

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Заведующая кафедрой ДМН, профессор Мартынова Г. П.

РЕФЕРАТ  
«Описторхоз у детей»

Выполнила: ординатор 1 года  
обучения по специальности  
«Инфекционные болезни»  
Слепнева Екатерина Владимировна

Красноярск 2022

## ***Оглавление***

|                                          |           |
|------------------------------------------|-----------|
| <b>Актуальность.....</b>                 | <b>3</b>  |
| <b>Определение.....</b>                  | <b>3</b>  |
| <b>Этиология.....</b>                    | <b>3</b>  |
| <b>Патогенез.....</b>                    | <b>3</b>  |
| <b>Эпидемиология.....</b>                | <b>4</b>  |
| <b>Классификация.....</b>                | <b>6</b>  |
| <b>Клиническая картина.....</b>          | <b>6</b>  |
| <b>Лабораторная диагностика.....</b>     | <b>8</b>  |
| <b>Инструментальная диагностика.....</b> | <b>9</b>  |
| <b>Лечение.....</b>                      | <b>10</b> |
| <b>Критерии выздоровления.....</b>       | <b>12</b> |
| <b>Профилактика.....</b>                 | <b>13</b> |
| <b>Заключение.....</b>                   | <b>14</b> |
| <b>Список литературы.....</b>            | <b>15</b> |

## **Актуальность**

Описторхоз, из группы биогельминтозов, наносит немалый ущерб здоровью населения. Большая часть мирового ареала описторхоза находится на территории России, границы которого расширяются и, поэтому, описторхоз остается актуальной социально-значимой проблемой здравоохранения, стабильно занимая 4–5 место среди паразитарных болезней ежегодно.

В настоящий момент на Россию приходится не менее 70% заболеваемости, Украину и Казахстан - примерно по 7-10%, Беларусь - около 3-5% и на долю стран Западной Европы, включая страны Балтии, - оставшиеся 3-4%. Иными словами, Россия продолжает «держат первенство» по распространенности этого опасного заболевания

## **Определение**

«Описторхоз» (B66.0 по МКБ-10; Opisthorchosis) – зоонозный биогельминтоз, вызываемый трематодами *Opisthorchis felinus* (двуустка кошачья, двуустка сибирская) и *Opisthorchis viverrini*, характеризующийся хроническим течением и преимущественным поражением гепатопанкреатобилиарной системы.

## **Этиология**

Возбудителями описторхоза являются гельминты, относящиеся к типу Plathelminthes, классу Trematoda, семейству Opisthorchidae, видам *Opisthorchis felinus* (двуустка кошачья) и *Opisthorchis viverrini*. Описторхисы имеют листовидную или ланцетовидную форму с заостренным передним концом, ротовой и брюшной присосками. *Opisthorchis felinus* несколько отличается размерами (длина 4-13 мм и ширина 1-3,5мм) от *Opisthorchis viverrini* (длина 5,4- 10,2 мм и ширина 0,8-1,9 мм). От ротовой присоски описторхисов идут глотка, пищевод, двуетвистый кишечник. В заднем конце тела имеется экскреторный канал. Половая система – гермафродитная. Два лопастных семенника расположены в задней части тела, яичник впереди семенников. Половое отверстие открывается впереди брюшной присоски. Яйца описторхисов бледно-желтого цвета, имеют нежную двухконтурную оболочку и крышечку на одном полюсе и утолщение скорлупы на противоположном полюсе (по форме напоминают огуречное семя). Их размеры 26-30×10-15 мкм.

## **Патогенез**

При переваривании инвазированной рыбы в двенадцатиперстной кишке метацеркарии выходят из оболочки и по общему желчному и панкреатическому протокам проникают в печень, желчный пузырь и поджелудочную железу, где через 2 недели достигают половой зрелости и через месяц начинают откладывать яйца.

В течение описторхоза выделяют две стадии: острую и хроническую.

Острая стадия кратковременная и соответствует по длительности времени развития личинки до половозрелой особи, затем следует хроническая стадия болезни. В острой (ранней) стадии болезни патологические изменения в организме обусловлены комплексным воздействием ряда факторов паразитов:

токсическими влияниями и аллергическими реакциями на продукты обмена гельминтов; микроциркуляторными нарушениями и последующими гипоксическими влияниями, способствующими развитию дистрофических процессов в печени и поджелудочной железе и других органах.

Патоморфологически ранняя стадия описторхоза характеризуется продуктивным васкулитом, эозинофильной инфильтрацией стромы различных органов (печени, легких, ЖКТ), десквамативными и пролиферативными процессами в желчных протоках. Тяжесть органной патологии зависит от интенсивности инвазии и особенностей реакции иммунной системы. У 13 коренных жителей природных очагов описторхоза острая фаза заболевания протекает легче, чем у некоренного населения.

В патогенезе хронической стадии описторхоза ведущими являются следующие факторы:

- 1) механическое повреждение желчных и панкреатических протоков, стенок желчного пузыря присосками и шипиками гельминта;
- 2) скопление паразитов в протоках с последующим замедлением тока желчи и секрета поджелудочной железы, что может быть причиной кистозного расширения протоков;
- 3) нервно-рефлекторных воздействий, нарушающих функциональное состояние желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 4) токсического и аллергического воздействия продуктов обмена паразитов;
- 5) присоединение вторичной инфекции желчных путей;
- 6) аутоиммунные процессы, обусловленные гибелью собственных тканей организма;
- 7) железистая пролиферация эпителия печеночных, желчных и панкреатических протоков (предраковое состояние). Патоморфологические изменения характеризуются явлениями каналикулита поджелудочной железы, хронического пролиферативного холангита, хронического гепатита, эрозивно-язвенных процессов в гастродуоденальной системе, холангиолитического цирроза печени. На течение хронического описторхоза существенное влияние оказывают генетические факторы (у лиц с третьей группой крови часто развивается диффузное поражение печени, у лиц с первой группой крови – эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной слизистой оболочки). Хронический описторхоз характеризуется изменениями трофологического статуса, развитием дефицитных состояний, анемии, что обусловлено развитием нарушений переваривания и всасывания питательных веществ, витаминов, микроэлементов. Инвазия паразитами сопровождается снижением напряженности неспецифического и специфического иммунитета, что проявляется осложненным течением интеркурентных заболеваний и нарушением иммунного ответа при вакцинации.

### **Эпидемиология**

Наиболее крупная эндемичная по описторхозу территория - бассейн Оби и Иртыша в Западной Сибири и Восточном Казахстане. Описторхоз

распространен также в бассейнах Камы, Волги, Северной Двины, Днепра, Немана, встречается в центральных областях Европейской части России, в Белоруссии, Прибалтике, странах Восточной Европы, в Германии. Инвазия *O. viverrini* широко распространена в Таиланде, регистрируется во Вьетнаме, Лаосе, Малайзии, Индии, на Тайване. Описторхоз - природно-очаговая инвазия, широко распространенная среди рыбацких животных, но в эндемических очагах основным источником заражения является человек. Заражение происходит при употреблении сырой, мороженой, слабосоленой, вяленой рыбы семейства карповых - язя, ельца, чебака, плотвы, леща, сазана и др. Пораженность описторхозом коренного населения севера достигает 80-100% и связана с традиционным потреблением термически не обработанной высокоинвазированной рыбы. Пораженность детей описторхозом на севере Западной Сибири уже к 8 годам достигает 80-100%. В Камском бассейне у детей коренных жителей описторхоз выявляют с 1-3-летнего возраста, к 14-15 годам пораженность достигает 30- 40%. Пораженность местного русского населения несколько ниже

### ***Эпидемиологические критерии диагностики описторхоза***

1. Проживание больного в эндемичном по описторхозу районе.
2. Использование больным в пищу инвазированной метацеркариями описторхисов рыбы, недостаточно термически обработанной, слабо просоленной, мороженой рыбы (строганины).
3. Принадлежность больного к группам населения, которые, согласно существующим национальным традициям, используют рыбу в качестве основного продукта питания, и в том числе строганину.

## **I. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10):**

### **B66.0 Описторхоз**

#### **II. Клиническая классификация описторхоза:**

##### **A. По типу:**

1. Типичная (манифестная форма)
2. Атипичная (латентная форма)

##### **B. По тяжести:**

1. Легкая форма
2. Среднетяжелая форма
3. Тяжелая форма

##### **C. По характеру течения**

1. Без осложнений
2. С осложнениями (инфицирование желчных путей, желчный перитонит, холецистит, панкреатит, первичный рак печени)

##### **D. По характеру течения:**

1. Острое (от 1 нед. до 1,5-2 мес.)
2. Хроническое (более 1,5-2 мес.): рецидивирующее, непрерывное

### **Клиническая картина**

Наиболее частые симптомы и синдромы описторхоза Инкубационный период описторхоза составляет от 2 до 4 недель (максимальный – до 6 недель).

**Острая форма** заболевания клинически манифестно проявляется у впервые заболевших людей.

При лёгком течении заболевания характерны: внезапное начало, температура до 38°C в течение одной или двух недель, жалобы на умеренную слабость и повышенную утомляемость.

Среднетяжёлому течению присущи повышение температуры до 39°C и выше в течение двух или трех недель, уртикарные высыпания, боли в мышцах и суставах, у некоторых пациентов отмечаются выраженные диспептические явления (рвота и диарея).

При тяжёлом течении помимо высокой температуры тела, высыпаний на коже, головной боли, заторможенности или возбуждения, бессонницы, отчетливо проявляются признаки поражения внутренних органов. При поражении печени отмечается иктеричность кожи и склер различной интенсивности, боли в правом подреберье, увеличение печени и селезенки, увеличение мезентериальных и периферических лимфоузлов. При поражении пищеварительного тракта отмечается упорные приступообразные боли в правом в эпигастрии и правом подреберье, тошнота, рвота, вздутие живота, расстройства стула. У некоторых больных развивается поражение респираторного тракта: появляются кашель, боли в грудной клетке при дыхании, одышка, рентгенологически в легких выявляются мигрирующие инфильтраты или пневмония. В клиническом анализе крови отмечается эозинофилия. Тяжелая форма острого описторхоза проявляется следующими клиническими вариантами: тифоподобным, гепатохолангитическим, гастроэнтероколитическим или вариантом с

преимущественным поражением респираторного тракта (в виде обструктивного бронхита или пневмонии). В клиническом анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз, эозинофилия, анемия с нормобластическим или мегалобластическим типом кроветворения. В биохимическом анализе крови выявляется повышение АлАТ и АсАТ, щелочной фосфатазы, прямого билирубина.

В зависимости от интенсивности инвазии острая фаза заболевания длится от 1 до 4 недель. Возможно затяжное течение острой фазы – до двух и более месяцев. У коренных жителей эндемичных по описторхозу районов, заражающихся в детском возрасте, инвазия протекает в латентной форме, проявляющейся только наличием умеренной эозинофилии.

**Хроническая форма** описторхоза характерна для жителей эндемических районов, отличается большим разнообразием проявлений. Появление клинических симптомов болезни может произойти через 10-20 лет после заражения и при отсутствии выраженной острой фазы заболевания. Наиболее частыми симптомами являются: чувство тяжести и распирания в эпигастриальной области, снижение аппетита, рвота, боли в правом подреберье. Температура тела нормальная или субфебрильная. Возможно бессимптомное (латентное) течение хронической формы заболевания.

Хронический описторхоз может проявляться признаками дисфункции билиарного тракта, хронического холецистита, хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

При поражении поджелудочной железы у больных отмечаются боли опоясывающего характера с отдачей в левую половину грудной клетки, спину, левое плечо.

При поражении нервной системы по типу астено-невротического синдрома у больных отмечаются головные боли, головокружения, нарушения сна, эмоциональная неустойчивость, депрессия, раздражительность, частая смена настроения, снижение работоспособности и др.

При хроническом описторхозе иногда развивается поражение сердца, при этом больные жалуются на боли или неприятные ощущения в области сердца, сердцебиения, перебои в работе. В ряде случаев возможно развитие хронического миокардита.

При хроническом описторхозе часто отмечаются признаки хронического гастрита, дуоденита, гастродуоденита, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Симптомы поражения гастродуоденальной системы обычно выражены умеренно.

Хронический описторхоз может проявляться изолированными клиническими вариантами: изолированными симптомами холецистита, холангита; изолированными симптомами панкреатита; признаками недостаточности пищеварительных ферментов (синдром мальабсорбции); общетоксическими проявлениями и аллергическими реакциями.

Хроническая форма описторхоза у детей сопровождается отставанием в физическом развитии, расстройствами питания, анемией и другими полидефицитными состояниями, иммуносупрессией. Наличие описторхоза

отрицательно сказывается на течении беременности и родов.

**Осложнения описторхоза.** Гнойный холангит, разрыв кистозно-расширенных желчных протоков с развитием желчного перитонита, эрозивно-язвенные поражения верхнего отдела пищеварительного тракта, панкреатит, хронический гепатит, цирроз печени, холангиокарцинома.

### **Лабораторная диагностика**

*Методы и показания:*

*Метод 1:* Гематологический (выявление лейкоцитоза, повышения СОЭ, эозинофилии, снижения уровня гемоглобина и эритроцитов)

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для определения степени тяжести заболевания

*Метод 2:* Копрологическое исследование

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для подтверждения нозологии А 22 (обнаружение яиц гельминта *Opisthorchis felinus*) и выявления осложнений (воспалительных изменений и признаков мальабсорбции)

*Метод 3:* Биохимический (выявление повышения АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы, прямого билирубина)

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для подтверждения нозологии и определения степени тяжести заболевания

*Метод 4:* Серологический (обнаружение антител классов Ig G и IgM к возбудителю описторхоза в крови)

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для подтверждения нозологии

*Метод 5:* ПЦР кала (выявление ДНК *Opisthorchis felinus*)

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для подтверждения нозологии

*Метод 5:* Микроскопическое исследование дуоденального секрета (обнаружение яиц гельминта *Opisthorchis felinus*)

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для подтверждения нозологии



## **Инструментальная диагностика**

*Методы и показания:*

*Метод 1:* Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, мезентериальных лимфоузлов

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для выявления осложнений заболевания (холецистит, панкреатит, цирроз печени, новообразования)

*Метод 2:* Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами осложненного описторхоза для выявления свободного газа в брюшной полости разрыве кистозно-измененных желчных протоков

*Метод 3:* Эндоскопический (фиброэзофагогастродуоденоскопия)

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами осложненного описторхоза для выявления эрозивных и язвенных поражений верхнего отдела пищеварительного тракта, варьикозного расширения вен пищевода при портальной гипертензии

*Метод 4:* Рентгенологическое исследование легких

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для выявления легочных эозинофильных инфильтратов, пневмонии

*Метод 5:* Электрокардиограмма

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для выявления нарушений сократительной способности сердца, нарушения сердечного ритма и дистрофических изменений миокарда

*Метод 5:* Эхокардиография

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для выявления нарушений сократительной способности сердца, гипертрофии миокарда желудочков

*Метод 6:* Магнитно-резонансная томография для исследования печени, желчного пузыря, поджелудочной железы

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для выявления осложнений заболевания (холангит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, новообразования)

*Метод 7:* Компьютерная томография для исследования печени, желчного пузыря, поджелудочной железы

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для выявления осложнений заболевания (холангит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, новообразования)

*Метод 8:* Лапароскопия

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами осложненного описторхоза для выявления желчного перитонита при разрыве кистозно-измененных желчных протоков

*Метод 9:* Эндоскопическая ретроградная холецистохолангиопанкреатография

*Показания:* Пациенты с клиническими симптомами описторхоза для выявления осложнений заболевания (кистозно-расширенных желчных протоков, каналикулита поджелудочной железы и др.)

## Лечение

Специфическое лечение описторхоза в ранней стадии болезни хлорсиксом эффективно только через 1,5 - 2 мес. после заражения, когда гельминты достигают половой зрелости.

При выраженной клинической картине лечение следует начинать патогенетическими средствами с использованием желчегонных средств, витаминов, физиотерапевтических процедур.

Хлорсил 300 мг на 1 кг массы тела, цикл лечения - 3 дня, по 100 мг на 1 кг массы тела в сутки в три приема после еды. Лечение хлорсиксом следует сочетать с десенсибилизирующими средствами (димедрол в возрасте 2 - 3 лет - 0,01 х 2 раза в день, 4 - 5 лет - 0,01 х 3 раза, 6 - 7 лет - 0,02 х 2 раза, 8 - 9 лет - 0,025 х 2 раза, 10 - 14 лет - 0,03 х 2 раза; тавегил 1/4 - 1/2 таблетки 2 - 3 раза в день в зависимости от возраста; пипольфен, супрастин, диазалин - дозы такие же, как димедрола;

Перитол до 3 лет - 1 мг, 3 - 5 лет - 2 мг, 5 - 7 лет - 4 мг и старше 7 - 8 лет - 6 мг, суточную дозу можно делить в 2 приема). Все антигистаминные препараты назначают курсами по 5 - 10 дней.

При особо тяжелом течении острой стадии болезни с явлениями гепатита, пневмонией, миокардитом назначают глюкокортикоидные препараты (преднизолон из расчета 1 - 2 мг на 1 кг массы тела), курс лечения 3 - 5 дней с быстрым снижением (в течение одной недели).

Хроническая стадия болезни: хлорсил в курсовой дозе 300 мг на 1 кг массы тела в течение 2, 3, 5 или 10 дней.

Практически наиболее удобной, достаточно эффективной и хорошо переносимой является 3-дневная схема лечения хлорсиксом. Эффективность лечения по данной схеме составляет 76%, из них полный паразитологический эффект после одного курса лечения отмечен у 37% детей, снижение интенсивности инвазии у 39%. Паразитоцидная эффективность хлорсила различна в разных возрастных группах, в возрасте 1 - 3 лет эффективность хлорсила составляет 100%, а в возрасте 13 - 15 лет лишь 31%.

Лечение хлорсиксом у детей проводят в условиях стационара или дневного стационара. Паразитоцидный эффект оценивают через 6 и 12 месяцев после курса лечения.

В настоящее время препаратом выбора для лечения описторхоза у детей является празиквантел (билтрицид), назначают из расчета 40 - 60 мг на кг массы тела, курс лечения 1 день, дозу делят на 2 - 3 приема, принимать во время еды.

Лечение празиквантелом проводят в условиях дневного стационара. Препарат хорошо переносится детьми. Эффективность составляет 82%. При отсутствии эффекта повторный курс празиквантеля повторяют через 6 - 12 мес. в той же дозе.

При лечении в условиях стационара назначается диета N 5 по Певзнеру.

К специфической терапии в зависимости от типа дискинезий дополнительно рекомендуется прием пищи 4 раза с ежедневным употреблением творога, мяса, а также овсяной и гречневой крупы, по возможности, овощные салаты с

растительным маслом, содержащим полиненасыщенные жирные кислоты. Пища должна быть химически

При гипертонусе желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей, выраженном болевом синдроме на фоне специфической терапии необходимо назначать миотропные спазмолитики, обладающие расслабляющим действием на тонус желчевыводящих путей:

- 1) Но-шпа внутрь детям до 5 лет по 1/2 таблетки 2 - 3 раза в день, от 6 до 10 лет - 1/2 - 3/4 таблетки 3 раза в день, от 11 до 15 лет по 1 таблетке 3 раза после еды или 2% раствор но-шпы - 1 - 2 мл в/м, курс 2 недели.
- 2) Галидор - до 7 лет по 1/2 таблетки в день, от 7 до 15 лет по 1 таблетке 2 раза в день, курс лечения 14 дней;
- 3) Атропина сульфат 0,1% - 4 - 10 капель 2 раза в день внутрь или 0,3 - 0,5 мл п/к или в/м, курс лечения 10 дней;
- 4) 0,2% платифиллина гидротартрата по 0,1 - 0,5 мл п/к, длительность лечения 10 - 14 дней.

Затем назначают лекарственные вещества, стимулирующие желчеобразовательную функцию печени (холеретики).

- 1) Аллохол по 1/2 таблетки 3 раза в день после еды, холензим по 1/2 драже 3 раза в день после еды; 2) хологон детям в возрасте от 2 до 5 лет по 0,05 - 0,1 3 раза в день, от 6 до 15 лет - по 0,2 - 0,25 3 раза в день после еды, курс лечения 14 дней. Холекинетики химического синтеза - никодин 0,25 - 0,5 3 раза в день до еды; оксафенамид по 0,25 - 0,5 3 раза в день перед едой.

При гипертоническом типе дискинезий необходимо назначать седативную терапию:

Натрия бромид (внутрь) 3 - 4 года - по 0,2; 5 - 6 лет, 7 - 9 лет - по 0,3; 10 - 14 лет - по 0,5 3 - 4 раза в день

Длительность лечения 3 - 4 недели, при необходимости курс продолжают до 6 - 8 недель.

При дисбактериозе назначают биопрепараты в зависимости от характера дисбактериоза.

Диспансерное наблюдение детей и при необходимости патогенетическую терапию проводят в течение 3 лет после последнего курса лечения.

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

-Сроки ограничения в среднем 7 дней;

-Порядок снятия ограничений – выписка в детский коллектив при клиническом выздоровлении;

-Рекомендации для пациента – диетическое питание в течение 3 месяцев; диспансерное наблюдение в течение 12 месяцев;

-Дополнительная информация для членов семьи – соблюдение общей и личной гигиены; употребление в пищу достаточно термически обработанной (идлительно просоленной) рыбы.

### **Критерии выздоровления:**

- Стойкая нормализация температуры и характера стула в течение 3 дней и более;
- Отсутствие интоксикации;
- Отсутствие характерных для описторхоза клинических признаков поражения печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы и других органов;
- Отсутствие воспалительного процесса по данным анализа крови;
- Отсутствие воспалительного процесса в кишечнике по копрологического исследования;
- Отсутствие или значительное снижение выраженности воспалительного процесса верхнего отдела пищеварительного тракта по данным эндоскопического исследования;
- Нормализация или значительное уменьшение размеров печени;
- Отрицательные результаты паразитологического исследования фекалий на яйца описторхисов (трехкратные с интервалом 1 нед.) через 3-4 мес. после окончания курса лечения
- Отрицательные результаты паразитологического исследования дуоденального секрета на яйца описторхисов через 3-4 мес. после окончания курса лечения

**Профилактика:**

Основным методом профилактики описторхоза у детей остается употребление рыбы семейства карповых только в термически обработанном виде. В очагах инвазии необходимо гигиеническое просвещение родителей, особенно старших членов семьи (разъяснение им недопустимости кормления детей раннего возраста сырой рыбой или ее использования в качестве соски). Общие профилактические мероприятия заключаются в предупреждении попадания нечистот в речные бассейны, уничтожении моллюсков, промежуточных хозяев описторхиса, контроле за инвазированностью рыбы на производстве и в торговой сети. Прогноз описторхоза у детей при своевременной диагностике и рациональном комплексном лечении благоприятный.

## **Заключение**

Внедрение возбудителей в организм человека приводит к тяжелому поражению печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, сопровождается аллергическими проявлениями и дисбактериозом. У больных описторхозом отмечено снижение иммунитета в отношении простудных заболеваний. Кроме того, заболевание может маскироваться под другие и выявляется не сразу. Помимо непосредственного вреда здоровью, описторхоз вынуждает больного проходить длительное обследование, проводить лечение, зачастую повторное, восстанавливать микроценоз кишечника после дегильминтации.

Проблема описторхоза заслуживает внимания, тем более что количество больных в последние годы не только не уменьшилось, но и возросло. Из сказанного очевидно, что решение проблемы описторхоза возможно лишь при комплексном подходе к ней со стороны специалистов различных профилей - экологов, рыбоводов, санитарных врачей. Важная роль в снижении заболеваемости принадлежит пропаганде знаний среди населения. Учитывая, что проблема описторхоза еще долгое время будет существовать и оставаться актуальной, необходимо внесение сведений об описторхозе в региональные учебники биологии, начиная с младших классов. В этот период идет формирование мировоззрения ребенка, и он правильно воспринимает непосредственную связь между собой и природой. Начатое с детства воспитание в человеке культуры общения с природой должно привести к снижению заболеваемости описторхозом.

**Список литературы:**

**1. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ)  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ  
ОПИСТОРХОЗОМ**

Разработан: ФГБУ НИИДИ ФМБА России

Утвержден на заседании Профильной комиссии 18 февраля 2014г.

2. Профилактика описторхоза. Методические указания. МУ 3.2.2601-10  
Москва 2010

3. Инфекционные болезни у детей/ В.Ф. Учайкин., Н.И. Нисевич.,О.В.  
Шамшева 2014г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

### РЕЦЕНЗИЯ

ДМН, профессора кафедры детских инфекционных болезней с курсом ПО

Мартыновой Галине Петровне

На реферат ординатора 1-го года обучения специальности «Инфекционные болезни»

Слепнева Екатерина Владимировна

по теме «Описторхоз»

| Оценочный критерий                                    | Положительный/отрицательный |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Структурированность                                | Положительный               |
| 2. Наличие орфографических ошибок                     | Положительный               |
| 3. Соответствие текста реферата по теме               | Положительный               |
| 4. Владение терминологией                             | Положительный               |
| 5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы  | Положительный               |
| 6. Логичность доказательной базы                      | Положительный               |
| 7. Умение аргументировать основные положения и выводы | Положительный               |
| 8. Круг использования известных научных источников    | Положительный               |
| 9. Умение сделать общий вывод                         | Положительный               |
| 10. Актуальность                                      | Положительный               |

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата: 18.02.2022г

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: