вяленой, но и недостаточно термически обработанной, а также “неопознанной” рыбы. При остром описторхозе важно установить срок употребления рыбы (обычно за 2 - 4 недели до заболевания), а при хроническом - частоту (возможность суперинвазии);
3. дополнительным фактом иногда является информация о наличии описторхоза у родственников больного.

#### 4.7 Лабораторная диагностика

##### Методы лабораторной диагностики

**Общий анализ крови:** наиболее характерной особенностью является **эозинофилия**. В острую фазу описторхоза – по типу лейкоцитарной реакции (содержание лейкоцитов может достигать  $60,0 \times 10^9/\text{л}$  при эозинофилии – до 80-90%). При хроническом течении инвазии содержание эозинофилов часто находится в пределах нормальных значений или умеренно

повышено (10-20%), хотя в отдельных случаях, как правило, при суперинвазии может достигать 80%.

**Биохимический анализ крови** (исследование печеночных проб (уровень билирубина и его фракций), определение активности aminотрансфераз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы, исследование белкового состава плазмы,  $\alpha$ -амилазы крови). Более чем у 80% больных с острым описторхозом выявляется цитолитический синдром с повышением активности aminотрансфераз (АЛТ, АСТ) в 2-7 раз по сравнению с нормой, часто холестаза (повышение ГГТ и ЩФ), развивается мезенхимально-воспалительный печеночный синдром. У больных с хроническим описторхозом часто отмечается повышение активности aminотрансфераз (АЛТ, АСТ), диспротеинемия - снижение количества альбуминов и повышение глобулинов - главным образом гамма-глобулинов, возможно повышение уровня билирубина сыворотки крови.

**Серологические реакции – ИФА.** Выявляются антитела (иммуноглобулины классов М и G) в сыворотке крови больных описторхозом. Используется реакция ИФА с описторхозным антигеном для выявления противоописторхозных антител. Диагностическая ценность ИФА довольно высока в острую фазу описторхоза - более чем у 95% больных он положительный, и титр антител достаточно высок (1:400-1:800), В случаях хронических форм диагностическая значимость ИФА ниже. Титры антител существенно ниже, и реакция может быть отрицательной. Положительная реакция ИФА отмечается лишь у 32,7% больных хроническим описторхозом.

Причины отрицательных результатов реакции ИФА:

1. Наиболее важным механизмом тормозящего действия гельминтов на защитные реакции хозяина признана иммунологическая толерантность
2. Низкий уровень антител связан с ограниченным поступлением в кровь антигенного материала гельминтов вследствие их просветного паразитирования
3. Низкое содержание антигенов описторхисов в фекалиях может быть обусловлено низкой интенсивностью инвазии с недостаточной экскрецией гельминтами антигенов.

Что касается специфичности ИФА, то в ряде случаев наблюдаются положительные реакции у больных эхинококкозом, аскаридозом, дифиллоботриозом, трихинеллезом, клонорхозом и фасциолезом, что связано с наличием перекрестно реагирующих антигенов у этих гельминтов и описторхисов.

Таким образом, методы иммунодиагностики описторхоза очень перспективны, но на данном этапе их нельзя назвать совершенными, поэтому их лучше рекомендовать в качестве дополнения к паразитологическим.

#### **4.8 Инструментальная диагностика**

##### **Методы инструментальной диагностики**

1. Дуоденальное зондирование (хроматическое) для определении типа ДЖВП, состояния внешнесекреторной функции печени
2. Фиброгастродуоденоскопия
3. УЗИ органов брюшной полости
4. Рентгенологические исследования, КТ, магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (по показаниям).

#### **4.9 Специальная диагностика**

##### **Методы специальной диагностики**

##### **Гельминтоовоскопические методы**

**а) Исследование дуоденального содержимого.** Определенные трудности в выявлении яиц описторхисов определяются их очень мелкими размерами, а также возможной низкой интенсивностью инвазии. Поэтому наиболее вероятно обнаружение яиц описторхисов в желчи, полученной при дуоденальном зондировании. С этой целью проводится исследование всех порций дуоденального содержимого (А, В и С). Исследуемую жидкость смешивают с равным количеством эфира, тщательно взбалтывают и центрифугируют. Осадок микроскопируют.

**б) Исследование фекалий.** Метод нативного мазка — самый простой метод исследования, однако его эффективность крайне мала при низкой интенсивности инвазии, а при средней и высокой интенсивности инвазии составляет 44-63 %. Более информативен **метод Като** — метод толстого мазка под целлофаном. Толстый мазок представляет собой слой неразбавленных фекалий на предметном стекле, спрессованный под листком тонкого гигроскопичного целлофана, предварительно пропитанного глицерином. При воздействии сухого теплого воздуха слой фекалий в результате потери влаги и абсорбции глицерина просветляется, яйца описторхисов приобретают четкую видимость и определяются при малом увеличении.

В последние годы наблюдается повсеместное снижение интенсивности инвазии, причина которого остается неясной. Либо это действительно снижение интенсивности инвазии, либо, напротив, как это ни парадоксально, высокая интенсивность инвазии. Уже давно установлено, что при высокой интенсивности инвазии описторхисов их среда обитания насыщается продуктами обмена, которые тормозят рост паразитов. Происходит задержка и в развитии половых органов паразитов вплоть до их атрофии, следствием чего может быть и незначительное выделение яиц.

В условиях низкой интенсивности инвазии предпочтительнее использование **методов обогащения**. В основу их положена разность удельного веса яиц гельминтов и применяемых растворов. Удельный вес яиц описторхисов больше удельного веса раствора, поэтому они концентрируются в осадке, который и исследуют под микроскопом (методы осаждения, или седиментации). Принцип **эфир-уксусного метода** осаждения яиц гельминтов из кала заключается в обработке кала последовательно 10% раствором уксусной кислоты и эфиром. Уксусная кислота эмульгирует кал, проникая в непереваренные частицы, состоящие преимущественно из клетчатки. Последующее добавление в пробирку эфира и перемешивание приводит к извлечению из содержимого пробирки растворимой в эфире уксусной кислоты вместе с пропитанными ею каловыми частицами. Проба кала, обработанная этими веществами, всплывает, а яйца описторхисов, обладающие большим, чем вода, удельным весом, оседают. При использовании этого метода удается диагностировать инвазию у 66 % больных описторхозом даже при малой интенсивности инвазии. Принцип **химико-седиментационного метода** заключается в центрифугировании пробирки, в которой не раствор азотистокислого натрия наслоена проба кала, эмульгированная 1% раствором уксусной кислоты. Химическая реакция между азотистокислым натрием и уксусной кислотой приводит к выделению пузырьков газа, пронизывающих слой гомогенизированного кала, препятствуя его осаждению. Яйца описторхисов целиком выпадают в осадок с небольшим количеством клетчатки.

Для повышения эффективности исследования фекалий рекомендуется проводить исследование 3-кратно, а также использовать в течение 5-6 дней перед обследованием подготовительную диету с исключением продуктов, содержащих растительную клетчатку (овощи, фрукты, хлебобулочные и макаронные изделия, каши).

Диагностика острого описторхоза с помощью гельминтоовоскопических методов может быть затруднена, поскольку продукция яиц у паразитов начинается не ранее 3 недели с момента инвазии, а также у больных при однократном заражении в очагах с низкой интенсивностью инвазии.

#### 4.10 Обоснование и формулировка диагноза

При формулировке диагноза «описторхоз» учитывают особенности клинического течения заболевания (клиническая форма, степень тяжести, течение заболевания) и приводят его обоснование.

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение
- Сопутствующее заболевание

При обосновании диагноза следует указать эпидемиологические, клинические, лабораторные, инструментальные данные и результаты специальных методов исследования, на основании которых подтвержден описторхоз.

#### 4.11 Лечение

##### 4.12.1 Общие подходы к лечению описторхоза

Для оказания медицинской помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных с описторхозом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- ▲ предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием;
- ▲ предупреждение развития и купирование патологических процессов осложнений;
- ▲ предупреждение формирования остаточных явлений, рецидивирующего и хронического течения.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- ▲ клиническая форма болезни;
- ▲ тяжесть заболевания;
- ▲ возраст больного;
- ▲ наличие и характер осложнений;
- ▲ доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.
- ▲

**Этиотропное лечение описторхоза (дегельминтизация) назначается и проводится только в стационарных условиях под наблюдением врача.**

##### 4.11.2 Методы лечения

Лечение описторхоза включает:

Режим.

Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;
- средства патогенетической терапии;

### 4.11.3 Тактика лечения

При назначении лечения больным описторхозом необходимо учитывать фазу болезни, вариант ее течения с учетом всех клинических синдромов, степень тяжести и особенности организма (возраст, сопутствующие заболевания и т.д.), возможность супер- и реинвазии.

Оно включает 3 этапа:

**I этап - подготовительный (базисная патогенетическая терапия).** От качественного проведения этого этапа во многом зависит эффективность следующего.

Задачи этапа:

1. Купирование аллергического синдрома, воспаления желчевыводящих путей и ЖКТ
2. Обеспечение должного оттока из желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы.
3. Восстановление моторно-кинетической функции желчевыделительной системы.
4. Проведение дезинтоксикационной терапии, применение препаратов патогенетической терапии, направленных на регуляцию ведущих синдромов.

Необходимым является назначение современных **противоаллергических препаратов**. Хорошо себя зарекомендовали блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов, которые назначаются во время курса подготовительной терапии, при проведении специфической и по показаниям – в период реабилитации.

Проведение селективной спазмолитической и желчегонной терапии должно осуществляться дифференцированно, с учетом типа дискинезии желчевыводящих путей: при этом используются селективные спазмолитики, холекинетики, холеретики или препараты смешанного действия. Назначаются они не менее трех месяцев.

Спазмолитики назначаются, как традиционные (Дротаверин, Гиосцина бутилбромид), так и селективные (Мебеверина гидрохлорид). Преимуществами мебеверина гидрохлорид являются селективность в отношении желудочно-кишечного тракта и отсутствие побочных эффектов; двойной механизм действия (он снижает тонус и уменьшает сократительную активность гладкой мускулатуры, при этом не оказывая влияния на нормальную перистальтику), высокая тропность к сфинктеру Одди (в 20–40 раз выше, чем у папаверина); современная лекарственная форма, содержащая микросферы с постепенным высвобождением действующего вещества, что позволяет применять препарат 2 раза в сутки. Целесообразно применение на этапе подготовки к специфической химиотерапии и реабилитации пациентов с хроническим описторхозом.

При явлениях холестаза назначаются препараты урсодезоксихолевой кислоты, адеметионин.

По показаниям применяются прокинетики (метоклопрамид, домперидон), ферменты поджелудочной железы, пре- и пробиотики, средства эрадикационной терапии

На подготовительном этапе с учетом спазмолитического, десенсибилизирующего, нейротрофического и микроциркуляторного действия может использоваться физиотерапевтическое лечение: микроволновая терапия, магнитотерапия (дифференцированно),

Продолжительность подготовительной патогенетической терапии, объем назначаемых лекарственных препаратов зависят от фазы инвазии, тяжести течения и клинической формы болезни, наличия сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных препаратов и других факторов у конкретного больного. В хронической фазе при субклиническом течении, при ремиссии холангита, холецистита подготовительная терапия проводится в течение 10—14 дней, при холангите, панкреатите, гепатите — 2—3 нед.

**II этап - специфическая химиотерапия.** В настоящее время единственным эффективным средством специфической терапии описторхоза является производное изохинолина - празиквантел - высокоэффективный антигельминтик широкого спектра, действующий на большинство трематод и цестод. Фармакокинетика связана с повышением проницаемости клеточных мембран паразитов для ионов Са, сокращением мускулатуры

паразитов, переходящим в спастический паралич.

Препараты празиквантела применяются в разных дозах: 50, 60 и 75 мг/кг массы тела в 3 приема с интервалом между приемами 4-6 часов. Разницы в эффективности указанных дозировок не установлено. Средняя эффективность- 83,3%. При щадящей методике применения празиквантела курсовую дозу делят на 6 приемов в течение 2 сут: 3 приема в 1-е сутки с интервалом 4 ч и 3 — на 2-е сутки. Антигельминтная эффективность при этом остается такой же. Препарат можно назначать днем или ночью, взрослым — лучше в ночное время (например, в 22, 2 и 6 ч).

Противопоказаниями к приему препаратов празиквантела являются острые интеркуррентные заболевания и беременность.

Наличие описторхоза не является абсолютным показанием к дегельминтизации. Например, с осторожностью нужно назначать ее лицам пожилого и старческого возраста. Назначение антигельминтиков больным с тяжелой сопутствующей патологией (декомпенсированные пороки сердца, тяжелые поражения почек и печени и др.) также должно проводиться с известной осторожностью.

Побочные действия. Головная боль, головокружение, повышение температуры, тошнота, боли в правом подреберье и эпигастрии. Частота побочных реакций по данным разных авторов колеблется от 35 до 65%. Побочные реакции обусловлены главным образом иммунологическими сдвигами, спровоцированными изменением метаболизма и гибелью паразитов с высвобождением паразитарных антигенов и токсическим действием празиквантела. Степень этих сдвигов определяется в значительной степени клинико-эпидемиологической характеристикой больных. Как уже говорилось выше, имеются различия в течении описторхозной инвазии у пришлого населения и коренного, связанные с тем, что у последних формируется иммунологическая толерантность супрессорного типа, и острый описторхоз у них чаще протекает в субклинической форме, а хронический- нередко протекает в латентной форме, тогда как у неиммунного населения описторхоз практически всегда имеет клиническую манифестацию. При отсутствии клинической манифестации химиотерапия нарушает баланс взаимоотношений в системе хозяин-паразит, выработанной в течение многолетней инвазии.

Лечение препаратами празиквантела можно начинать не ранее 3 недели от начала болезни и при уровне эозинофилии не более 20%.

На 2-й день, через 3—4 ч после приема последней дозы препарата назначают дуоденальное зондирование или слепое зондирование с минеральной водой, сорбитом, ксилитом (тюбаж) — для эвакуации описторхисов, используют приемы увеличения пассажа желчи — электростимуляция правого диафрагмального нерва, импульсное магнитное поле.

С этого момента начинается ранняя реабилитация. Усиление аллергических реакций, нарастание интоксикации связаны с дополнительным антигенным воздействием при гибели гельминтов и требуют усиления десенсибилизирующей (антигистаминные препараты, при необходимости — глюкокортикоиды) и дезинтоксикационной (инфузии растворов, сорбенты) терапии.

**III этап - реабилитационный (восстановительный) этап.** После лечения бильтрицидом особое внимание уделяется беззондовому дуоденальному зондированию (тюбажи с ксилитом, сорбитом, сернокислым магнием, минеральной водой) 2-3 раза в течение 1-й недели, далее 1—2 раза в неделю (до 3 мес). Эубиотики. В течение всего этого периода контролируют стул, который должен быть ежедневным (при необходимости назначают слабительные средства). Комплекс реабилитационных мероприятий включает также прием гепатопротекторов, отваров желчегонных трав (3—4 мес), при необходимости применяют спазмолитики, антихолестатические препараты и другие патогенетические средства.



Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации:

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Уровень* доказательности
Производные хинолина P02BA01	<i>Празиквантел</i>	Описторхоз	1+
Этилендиамины замещенные (R06AC)	<i>Хлоропирамин</i>	Антиаллергическая терапия	2+
Производные пиперазина (R06AE)	<i>Цетиризин</i> <i>Лоратадин</i>	Антиаллергическая терапия	2+
Аминоалкильные эфиры (R06AA02)	<i>Дифенгидрамин</i>	Антиаллергическая терапия	2+
Другие ирригационные растворы (B05CX)	<i>Декстроза</i>	С целью дезинтоксикации	2+
Растворы электролитов (B05XA)	<i>Натрия хлорид</i>	Восполнение электролитных нарушений	2+
	<i>Калия хлорид</i>	Восполнение электролитных нарушений	2+
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	<i>Калия хлорид+Кальция хлорид+Магния хлорид+Натрия ацетат+Натрия хлорид</i>	Восполнение электролитных нарушений	2+
Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой (A03AA)	<i>Мебеверин</i>	Спазмолитическая терапия	2+
Папаверин и его производные (A03AD)	<i>Дротаверин</i> <i>Папаверин</i>	Спазмолитическая терапия	2+
Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта (A03FA)	<i>Метоклопрамид</i> <i>Домперидон</i>	Стимуляция моторики ЖКТ	2+
Препараты желчных кислот (A05AA)	<i>Урсодезоксихолиевая кислота</i>	Лечение холестаза	2++
Препараты угля (A07BA)	<i>Активированный уголь</i>	Сорбенты	2+

Адсорбирующие кишечные препараты другие (A07BC)	<i>Смектит диоктаэдрический Полиметилсилоксана полигидрат Кремния диоксид кolloидный</i>	Сорбенты	2+
Препараты для лечения заболеваний печени (A05BA)	<i>Расторопши пятилистной плодов экстракт Орнитин Адеметионин Эссенциальные фосфолипиды EPL®</i>	Гепатопротекция	2+
Препараты для лечения заболеваний желчевыводящих путей (A05AB)	<i>Гидроксиметилникоти намид Оксалмид Артишока листьев экстракт Гимекромон</i>	Холеретическое действие	2+
Электролитные растворы (B05XA)	<i>Магния сульфат</i>	Холекинетическое действие	2+
Другие разные средства (V07A)	<i>Сорбитол</i>	Холекинетическое действие	2+
Другие препараты, применяемые при нарушениях функции кишечника (A03AX)	<i>Платифиллин</i>	Холеспазмолитическое действие	2+
Ферментные препараты (A09AA)	<i>Панкреатин Активированный уголь+Желчь+Крапивы двудомной листья+Чеснока посевного луковичы</i>	Заместительная терапия ферментами	2+
Противодиарейные микроорганизмы (A07FA)	<i>Бифидобактерии бифидум</i>	Пробиотическое действие	2+
Другие минеральные вещества (A12CX)	<i>Калия и магния аспарагинат</i>	Восполнение электролитных нарушений	2+
Глюкокортикоиды (H02AB)	<i>Дексаметазон Преднизолон</i>	Купирование аллергических реакций	2+
Анилиды (N02BE)	<i>Парацетамол</i>	Противовоспалительная, анальгетическая, жаропонижающая терапия	2+
Пиразолоны (N02BB)	<i>Метамизол натрия</i>	Противовоспалительная,	2+

		анальгетическая, жаропонижающая терапия	
--	--	--	--

#### 4.12 Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

1. реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
3. комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
4. адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;
5. постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

#### Критерии выздоровления/улучшения

Критериями устранения описторхозной инвазии являются: отрицательные результаты исследования желчи и/или трехкратной копроовоскопии, а также снижение титров специфических антител в ИФА.

Паразитологическое выздоровление далеко не всегда сопровождается клиническим выздоровлением: у лиц, страдавших описторхозом более 5 лет, жалобы и объективные изменения, имевшие место в период хронической фазы, сохраняются. Объясняется это наличием глубоких морфологических изменений в органах, сформировавшихся в хроническую фазу болезни.

#### 4.13 Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение больных описторхозом осуществляется в течение 1 года с контрольным обследованием через 3, 6 и 12 месяцев после дегельментизации, которое включает:

1. Клинико-лабораторное обследование с целью оценки клинической динамики (осмотр врача, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови - "печеночные пробы", по показаниям - УЗИ, ФГС, ЭКГ, по возможности исследование иммунного статуса, копроовоскопия).
2. Оценка паразитологической эффективности. Критериями устранения инвазии являются: отрицательные результаты исследования желчи и/или кала 3-хкратно с интервалом в 7 дней, а также снижение титров специфических антител в ИФА.
3. Проведение клинической реабилитации при наличии резидуальных проявлений.

#### 4.14 Общие подходы к профилактике

Основной мерой профилактики описторхоза является употребление в пищу только хорошо обработанной рыбы семейства карповых, что достигается термической обработкой, замораживанием, копчением и солением в соответствии с разработанными рекомендациями

### **Обеззараживание рыбы гарантируют следующие способы её обработки:**

1. Варка рыбы в течение 15-20 мин с момента закипания.
2. Жаренье рыбы небольшими кусками, в распластанном виде, под крышкой, с добавлением большого количества жира в течение 15-20 мин.
3. Приготовление котлет, тефтелей и др. из рыбы 15-20 мин
4. Выпекание пирога с рыбой не менее 60 мин.
5. Посол рыбы не менее 2 недель из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы.
6. Вяление: а) посол в течение 2 недель из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы, вымачивание и вяление по вкусу; б) посол из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы, но в течение 3 дней, а затем, не вымачивая, вяление в течение 3 нед.
7. Замораживание рыбы весом до 1 кг при температуре  $-28^{\circ}\text{C}$  в течение 41 ч, при температуре  $-35^{\circ}\text{C}$  – 10 ч. В бытовом холодильнике метацеркарии сохраняют жизнеспособность более месяца.
8. Перед холодным копчением рыбу предварительно обеззараживают путем посола (в течение 2 нед из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы) или замораживания (при температуре  $-28^{\circ}\text{C}$  в течение 41 ч, при температуре  $-35^{\circ}\text{C}$  – 10 ч)
9. Горячее копчение при температуре  $+70-80^{\circ}\text{C}$  в течение 2-2,5 ч.

### **4.15 Организация оказания медицинской помощи больным с описторхозом**

Медицинская помощь взрослым пациентам с описторхозом оказывается в виде:

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

Медицинская помощь больным с подозрением на «описторхоз» оказывается в условиях:

- **амбулаторно**
- **стационарно** (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах средним медицинским персоналом. При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи. Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях (поликлиника).

При подозрении или выявлении у больного описторхоза на амбулаторном этапе - врач -участковый терапевт (врачи общей практики (семейные врачи), врач-инфекционист, средние медицинские работники медицинских организаций) проводят патогенетическую терапию и направляют больного на госпитализацию в стационар для оказания ему специализированной медицинской помощи. **Этиотропное лечение описторхоза (дегельминтизация) назначается и проводится только в стационарных условиях под наблюдением врача.**

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь больным с описторхозом оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также

медицинскую реабилитацию.

Лечение больных с описторхозом осуществляется в условиях стационара по направлению врача участкового терапевта, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

## 5. Характеристика требований

### 5.1 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь)

Стадия	Вне зависимости от степени тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная доврачебная медико-санитарная помощь
Условия оказания	Амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

**Код по МКБ-10: B66.0**

#### 5.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Данные эпидемиологического анамнеза (пребывание (даже кратковременное) в очаге описторхоза; употребление в пищу рыбы карповых пород (не только сырой, малосоленой или вяленой, но и недостаточно термически обработанной, а также “неопознанной” рыбы. При остром описторхозе важно установить срок употребления рыбы (обычно за 2-4 недели до заболевания), а при хроническом - частоту (возможность суперинвазии)
4. Степень тяжести - любая
5. Вне зависимости от осложнений

#### 5.1.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

<b>Прием (осмотр, консультация) фельдшера</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.044.002	Осмотр фельдшером	0,5	1
V01.044.002	Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи	0,5	1
V01.044.002	Осмотр медицинской сестры	0,5	1
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1

A02.31.001	Термометрия общая	1	1
------------	-------------------	---	---

### **5.1.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий**

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

#### **5.1.3.1 Клинические методы исследования**

**Сбор анамнеза.** При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.), жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, отрыжку, кожный зуд, наличие артралгий/миалгий.

Целенаправленно выявляют данные эпидемиологического анамнеза (пребывание (даже кратковременное) в очаге описторхоза; употребление в пищу рыбы карповых пород (не только сырой, малосоленой или вяленой, но и недостаточно термически обработанной, а также “неопознанной” рыбы. При остром описторхозе важно установить срок употребления рыбы (обычно за 2 - 4 недели до заболевания), а при хроническом - частоту (возможность суперинвазии)

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов, обращают внимание на наличие/отсутствие желтушности кожных покровов, аллергических высыпаний.

При объективном обследовании пищеварительной системы может выявляться обложенный белым налетом язык, увеличение печени. Край печени часто болезненный. Может отмечаться болезненность при пальпации толстой кишки, однако при этом отсутствует спазм сигмовидной кишки. Характерны боли в правом подреберье, иррадиирующие нередко в правую подключичную область или в область правой лопатки. Характер и интенсивность болей бывают различными: тупые, ноющие, давящие, жгучие. Характерны симптомы диспепсического характера (тошнота, рвота, изжога). Нередким синдромом является желтуха, степень выраженности которой варьирует в значительных пределах - от субиктеричности склер, мягкого неба до интенсивной. Желтуха часто сочетается с кожным зудом. У некоторых больных выявляются положительные пузырьные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси.

#### **5.1.3.2 Лабораторные методы исследования**

Не проводят

#### **5.1.3.3 Инструментальные методы исследования**

Не проводят

#### **5.1.3.4 Специальные методы исследования**

Не проводят

### **5.1.4 Лечение в амбулаторных условиях**

В амбулаторных условиях лечение взрослых больных описторхозом проводится базисная патогенетическая терапия.

1. Купирование аллергического синдрома, воспаления желчевыводящих путей и ЖКТ
2. Обеспечение должного оттока из желчевыводящих путей и протоков поджелудочной

железы.

3. Восстановление моторно-кинетической функции желчевыделительной системы.

4. Проведение дезинтоксикационной терапии, применение препаратов патогенетической терапии, направленных на регуляцию ведущих синдромов.

Для проведения этиотропной терапии (дегельминтизация) больные направляются на госпитализацию в стационар для оказания им специализированной медицинской помощи.

### 5.1.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ предупреждение развития осложнений.

### 5.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ желчегонная терапия (холеретики, холекинетики)
- ▲ спазмолитическая терапия
- ▲ противоаллергическая терапия
- ▲ дезинтоксикационная терапия
- ▲ предупреждение развития осложнений.

### 5.1.7 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения дополнительных мероприятий по диагностике и лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий условиям его выполнения.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками описторхоза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению описторхоза; б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

## 5.2 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь)

Стадия	Вне зависимости от степени тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь
Условие оказания	Амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	неотложная

**Код по МКБ-10: В66.0**

### 5.2.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой

3. **Данные эпидемиологического анамнеза** (пребывание (даже кратковременное) в очаге описторхоза; употребление в пищу рыбы карповых пород (не только сырой, малосоленой или вяленой, но и недостаточно термически обработанной, а также “неопознанной” рыбы. При остром описторхозе важно установить срок употребления рыбы (обычно за 2 - 4 недели до заболевания), а при хроническом - частоту (возможность суперинвазии)

4. **Степень тяжести** - любая

5. **Вне зависимости от осложнений**

### 5.2.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

<b>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
В01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	0,5	1
В01.044.002	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	0,5	1
В01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	0,2	1
А01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
А01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
А01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
А01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
А01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
А01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
А02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
А02.12.001	Исследование пульса	1	1
А02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
А02.31.001	Термометрия общая	1	1

### 5.2.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

#### 5.2.3.1 Клинические методы исследования

**Сбор анамнеза.** При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.), жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, отрыжку, кожный зуд, наличие артралгий/миалгий.

Целенаправленно выявляют данные эпидемиологического анамнеза (пребывание (даже кратковременное) в очаге описторхоза; употребление в пищу рыбы карповых пород (не только сырой, малосоленой или вяленой, но и недостаточно термически обработанной, а



также “неопознанной” рыбы. При остром описторхозе важно установить срок употребления рыбы (обычно за 2 - 4 недели до заболевания), а при хроническом - частоту (возможность суперинвазии).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов, обращают внимание на наличие/отсутствие желтушности кожных покровов, аллергических высыпаний. При объективном обследовании пищеварительной системы может выявляться обложенный белым налетом язык, увеличение печени. Край печени часто болезненный. Может отмечаться болезненность при пальпации толстой кишки, однако при этом отсутствует спазм сигмовидной кишки. Характерны боли в правом подреберье, иррадиирующие нередко в правую подключичную область или в область правой лопатки. Характер и интенсивность болей бывают различными: тупые, ноющие, давящие, жгучие. Характерны симптомы диспепсического характера (тошнота, рвота, изжога). Нередким синдромом является желтуха, степень выраженности которой варьирует в значительных пределах - от субиктеричности склер, мягкого неба до интенсивной. Желтуха часто сочетается с кожным зудом. У некоторых больных выявляются положительные пузырьные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси.

### 5.2.3.2 Лабораторные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
В03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
В03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
В03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,9	1
А09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	1	1
В03.016.010	Копрологическое исследование	1	1
А26.06.062	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к возбудителю описторхоза ( <i>Opisthorchis felinus</i> ) в крови	0,3	1
А26.16.003	Микроскопическое исследование дуоденального содержимого на яйца описторхисов	0,6	1

### 5.2.3.3 Инструментальные методы исследования

<b>Инструментальные методы исследования</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
А04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
	Дуоденальное зондирование	0,6	1
А03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,6	1

### 5.2.4 Лечение в амбулаторных условиях

В амбулаторных условиях лечение пациентам с описторхозом проводится базисная патогенетическая терапия.

1. Купирование аллергического синдрома, воспаления желчевыводящих путей и ЖКТ
2. Обеспечение должного оттока из желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы.
3. Восстановление моторно-кинетической функции желчевыделительной системы.
4. Проведение дезинтоксикационной терапии, применение препаратов патогенетической терапии, направленных на регуляцию ведущих синдромов.

Для проведения этиотропной терапии (дегельминтизация) больные направляются на госпитализацию в стационар для оказания им специализированной медицинской помощи.

### 5.2.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ предупреждение развития осложнений.

### 5.2.6 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ желчегонная терапия (холеретики, холекинетики)
- ▲ спазмолитическая терапия
- ▲ противоаллергическая терапия
- ▲ дезинтоксикационная терапия
- ▲ предупреждение развития осложнений.

### 5.2.7 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения дополнительных мероприятий по диагностике и лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий условиям его выполнения.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками описторхоза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению описторхоза; б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

## 5.3 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь)

Стадия	Вне зависимости от степени тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	11 дней

**Код по МКБ-10: В66.0**

### 5.3.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

**Категория возрастная:** взрослые

**Пол:** любой

**Фаза:** вне зависимости от фазы

**Стадия:** вне зависимости от степени тяжести

**Осложнения:** вне зависимости от осложнений

**Вид медицинской помощи:** специализированная медицинская помощь

**Условия оказания медицинской помощи:** стационарно

**Форма оказания медицинской помощи:** неотложная

**Средние сроки лечения (количество дней):** 11 дней

### 5.3.2 Требования к диагностике в стационарных условиях

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления <sup>1</sup> [1]	Усредненный показатель кратности применения
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
V01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,1	1

### Лабораторные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
V03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,9	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	1	1
V03.016.010	Копрологическое исследование	1	1
A26.06.062	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к возбудителю описторхоза ( <i>Opisthorchis felinus</i> ) в крови	0,3	1
A26.16.003	Микроскопическое исследование дуоденального содержимого на яйца описторхисов	0,8	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1

<b>Инструментальные методы исследования</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,4	1
A06.30.005	Компьютерная томография органов брюшной полости	0,1	1
	Дуоденальное зондирование	0,8	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,8	1

### Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

<b>Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	11
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	0,6	1

<b>Лабораторные методы исследования</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,9	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	1	1
A26.06.062	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к возбудителю описторхоза ( <i>Opistorchis felineus</i> ) в крови	0,3	1
A26.16.003	Микроскопическое исследование дуоденального содержимого на яйца описторхисов	0,8	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A09.05.013	Определение альбумин/глобулинового соотношения в крови	0,2	1
A09.05.045	Исследование уровня амилазы в крови	0,6	1

A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	0,6	1
	Исследование уровня ГГТ	0,6	1

<b>Инструментальные методы исследования</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,4	1
A06.30.005	Компьютерная томография органов брюшной полости	0,1	1
	Дуоденальное зондирование	0,5	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,8	1

### 5.3.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, выявление осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, определения необходимости использования инструментальных и специальных методов обследования.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у).

#### 5.3.3.1 Клинические методы исследования

**Сбор анамнеза.** При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.), жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, отрыжку, кожный зуд, наличие артралгий/миалгий.

Целенаправленно выявляют данные эпидемиологического анамнеза (пребывание (даже кратковременное) в очаге описторхоза; употребление в пищу рыбы карповых пород (не только сырой, малосоленой или вяленой, но и недостаточно термически обработанной, а также “неопознанной” рыбы. При остром описторхозе важно установить срок употребления рыбы (обычно за 2 - 4 недели до заболевания), а при хроническом - частоту (возможность суперинвазии).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов, обращают внимание на наличие/отсутствие желтушности кожных покровов, аллергических высыпаний.

При объективном обследовании пищеварительной системы может выявляться обложенный белым налетом язык, увеличение печени. Край печени часто болезненный. Может отмечаться болезненность при пальпации толстой кишки, однако при этом отсутствует спазм сигмовидной кишки. Характерны боли в правом подреберье, иррадиирующие нередко в правую подключичную область или в область правой лопатки. Характер и интенсивность болей бывают различными: тупые, ноющие, давящие, жгучие. Характерны симптомы диспепсического характера (тошнота, рвота, изжога). Нередким синдромом является желтуха, степень выраженности которой варьирует в значительных

пределах - от субиктеричности склер, мягкого неба до интенсивной. Желтуха часто сочетается с кожным зудом. У некоторых больных выявляются положительные пузырьные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси.

### 5.3.3.2 Лабораторные методы исследования

Клинический анализ крови  
 Общий анализ мочи  
 Биохимический анализ крови  
 Серологическое исследование (ИФА)

### 5.3.3.3 Инструментальные методы исследования

Электрокардиограмма  
 УЗИ брюшной полости

### 5.3.3.4 Специальные методы исследования

Гельминтоовоскопические:

- а) Исследование дуоденального содержимого.
- б) Исследование фекалий.

### 5.3.4 Требования к лечению в стационарных условиях

Применение этиотропных, симптоматических, патогенетических средств по назначению врача-специалиста. Возможность оказания медицинской помощи в условиях палаты интенсивной терапии. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

### 5.3.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры;
- ▲ предупреждение развития осложнений;

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

### 5.3.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой		0,2			
		<i>Мебеверин</i>		г	0,4	4
A03AD	Папаверин и его производные		0,9			
		<i>Дротаверин</i>		г	0,12	1,2
		<i>Папаверин</i>		г	0,02	0,2

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03FA	Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта		0,4			
		<i>Метоклопрамид</i>		г	0,02	0,1
		<i>Домперидон</i>		г	0,01	0,05
A03AX	Др.препараты, применяемые при нарушениях функции кишечника		0,7			
		<i>Платифиллин</i>		г		
A05AA	Препараты желчных кислот		0,4			
		<i>Урсодезоксихолевая кислота</i>		г	0,25	3,5
A05AB	Препараты для лечения заболеваний желчевыводящих путей		1			
		<i>Гидроксиметилникотинамид</i>		г	1,0	20,0
		<i>Артишока листьев экстракт</i>		г	0,6	60,0
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени		0,6			
		<i>Расторопши пятнистой плодов экстракт</i>		г	0,1	80,0
		<i>Адеметионин</i>		г	0,8	8,0
		<i>Орнитин</i>		г	5,0	50,0
		<i>Эссенциальные фосфолипиды EPL®</i>		г	1,8	18,0
A07BA	Препараты угля		0,6			
		<i>Активированный уголь</i>		г	3	30
A07BC	Адсорбирующие кишечные препараты другие		0,9			
		<i>Полиметилсилоксана полигидрат</i>		г	1,2	12

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
		<i>Смектит диоктаэдрический</i>		г	6	60
		<i>Кремния диоксид коллоидный</i>		г	1,2	12
A07FA	Противодиарейные микроорганизмы		0,7			
		<i>Бифидобактерии и бифидум</i>		доза	15	210
A09AA	Ферментные препараты		1			
		<i>Панкреатин</i>		МЕ	30000 (по липазе)	300000 (по липазе)
		<i>Активированный уголь+Желчь+Крапивы двудомной листья+Чеснока посевного луковицы</i>		табл	8	80
		<i>Панкреатин (Мезим® форте)</i>		ЕД	10000	100000
A12CX	Другие минеральные вещества		0,4			
		<i>Калия и магния аспарагинат</i>		мл	5	30
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс		0,6			
		<i>Калия хлорид+Кальция хлорид+Магния хлорид+Натрия ацетат+Натрия хлорид</i>		мл	200	2000
B05CX	Другие ирригационные растворы		0,8			
		<i>Декстроза</i>		мл	25000	200000
B05XA	Растворы электролитов		1			
		<i>Натрия хлорид</i>		мл	600	6000



Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
		<i>Калия хлорид</i>		г	0,05	0,5
		<i>Магния сульфат</i>		г		
N02AB	Глюкокортикоиды		0,15			
		<i>Дексаметазон</i>		мг	24	120
		<i>Преднизолон</i>		мг	40	200
N02BB	Пиразолоны		0,3			
		<i>Метамизол натрия</i>		г	0,25	2,5
N02BE	Анилиды		0,5			
		<i>Парацетамол</i>		г	0,6	6
P02BA	Производные хинолина		1			
		<i>Празиквантел</i>		г	6,0	6,0
R06AC	Замещенные этилендиамины		0,5			
		<i>Хлоропирамин</i>		г	0,02	0,2
R06AE	Производные пиперазина		0,3			
		<i>Цетиризин</i>		г	0,01	0,14
		<i>Лоратадин</i>		г	0,01	0,10
R06AA	Аминоалкильные эфиры		0,6			
		<i>Дифенгидрамин</i>		г	0,1	1,0
V07A	Др.разные средства		1			
		<i>Сорбитол</i>		г	30	300

### 5.3.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе лечения в стационарных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной, в том числе и высокотехнологичной с использованием специальных методов лечения и обследования и обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения.

### 5.3.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения - до 12 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении или выписка из стационара на амбулаторное лечение;
- рекомендации для пациента – диспансерное наблюдение в течение 1 года;

<b>Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации</b>			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения

A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	11
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	11

### 5.3.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

#### Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество (длительность - дни)
Основной вариант стандартной диеты	1	11

### 5.3.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;

### 5.3.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий (проведение диагностики) к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками описторхоза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению описторхоза;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

### 5.3.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	75%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Улучшение	24%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

## 6. Графическое, схематическое представления протокола лечения больных

В данном разделе приводят графики, таблицы и схемы, облегчающие восприятие требований протокола и позволяющие упростить принятие решений специалистами, алгоритмы дифференциальной диагностики, последовательность выполнения медицинских технологий, оптимальные способы выполнения конкретных

## 7. Мониторинг протокола лечения больных

Мониторинг клинических рекомендаций (анализ использования, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение изменений и дополнений осуществляет ГБУЗ Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница №1» при взаимодействии со всеми заинтересованными организациями. Обновление версии клинических рекомендаций осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в 3 года.

## 8. Экспертиза проекта протокола лечения больных

Экспертизу проекта протокола лечения больных проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении Е, оформляют окончательную редакцию протокола.

## 9. Приложения

### Приложение А

**# Примечание:** при формировании перечней медицинских услуг указываются:

- в графах "Код" и "Наименование" - медицинские услуги и их коды согласно Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении;

- в графе "Частота предоставления" - частота предоставления медицинской услуги в группе пациентов, подлежащих ведению по данной модели пациента: отражает вероятность выполнения медицинской услуги и принимает значение от 0 до 1. Частота предоставления, равная 1, означает, что всем пациентам необходимо оказать данную медицинскую услугу, менее 1 - означает, что медицинская услуга оказывается не всем пациентам, а лишь при наличии показаний;

- в графе "Кратность выполнения" указывается среднее число медицинских услуг в случае их назначения.

Каждой модели пациента соответствуют определенные перечни медицинских услуг двух уровней:

- основной перечень - минимальный набор медицинских услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

- дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень медицинских услуг, выполнение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

Примечание:

**## Примечание:** Каждой модели пациента соответствуют перечни групп лекарственных средств двух уровней:

1) основной перечень - минимальный набор групп лекарственных средств, применяемых у пациента независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

2) дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень групп лекарственных средств, назначение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

\* - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

\*\* - международное непатентованное или химическое наименование лекарственного препарата, а в случаях их отсутствия - торговое наименование лекарственного препарата

\*\*\* - средняя суточная доза

\*\*\*\* - средняя курсовая доза

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории Российской Федерации, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

2. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442).

Приложение В

### Оформление сводной таблицы предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований

Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

## 10. Библиография

1. Беэр С. А. Биология возбудителя описторхоза. М., 2005: 336 с.
2. Виноградов К. Н. О новом виде двуустки (*Distomum sibiricum*) в печени человека. Отдельный оттиск // Труды Томского общества естествоиспытателей. Томск, 1881:15 с.
3. Яблоков Д. Д. Описторхоз человека. Томск, 1979: 237 с.
4. Bouvard V., Baan R., Straif K., Grosse Y., Secretan B., El Ghissassi F., Benbrahim-Tallaa L., Guha N., Freeman C., Galichet L., Cogliano V. A review of human carcinogens—Part B: biological agents // *Lancet Oncol.* 2009;10:321–322. WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group.
5. Парфенов С. Б., Озерецковская Н. Н., Золотухин В. А. Сравнительная характеристика клинико-иммунологических показателей разных контингентов больных описторхозом в очаге. Сообщение 2. Коренное население // *Мед. Паразитология и паразитар. болезни* 1989; 2:42–45.
6. Парфенов С. Б., Озерецковская Н. Н., Шуйкина Э. Е. Сравнительная характеристика клинико-иммунологических показателей различных контингентов больных описторхозом в гиперэндемичном очаге. Сообщение 4. Трансплацентарная передача антигенов *Opisthorchis felinus* // *Мед. паразитология и паразитар. болезни* 1991; 3:42–44.
7. Кузнецова В. Г. Патогенетические механизмы и особенности клиники последствий перенесенного описторхоза: Автореф. дис. ... док. мед. наук. Новосибирск, 2000:31 с.

8. Николаева Н. И., Николаева В. П., Гигилева А. В. Описторхоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение // Российский паразитологический журнал 2005; 5:23–26.
9. Пальцев А. И. Хронический описторхоз с позиций системного подхода. Клиника, диагностика, патоморфоз, лечение // РМЖ 2005; 2:96–101.
10. Калюжина М. И. Состояние органов пищеварения у больных в резидуальный период хронического описторхоза: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2000:53 с.
11. Святенко И. А., Белобородова Э. И. Особенности клинико-эндоскопической картины гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при хроническом описторхозе // Сибирский медицинский журнал 2010; 1:41–44.