**Министерство здравоохранения и социального развития РФ**

**ГАУ АО ПОО «Амурский медицинский колледж»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**Т е м а:**

**Т Р Е М А Т О Д О З Ы**

**(ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ СОСАЛЬЩИКАМИ)**

**Дисциплина: КЛИНИЧЕСКАЯ ПАРАЗИТОЛОГИЯ**

**Специальность:31.02.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

 г. Благовещенск

Рассмотрено УТВЕРЖДАЮ

На заседании ЦМК Экспертный совет при

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015г. информационно-методическом

Председатель ЦМК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ центре АМК

 Симонова Г.А. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015

Составлена преподавателем Даниленко Ольгой Михайловной в соответствии с требованиями Федерального Государственного образовательного стандарта СПО

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Методическая разработка состоит из:

* организационно - методического блока
* блока учебной информации
* блока закрепления

Рекомендации по работе с методической разработкой:

Методическая разработка предназначена для проведения практического занятия по дисциплине «Клиническая паразитология» на 3 курсе по специальности «Лечебное дело» с учетом знаний и умений, общих и профессиональных компетенций, сформированных при изучении общепрофессиональных дисциплин: латинского языка, анатомии и физиологии, основ сестринского дела, фармакологии и клинических дисциплин: инфекционных болезней, терапии и педиатрии.

Методическая разработка содержит перечень целей, знаний и умений, общие и профессиональные компетенции, которыми должен овладеть студент; мотивацию, перечень основной и дополнительной литературы, межпредметные и внутрипредметные связи, оснащение занятия.

Теоретический материал освещен в разделе < Блок учебной информации», в нём подробно рассмотрены все аспекты, касающиеся данной темы, план лекции и контрольные вопросы, глоссарий.

В блок контроля включены диктант - мультилог, тесты с эталонами ответа на задания для определения исходного уровня знаний, проблемно­ситуационные задачи с эталонами, слепые таблицы «Этиоэпидемиологическая и клинико-диагностическая систематика трематодозов», варианты индивидуальных письменных заданий, «паразитологическое лото» и варианты зачетного тестового контроля знаний студентов.

Количество часов на тему:

Теория-2 часа

Практика - 6 часов.

**Организационно - методический блок**

Тема: **ТРЕМАТОДОЗЫ**

 **(Итоговое занятие)**

Тип урока Практическое занятие с элементами проблемного обучения

 ( Итоговое занятие)

 **Время** 270 минут

**Аудитория**  Специальность «Сестринское дело», 4 курс

**Место проведения** Кабинет СД при инфекционных болезнях на базе Амурской областной инфекционной больницы

**Оснащение**  1. Таблицы 10

 2. Учебные пособия для студентов 5

 3. Укладки для забора исследуемого
 материала на я/г 5

 4. Образцы антипаразитарных препаратов 3
 (планшет)

 5. Дуоденальный зонд и др. принадлежности 1
 для зондирования
 6. Раздаточный учебно-методический
 материал

**Раздаточный** 1**.** Глоссарий (Приложение №1) 5

 **материал**

2**.** «Слепые» граф-таблицы «Этио-эпидеми- 10

 ологическая и клинико-диагностическая

 систематика трематодозов» (Приложение-2)

 3. Ситуационные задачи (Приложение №3) 10

 4. Тест-программированный контроль для устного

 фронтального опроса - 2 варианта

 (Приложение № 4) 5

 5. Тесты для самоконтроля -1 вариант 5

 (Приложение №5)

 6. Паразитологическое лото (Приложение  №6) 10

 7. Задания для письменного опроса (Приложение №7) 10

 8. Варианты зачетного тестового контроля 10

**Межпредметные связи**

1. Биология «Плоские черви»
2. Фармакология «Антипаразитарные средства»
3. Гигиена и экология человека: «Гигиена питания», «Гигиена воды», «Гигиеническое значение почвы»
4. ОСД: «Гигиена больного», «Дезинфекция», «Лабораторные методы исследования»
5. СД в терапии: «Болезни кишечника», «Болезни печени», «Анемии», «Дополнительные методы исследований»
6. Микробиология
7. Латинский язык
8. Психология
9. СД при инфекционных болезнях: «Кишечные инфекции», «Вирусные гепатиты»

**Внутрипредметные связи**

1. Основы медицинскои паразитологии
2. Учение о гельминтозах

**Литература основная**

1. Дайтер А.Б., Тумка А.Ф. Паразитарные болезни. -Л.: Медицина, 1980г
2. Генис Д.К. Медицинская паразитология: Учебник. - М.: Медицина, 1991г.
3. Романовский В.Е. Клинический справочник фельдшера. Ростов н/Д.: «Феникс».

 1997г.

 4. Антонова Т.В. с соавтр. Инфекционные болезни. Учебник для медучилищ / Под ред. Г.В. Беляевой - СПб.: СпецЛит, 2000г, 2011г.

 5. В.И. Покровский, С.Г. Пак, Б.К. Данилкин. Инфекционные болезни и эпидемиология.: Учебник - М.: ГЭОТАР, Медицина, 2000 г.

 6. Заяц РГ., Рачковская ИВ., Карпов И.А.. Основы общей и медицинской паразитологии. Ростов н/Д.: «Феникс», 2002.

**Литература дополнительная:**

1. Черкасский Б.Л. Инфекции и паразитарные болезни человека: справочник

 эпидемиолога. -М.: «Медицинская газета», 1994г.

1. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. - М. Медицина, 1995г.
2. Заразные болезни человека. Справочник по ред. Н.Д. Ющука и Ю.Я. Венгерова - М.Медицина, 1997г.
3. Барышников Е.Н. Медицинская паразитология: учебное пособие для студентов вузов: Владос -пресс,2005
4. Справочник по инфекционным болезням для среднего мед. персонала. \Под ред. Рахмановой А.Г. - Спб.: Гиппократ - 1992г. И «Питер» -2001г.
5. Паразитарные болезни человека. Под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова.

 - Спб: ООО «Издат-во Фолиант», 2011г.

**ХРОНОКАРТА ЗАНЯТИЯ**

1. Организационный момент 5 мин
2. Мотивация темы, методическая установка 5 мин
3. Самостоятельная работа студентов и проверка письменного 40 мин

домашнего задания.

1. Контроль исходного уровня знаний (диктант-мультилог) 5 мин
2. Заслушивание рефератов 15 мин
3. Фронтальный опрос (устный тест-контроль знаний) 20 мин
4. Разбор архивных историй болезни или тематических больных 20 мин

(клинических примеров)

1. Решение ситуационных задач 60 мин

 9. Самостоятельная письменная работа 15 мин

 10. Проверка письменных заданий 10 мин

 11. Закрепление пройденного материала 30 мин

 «паразитологическое лото» или разгадывание кроссвордов)

 12. Подведение итогов по изученной теме 30 мин

 13. Зачет по изученной дисциплине 30 мин

 14. Подведение итогов зачетного занятия 10 мин

 Итого: 270 мин.

**Содержание занятия**

1. **Организационный момент. 5 мин**

 Преподаватель приветствует студентов, отмечает отсутствующих, проверяет готовность аудитории к занятию, внешний вид студентов, наличие дневников практики, объявляет тему занятия.

1. **Мотивация темы. 5 мин**

 Распространение трематодозов на Дальнем Востоке, как патологии региональной, приобретает особую значимость в плане изучения данной проблемы. В силу национальных особенностей приема в пищу сырой, вяленой и копченой рыбы северными народами Приамурья (и не только), возрос процент заболеваемости клонорхозом и др. гельминтозами, вызываемыми сосальщиками. Коварность данной патологии выражается в том, что эта болезнь протекает чаще всего в латентной или стертой форме и выявляется, порою, примерно лет через 15-25, но иногда уже на стадии таких серьезных в плане прогноза осложнений, как цирроз или рак печени.

На всех этапах борьбы с паразитарными заболеваниями (ПЗ) весьма значительна роль СМР, как непосредственного исполнителя различных лечебно-профилактических

мероприятий на участке, амбулатории, стационаре и активного проводника санитарной культуры.

ПЗ отличаются характерными особенностями, которые определяют некоторое своеобразие диагностики, лечения и ухода за пациентами, знание которых необходимо медицинскому работнику. Диагностика ПЗ, их профилактика и лечение требуют в первую очередь знаний морфологических и биологических характеристик паразитов -возбудителей. Большое значение для своевременной диагностики и эффективности лечения, предупреждения осложнений (и большую роль) играют знания психологии и использование этико-деонтологических принципов.

**Методическая установка**

 Преподаватель предлагает студентам ознакомиться:

а) с планом проведения занятия

б) с целями

в) знаниями, умениями, представлениями (ЗУП),

 которые студенты должны освоить и закрепить к концу занятия.

**Учебная цель занятия**

* Проконтролировать и закрепить степень усвоения знаний, умений, представлений по теме;
* Сформировать умения логически мыслить, анализировать, сравнивать;
* Привить чуткое, внимательное отношение к пациентам, аккуратность, добросовестность, соблюдение этико- деонтологических, правовых норм и инфекционной безопасности.

**Знания**

1. Понятие трематод и трематодозов.
2. Представители класса трематод и вызываемые ими заболевания.
3. Представители кишечных и внекишечных сосальщиков.
4. Этиология, эпидемиология, циклы развития, клиника, диагностика, лечение и профилактика трематодозов:
5. Метагонимоз
6. Клонорхоз
7. Описторхоз
8. Фасциолез
9. Парагонимоз
10. Дикроцелиоз и нанофиетоз (реферат)
11. Дикроцелиоз и нанофиетоз (реферат)

**Умения**

1. Собирание анамнеза и выявление жалоб пациента.
2. Выявление нарушенных потребностей. Определение и формулировка проблем пациента, постановка целей и составление плана сестринских вмешательств с их обоснованием.
3. Взятие перианального соскоба (4 способа) - повторение
4. Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования (повторение ОСД)
5. Взятие, доставка исследуемого материала (кала, желчи, мокроты на я/г) от пациентов с трематодозами и оформление направлений в лабораторию.
6. Дезинфекция испражнений пациентов с ПЗ.

**Представления**

1. Биологические циклы развития основных трематод.

**Фельдшер должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность (по углубленной подготовке):**

OK 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

OK 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

OK 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

OK 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ОК 14. Исполнять воинскую обязанность, в том числе с применением полученных профессиональных знаний (для юношей).

 **Фельдшер должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими основным видам профессиональной деятельности, по ПМ.02 «Лечебная деятельность»:**

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.

ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

**3. Самостоятельная работа студентов. 40 мин.**

а) студенты изучают морфологию основных трематод и биологические циклы их развития по рисункам и схемам (таблицы пособия), отвечая на тестовые вопросы для самоконтроля и взаимно друг друга оценивая.

б) студенты повторяют подготовку пациента и проведение дуоденального зондирования (профессиограммы), записывая в дневники.

в) студенты повторяют способы перианального соскоба, отрабатывая их на муляжах.

г) преподаватель во время самостоятельной работы контролирует ее выполнение, консультирует студентов по неясным вопросам и одновременно проверяет письменные домашние задания студентов по заполнению «слепых» граф таблиц «Этио-эпидемиологическая и клинико-диагностическая систематика трематодозов»

(Приложение 2).

**4.Контроль исходного уровня знаний студентов** проводится с 5 мин

помощью диктанта - мультилога для выявления общего уровня подготовки группы и знаний терминологии. Преподаватель зачитывает термины, студенты по очереди объясняют их значение.

1. Заслушивание рефератов 15 мин

Студенты слушают реферативные сообщения по темам: «Дикроцелиоз и нанофиетоз», «Шистосомозы и шистосоматидные дерматиты». В заключении преподаватель задает вопросы на закрепление прослушанной студентами информации, либо предлагает это сделать докладчикам (по заранее подготовленным кратким тестовым заданиям).

1. Фронтальный опрос **проводится в устной форме с помощью 20 мин**

тест- контроля, предварительно раздав тестовые задания студентам на каждый стол (Приложение-4)

1. **Разбор архивных историй болезни 20 мин**

Преподаватель предлагает вниманию студентов клинические примеры из архивных историй болезни, акцентирует внимание студентов на возможные осложнения во время проведения дегельминтизации. Обращает внимание студентов на ошибки медперсонала в терминологии, в лечебной тактике ведения больных и подготовке пациентов к лечебно- диагностическому дуоденальному зондированию.

1. **Решение ситуационных задач 60 мин**

На каждый стол предлагается комплект из всех 10 задач (приложение № 3). Преподаватель распределяет задачи между студентами. Преподаватель распределяет задачи между студентами. В течение 5-8 минут студенты самостоятельно готовятся. Затем каждый студент отвечает на свою задачу, остальные внимательно слушают, дополняя, рецензируя ответы друг друга.

1. **Самостоятельная работа студентов 15 мин**

Студенты выполняют письменные задания по вариантам
 (Приложение 7).

1. **Студенты перекрестно проверяют, анализируя письменные 10 мин**

задания друг друга. Преподаватель оценивает.

1. **Закрепление пройденного материала 30 мин**

Проводится с помощью «паразтологического» лото 10 вариантов (приложение №6 Студенты работают каждый со своим вариантом, затем попарно рецензируют ответы друг друга. (Закрепление возможно и с помощью разгадывания кроссвордов – 5).

1. **Подведение итогов по изученной теме 5 мин**

Преподаватель подводит итоги занятия, комментируя оценки

за каждый этап урока, отмечая недостатки, слабые и отличные
ответы, активность студентов и объявляет поурочный балл.

1. **Зачет по изученной дисциплине 30 мин**

Преподаватель раздает зачетные варианты письменных заданий, объявляет установочное для самостоятельной работы время, объясняя неясные вопросы и контролируя дисциплину в группе.

1. **Подведение итогов зачетного занятия 10 мин**

Преподаватель подводит заключительные итоги пройденного цикла.

Дает краткую характеристику группы, отмечая активность студентов, недостатки, слабые стороны. Комментирует итоговые оценки каждого студента, выставляя оценки в зачетные книжки.

 **И Т О Г О 270 мин**

**Блок учебной информации.**

**План лекции:**

1. Определение понятий «трематоды» и «трематодозы».
2. Представители кишечных и внекишечных трематод.
3. Внекишечные трематодозы (этиология, эпидемиология и цикл развития, клиника и осложнения, диагностика и лечение):
4. Клонорхоз
5. Описторхоз
6. Фасциолёз
7. Парагонимоз
8. Редко встречаемые внекишечные сосальщики:
9. Дикроцелий
10. «Эуритрема панкреатикум»
11. Кишечные трематодозы (этиология, эпидемиология и цикл развития, клиника и осложнения, диагностика и лечение):
12. Метагонимоз
13. Нанофиетоз
14. Профилактика биогельминтозов, передающихся через рыбу и рыбные продукты, раков, крабов.

Лекция 5

Даниленко О.М.

**Т р е м а т о д о з ы**

**- гельминтозы, вызываемые сосальщиками (трематодами).**

 Большинство сосальщиков являются внекишечными, за исключением двух кишечных, а именно: метагонима, вызывающего паразитарное заболевание (ПЗ) - метагонимоз и нанофиета, вызывающего нанофиетоз.

**Внекишечные трематодозы**

1. **КЛОНОРХОЗ**

- зооантропонозный природно-очаговый биогельминтоз с фекально- оральным механизмом заражения, преимущественным поражением печени, гепатобилиарной системы (желчевыводящей-жвс) и поджелудочной железы.

**Этиология:** возбудитель - крупный плоский червь (трематода) - китайский сосальщик ( в прошлом - китайская двуустка) размерами 2 - 4 х 10 - 20 мм. Я\г сохраняют жизнеспособность в воде до 3 месяцев.

 **Эпидемиология:** источником инвазии и окончательным хозяином являются человек и плотоядные животные (кошки, собаки, лисы и др.). Промежуточный хозяин - моллюски, дополнительный - карповые рыбы (сазан, карась, чебак, плотва, лещ, язь, елец и др.) и некоторые пресноводные раки. Восприимчивость всеобщая. Заражение происходит пищевым путём. В РФ регистрируется на ДВ в бассейне р.Амур; эндемичными являются Китай, Корея, Ю В Азия. В эндемичных районах течение клонорхоза чаще первично­ хроническое с предшествующей многолетней клинически латентной фазой. В организме человека паразит может паразитировать 25-40 лет и более. У неимунных лиц, приезжающих в очаг (особенно у молодых и детей) возможна острая фаза болезни. Могут быть групповые вспышки.

 **Клиника:** инкубационный период варьирует в зависимости от интенсивности инвазии от 2-4 до 6 недель. В острый период возможен токсико-аллергический синдром, лихорадка. Эозинофилия в крови достигает иногда 80%. От степени интоксикации зависит и степень тяжести. В результате миграции личинок в ткани развивается какая-либо органная патология с локальной симптоматикой (холангиохолецистический и гепатохолецистический, или желтушный синдромы, гастродуоденальный, холецистопанкреатический, не исключаются миокардит, синдромы катаральный, бронхолегочный и энтероколита). При поздно начатом или неэффективном лечении острая фаза переходит в подострую с последующей хронизацией. В хроническую (позднюю) фазу преобладают симптомы холангиогепатита или холецистопанкреатита (последний - чаще у женщин), гастродуоденита (чаще у мужчин). При хроническом течении возможны тяжелые осложнения: цирроз, рак, абсцесс печени, разрыв паразитарной кисты с перитонитом, язвенная болезнь желудка и 12п кишки.

**Диагностика:** профессиональный и пищевой анамнез, пребывание в эндемичных районах. Копроовоскопия и исследование дуоденального содержимого возможно не ранее, чем через 3-4 недели после заражения, (учитывая цикл развития гельминта с поздним выделением я/г после заражения). Дополнительными методами исследования вляются: серологические (реакции ЭМА и ИФА), УЗИ, холецисто-, холангиография, гастроскопия.

 **Лечение:** перед проведением специфического антипаразитарного лечения следует провести курс лечения спазмолитиками, желчегонными, антибиотиками, по показаниям десенсибилизирующими и дезинтоксикационными средствами по показаниям. Следует соблюдать диету № 5. Наиболее эффективным антипаразитарным препаратом является празиквантель (азинокс, бильтрицид) - 20 мг/кг (суточная доза 40-60-75 мг/кг) после еды сразу однократно или в 2-3 приёма через 4 часа (не более). Применяют также битионол. Хлоксил в настоящее время практически не применяется из-за токсичности (много побочных эффектов). Лечение лучше проводить в стационаре (можно дневном). Очищение от гельминтов происходит постепенно -1-3 месяца. Поэтому для его ускорения через 2 дня после приема препарата желательны желчегонные, повторное дуоденальное зондирование с тюбажом по Демьянову (с отхождением через зонд). Диспансерное наблюдение за переболевшими от 6 месяцев до 2 лет. Контрольное паразитологическое исследование трехкратное (с интервалом в неделю) - через 3-6 месяцев после антипаразитарного лечения празиквантелем и через 6-7 месяцев после лечения хлоксилом.

1. **О П И С Т О Р Х О З**

**(болезнь Виноградова)**

 - зооантропонозный природно-очаговый биогельминтоз с фекально­оральным механизмом заражения, преимущественным поражением печени, гепатобилиарной системы (желчевыводящей-жве) и поджелудочной железы

**Этиология:** возбудитель - описторх - сибирский (кошачий) сосальщик (двуустка) размерами 4-13 мм х 3,5 мм. Очень похож на клонорха.

**Эпидемиология:** аналогична, клиника, диагностика, лечение и профилактика аналогичны клонорхозу. Интенсивные эндемичные. Эндемичные природные очаги интенсивны в Сибири, на Урале, в Западном Казахстане, в бассейнах рек Амур, Иртыш, Обь, Кама, Волга, Дон.

 Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика подобны клонорхозу.

**ФАСЦИОЛЁЗЫ**

- зоонозные природно-антропургические биогельминтозы с фекально­оральным механизмом заражения, преимущественным поражением печени, гепатобилиарной системы (желчевыводящей-жвс).

**Этиология:** возбудитель - печёночный сосальщик - «фасциола гепатика» размерами 8-12х 20-30 мм, реже встречаются «гигантские» сосальщики.

**Эпцдемиология:** источниками инвазии и одновременно окончательными хозяевами являются КРС, МРС, лошади, грызуны и реже человек, выделяющие я/г с фекалиями. Я/г развиваются в воде при температуре 21-23° , через 16-18 часов из них вылупляются мирацидии ( при температуре 10° развитие не происходит), которые внедряются в пресноводных моллюсков, где 4-6 недель развиваются, размножаются и, попав в воду, в виде адолескарий (личинок фасциол) прикрепляются к водной растительности, где могут сохраняться до 2-х лет. Промежуточным хозяином являются моллюски. Человек заражается при употреблении сырой воды из открытых водоемов, водных растений, щавеля, дикого лука, немытых овощей, ягоды, листьев салата и др.столовой зелени, загрязненных адолескариями. Попав через рот в организм человека или животного, через тонкую кишку личинки проникают в гепатобилиарную (жвс) систему, где через 3-4 мес. достигают половой зрелости и вновь начинают выделять я/г. Взрослые особи в организме хозяина могут жить более 5 лет. Распространен повсеместно. Спорадические случаи регистрируются на северо-западе РФ, Закавказье, СА, Прибалтике, интенсивные очаги во Вьетнаме и др. регионах.

**Клиника:** инкубационный период 1-8 недель. В раннюю фазу характерен токсико-аллергический синдром с лейкоцитозом и эозинофилией (до 85%), иногда гепатомегалия (увеличение преимущественно за счет левой доли печени) с болевым синдромом иногда по типу колики. В хроническую фазу характерно развитие холангио-гепатохолецистита с подпеченочной желтухой. Возможно расстройство пищеварения, истощение, абсцесс или цирроз печени; иногда возможен занос фасциол в легкие, брюшную полость, глазное яблоко и др. При осложнениях прогноз серьезный, возможен летальный исход. При неосложненном течении - благоприятный

Болезнь может длиться 3-5 лет.

**Диагностика:** в острую фазу серологическое исследование, иногда кожно-аллергическая проба. Учитывая позднее отхождение я/г, копроовоскопия и скопия желчи проводится обычно в позднюю фазу болезни. Однократное обнаружение я/г еще не является доказательством заражения человека. Я/г могут попасть и случайно в кишечник при употреблении в пищу печени скота («транзитные» яйца). Во избежание ошибок следует исключить из рациона обследуемого печень животных примерно через неделю повторить исследование. В предварительной диагностике играют большое значение клинико-эпидемиологические данные.

**Лечение:** сначала проводится патогенетическая (дизинтоксикация. Десенсибилизация), симптоматическая терапия, затем дегельминтизация антипаразитарными препаратами. Триклобендазол 10 мг\кг однократно, битионол по 20 мг\кг 2 раза в сутки через день в течение 2х недель. Препарат выбора - празиквантель (бильтрицид, азинокс), хлоксил практически уже не применяется. При осложнениях добавляются антибиотики. Контроль эффективности лечения - через 3-6 мес.

1. ПАРАГОНИМОЗ

- зооантропонозный природно-очаговый биогельминтоз с фекално- оральным механизом передачи возбудителя и преимущественным поражением органов дыхания с рецидивирующим течением. Этиология: возбудитель - легочный сосальщик - парагоним размерами 4-8 х 13мм.

**Эпидемиология**: источником инвазии и окончательным хозяином является человек и рыбоядные дикие и домашние плотоядные животные, выделяющие я/г с мокротой, реже с испражнениями. Первым промежуточным хозяином являются моллюски пресноводные, дополнительным хозяином - пресноводные раки, крабы, креветки, (пораженные метацеркариями) при употреблении в пищу которых (недостаточно термически обработанных), человек может заразиться. Восприимчивость всеобщая. Основные очаги в ЮВАзии, Африке, в России - на ДВ в бассейне р. Амур, особенно в Приморье и Хабаровском крае.

Клиника: инкубационный период 2-3 нед. При остром течении возможна высокая лихорадка, бронхо-легочный синдром (одышка, кашель иногда со слизистой, затем гнойно-кровавой мокротой, боли в грудной клетке. Начало может быть постепенным. Через 2-3 мес. развивается хроническая фаза. Взрослые гельминты могут жить не только в разветвлениях бронхов, но и мигрировать на плевру, диафрагму, в лимфоузлы, головной мозг, миокард, поджелудочную железу и др. Возможные осложнения: экссудативный, иногда геморрагический плеврит, пневмофиброз, «лёгочное сердце», гнойный менинго-энцефалит (эпилепсия, атрофия зрительного нерва), аллергический миокардит. При осложнениях прогноз серьезный. Болезнь может длиться 2-4 года с рецидивами.

**Диагностика:** в предварительной диагностике играют большое значение клинико-эпидемиологические данные. В раннюю фазу - клинико­рентгенологические данные, серология, иногда кожно-аллергическая проба. В хроническую фазу - копроовоскопия и микроскопия мокроты.

**Лечение:** патогенетическая и симтоматическая терапия. Антипаразитарным препаратом выбора явлется празиквантель (азинокс, бильтрицид) по25 мг\кг 3 раза в день в течение 2-х суток., эффективны никлофолан и битионол (актомер, битин). Контроль эффективности лечения – через 3-6 мес. При поражении головного мозга – хирургическое лечение.

ПРОФИЛАКТИКА БИГЕЛЬМИНТОЗОВ.

передающихся через рыбу, рыбные продукты, раков и крабов.

Основой профилактики дифиллоботриоза и большинства трематодозов является исключение из пищи сырых, слабо просоленных и недостаточно термически эбработанных рыбных продуктов, раков и крабов.

Рыбу следует жарить в виде котлет или кусками до 100 гр. Под крышкой не менее 20-25 мн (предварительно пластуя и разрезая вдоль по позвоночнику) или варить не менее 20-30 минут, а фрикадели из фарша, раки и крабы - не менее 10 минут с момента закипания. Выпечка пирогов должна быть не менее 45- 60 минут.

При засолке рыбы рассол должен быть «теплым» (16° - 20°С) с расходом соли 270-290 гр. На 1 кг рыбы (или2,7 - 2,9 кг на 10 кг рыбы) и не ниже 14% к массе рыбы. Солить следует не менее 14 дней с концентрацией соли не ниже 14% - 20%, икры — 3 - 5%. При концентрации соли в 20% гибель личинок широкого лентеца происходит через сутки. А в крупной рыбе - через 10 дней. Такому же посолу подлежит рыба, предназначенная для холодного копчения и вяления (не менее 14 дней в 20% растворе голи).

Горячее копчение полностью обеззараживает рыбу и более надежно.

Личинки сосальщиков (трематод) гибнут при выявлении только через 3 недели с предварительным 2-3 дневным посолом. Для холодного копчения можно использовать рыбу, обезвреженную вялением.

Замораживание рыбы обеспечивает гибель личинок паразита при - 40°С при - 30°

через 6 часов, при - 28° - через 20 часов, при - 23-25° - через 72 часа, а при - 12°С - голько через 2 недели.

Использовать льдо-солевую смесь для замораживания свежей рыбы не следует, г.к. личинки трематод сохраняют свою жизнеспособность в течение 2-4 недель.

Рыба исследуется раз в 3 года (по 15 экземпляров каждого вида) из естественных водоемов. Для выявления зараженности рыбы личинками паразитов скальпелем разрезают вдоль кожу спинного плавника и отсекают «кожный» лоскут, срезают гонкий слой мышц, просматривают под микроскопом при увеличении в 10-20 раз. Лучше личинки обнаруживаются в свежей рыбе. Когда сохраняется подвижность первых, (но могут встретиться и сходные, не опасные для здоровья, личинки).

В целях профилактики фасциолеза-исключить употребление в сыром виде дикорастущих растений или пить сырую воду из озер, особенно в местах выпаса скота.

В случае заглатывания чешуи или употребления плавников сырой рыбы в пищу, возможно, заражение метагонимозом.

Не потеряла значение санитарная охрана водоемов от фекальных загрязнений, санитарное благоустройство населенных пунктов, речных судов.

Контингенты обследования на дифиллоботриоз и трематодозы:

а) жители населенных пунктов, расположенных по берегам и близи рек, озер, водохранилищ, пойменных водоемов эндомичных районов;

б) члены рыболовецких бригад и их семьи; рабочие перерабатывающих рыбу заводов, пунктов и члены их семей;

в) плавсостав и члены их семей;

г) рабочие лесоплавных участков и лесопогрузочных комплексов;

Встречаются и др. внекишечные редко встречаемые сосальщики:

- дикроцелий (.ланцетовидный сосальщик), вызывающий дикроцелиоз с преимущественным поражением гепатобилиарной системы (и.и. и окончательный хозяин - КРС и МРС, реже человек; промежуточные - моллюски и муравьи)

«эуритрема панкреатикум» (сосальщик поджелудочной железы), вызывающий эуритрематоз (промежуточные хозяева — моллюски и кузнечики)

Кишечные трематодозы:

1. МЕТАГОНИМОЗ

- это зооантропонозный природно-очаговый биогельминтоз с фекально-оральным

механизмом заражения, характеризующийся расстройством желудочно-кишечного

тракта (жкт).

Этиология: возбудитель - метагоним размерами от 0,8 до 2,5 мм.

Эпидемиология:) источниками инвазии и одновременно окончательными хозяевами могут быть человек, собаки, кошки, свиньи и дикие плотоядные животные, у которых половозрелые гельминты локализуются в тонком кишечнике. Промежуточные хозяева - пресноводные моллюски (3 вида), дополнительные - карповые и лососевые рыбы (более 40 видов амурских рыб). Наибольшее эпидемиологическое значение имеют таймень, амурские сиг и язь, хариус, лещ, сом, карась, сазан, толстолобик и др. Заражение происходит при употреблении в пищу недостаточно термически обработанной, недосоленной, вяленой рыбы или случайно проглоченной чешуи, плавников или жабер, загрязненных личинками - метацеркариями. Метацертрии - это подвижные личинки, локализующиеся внутри шаровидной кисты у основания чешуи, в плавниках и жабрах, иногда в п/к жировом слое и мускулатуре. Природные очаги наиболее часто встречаются в бассейне реки Амур и в Юго-восточной Азии в основном у коренного населения побережья р.Амур (связь с особенностями национального блюда из сырой, вяленой или замороженной рыбы - строганины).

 Клиника: инкубационный период 7 - 10 дн. В раннюю фазу характерен аллергический синдром (сенсибилизации). В хроническую фазу развиваются симптомы энтерита с абдоминальным и диспептическим синдромами, иногда с упорным рецидивирующим течением. Прогноз благоприятный, возможны случаи самоизлечения.

Диагностика: профессиональный и пищевой анамнез, пребывание в эндемичных районах. Основным паразитологическим методом диагностики является копроовоскопия.

Лечение: наиболее эффективным антипаразитарным препаратом является празиквантель (азинокс - РФ, пикитон - КНР, бильтртцид - ФРГ) 20 мг/кг после еды сразу в 2-3 приема (суточная-курсовая доза 40-60 мг/кг) с интервалом не более 4 часов. Контроль («К») лечения - через 3-6 месяцев.

**НАНОФИЕТОЗ**

Этиология: возбудитель - нанофиет - мелкая трематода размером 1,13-0,9 мм. Развитие подобно развитию метагонима и описторха.

Эпидемиология: аналогична эпидемиологии метагонимоза. Чаще встречается в низовьях р.Амур.

Клиника и патогенез изучены недостаточно. Паразит локализуется в тонкой кишке. При слабой инвазии клиника бессимптомна, либо с признаками энтерита. При полиинвазии кроме диспептического может быть абдоминальный синдром и похудание.

Диагностика: аналогична таковой при метагонимозе. Следует учитывать, что я/г появляются не ранее 5-8 дня после заражения.

**Лечение: см** «Метагонимоз».

**ВОПРОСЫ**

1. Что такое трематоды и трматодозы?
2. Перечислите представителей кишечных сосальщиков.
3. Перечислите представителей внекишечных сосальщиков
4. Дайте определение глистной инвазии «клонорхоз» и расскажите об этиологии и эпидемиологии данного паразитоза.
5. Дайте определение глистной инвазии «клонорхоз» и расскажите об этиологии и эпидемиологии данного паразитоза.
6. клонорхоза.
7. Особенности современного клинического течения клонорхоза и возможные осложнения.
8. Основные принципы и методы диагностики клонорхоза.
9. Почему паразитологическое исследование кала и желчи мало информативно

в ранние сроки заболевания?

 10.Основные принципы и особенности лечения, антитрематодозные средства.

 11. Дайте сравнительную этио-эпидемиологическую и клиническую характеристику описторхоза и клонорхоза.

 12. Дайте определение глистной инвазии «фасциолез» и расскажите об этиологии и эпидемиологии данного паразитоза.

 13. Перечислите основные клинические синдромы фасциолеза и особенности клинического течения заболевания.

 14.Особенности лабораторной диагностики

 15.Основные принципы и особенности лечения, антитрематодозные средства.

16. Дайте определение глистной инвазии «парагонимоз» и расскажите об этиологии и эпидемиологии данного паразитоза.

17. Перечислите основные клинические синдромы парагонимоза и особенности клинического течения заболевания

 18.Особенности лабораторной диагностики и лечения парагонимоза.

 19. Какое заболевание вызывает ланцетовидный сосальщик и как можно им заразиться ?

 20. Ведущий клинический синдром дикроцелиоза.

 21.Окончательный и промежуточные хозяева дикроцелия.

 22. Каким гельминтом вызывается эуритрематоз?

 23. Кто является промежуточными хозяевами при этом заболевании?

 24. Кишечные трематоды и вызываемые им гельминтозы,

 25.Особенности клинического течения и диагностики метагонимоза.

 26. В чем заключатся профилактика трематодозов?

**БЛОК КОНТРОЛЯ**

**Приложение 1 б**

**Диктант - мультилог**

**ТРЕМАТОДОЗЫ**

1. ТРЕМАТОДЫ
2. ТРЕМАТОДОЗЫ
3. ЛЕГОЧНЫЙ СОСАЛЫЦИК
4. КИТАЙСКИЙ СОСАЛЬЩИК (КИТАЙСКАЯ ДВУУСТКА)
5. ОПИСТОРХ
6. ПЕЧЕНОЧНЫЙ СОСАЛЬЩИК
7. ПАРАГОНИМ
8. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ПБ) ВЫЗ-Е КИТАЙСКИМ СОСАЛЬЩИКОМ
9. ДИКРОЦЕЛИЙ
10. СИБИРСКИЙ (КОШАЧИЙ) СОСАЛЬЩИК
11. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ПБ) ВЫЗ-Е ЛЕГОЧНЫМ СОСАЛЬЩИКОМ
12. СОСАЛЬЩИКИ
13. ФАСЦИОЛА
14. КЛОНОРХ
15. ЛАНЦЕТОВИДНЫЙ СОСАЛЬЩИК
16. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ПБ) ВЫЗ-Е СОСАЛЬЩИКАМИ
17. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ПБ) ВЫЗ-Е ПЕЧЕНОЧНЫМ СОСАЛЬЩИКОМ
18. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ПБ) ВЫЗ-Е ЛАНЦЕТОВИДНЫМ СОСАЛЬЩИКОМ
19. КОШАЧИЙ СОСАЛЬЩИК
20. КЛОНОРХОЗ
21. ДИКРОЦЕЛИОЗ
22. ПАРАГОНИМОЗ
23. ФАСЦИОЛЕЗ
24. НАНОФИЕТОЗ
25. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ПБ) ВЫЗ-Е КОШАЧЬИМ СОСАЛЬЩИКОМ
26. МЕТАГОНИМОЗ
27. МОЧЕПОЛОВОЙ СОСАЛЬЩИК
28. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ПБ) ВЫЗ-Е СИБИРСКИМ СОСАЛЬЩИКОМ
29. ШИСТОСОМОЗ
30. ПРАЗИКВАНТЕЛЬ
31. БИЛБТРИЦИД\СИНОНИМ…

 Приложение 2

## СЛЕПАЯ ТАБЛИЦА

## «ЭТИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ

## И

## КЛИНИКО – ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ

## СИСТЕМАТИКА ТРЕМАТОДОЗОВ»

## (задание для самоподготовки)

Заполните данную таблицу Таблица - 4

Этио-эпидемиологическая и клинико-диагностическая систематика трематодозов  (гельмингозов, передаваемых сосальщиками)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Класс | Возбуди­тель- пара­зит | Нозоло­гическаяформа(названиеболезни) | Принад­лежность к био-,геокон- гагиозным гель­минтам | Пугайфакторызаражения | Источник инвазии и окончатель­ный хозяин | Промежу­точныйхозяин(хозяева) | Клиниче­ские син­дромы (не менее 4-5) | Ослож­нения | Осн. мето­ды специф.лабора­торной ди­агностики | Антипара-зигарныепрепаратыэтиотропногодействия |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Приложение 3

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**Т Е М А**

**ТРЕМАТОДОЗЫ**

ЗАДАЧА №1

Больной А. обратился к фельдшеру с жалобами на недомогание, поташнивание и боли в области печени. Из анамнеза выяснено, что недели полторы назад на рыбалке пил сырую воду из озера, употреблял дикий лук. Контакты с больными вирусными гепатитами, парентеральные вмешательства за последние 6-8 месяцев отрицает. До настоящего времени ничем не болел. Фельдшер заподозрил глистную инвазию.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Каким из указанных гельминтов можно заразиться при употреблении в пищу водной растительности или питье сырой воды?

а) клонорхозом; в) фасциолезом;

б) описторхозом; г) парагонимозом.

 2. Эпидемиология данного заболевания:

а) источник инвазии и окончательный хозяин;

б) промежуточный хозяин;

в) возможные пути заражения;

г) сроки инкубационного периода.

3. Какая система организма преимущественно поражается при данном заболевании и ведущий клинический синдром.

4. Через какой срок личинки, попавшие в организм человека с яйцами гельминтов, достигают половой зрелости?

5. В какие сроки от начала заболевания обычно выделяются яйца данного гельминта?

**ЗАДАЧА№2**

 У женщины 42-х лет при прохождении профосмотра при устройстве на работу на должность повара в фекалиях обнаружены яйца печеночного сосальщика. Женщина чувствует себя удовлетворительно, никаких жалоб на ухудшение самочувствия не предъявляет.

 **ЗАДАНИЕ:**

1. Как называется паразитарное заболевание, вызванное печеночным сосальщиком и можно ли утверждать, что женщина больна этим заболеванием?
2. Что значит «транзитные» яйца гельминта, и в каких случаях их можно обнаружить?
3. Достаточно ли микроскопического выделения яиц гельминта для установления окончательного диагноза?
4. Существуют ли другие методы диагностики данного заболевания, и какие рекомендации должен получить обследуемый перед специфическим паразитологическим исследованием во избежание ошибок?
5. Встречается ли хроническое течение данного гельминтоза и может ли данное заболевание давать осложнение?
6. Сроки диспансерного наблюдения за переболевшими.

ЗАДАЧА№3

У обследуемого пациента С. из фекалий выделены яйца ланцетовидного сосальщика. Из эпид. анамнеза выяснено, что много лет работает егерем, большую часть времени находится в лесу, часто питается на природе, употребляя продукты, которые длительно могут оставаться в открытом виде, имея доступ к членистоногим насекомым.

 **ЗАДАНИЕ:**

1. О каком гельминтозе идет речь?

2. Расскажите об эпидемиологии данного заболевания:

а) источники инвазии и окончательные хозяева;

б) промежуточные хозяева;

в) механизм и факторы заражения;

г) на какие стороны эпид. анамнеза следует обратить внимание?

3. Расскажите о клинике заболевания:

а) какой орган и система организма преимущественно поражаются при данном заболевании?

б) доминирующий клинический синдром?

в) при каком гельминтозе подобная клиника, но менее выражена?

4. Назовите основной метод лабораторной диагностики и исследуемый материал.

5. Дайте пациенту рекомендации профилактике данного заболевания.

6. Предусмотрено ли диспансерное наблюдение за переболевшим и какие-либо

 противоэпидемиологические мероприятия в очаге?

**ЗАДАЧА№4**

За медицинской помощью обратился мужчина 45-ти лет, при сборе жалоб у которого был выявлен диспептический синдром. Из анамнеза выяснено, что пациент более 2-х недель находился на рыбалке в бассейне реки Амур, пил сырую воду, потреблял в пищу вяленую речную рыбу, а также свежеприготовленную рыбу – «талу» (мелконарезанная замороженная рыба с солью, уксусом и луком).

При копрологическом и бактериологическом исследованиях паразитических простейших и возбудителей кишечной группы микробов не обнаружено.

Самостоятельно принимал только отвар коры дуба.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Можно ли в данном случае предположить какой-либо гельминтоз (или гельминтозы), в клинике которого (или которых) доминирует диспептический синдром?
2. Какие диспептические симптомы наиболее характерны и особенности клинического течения для данного заболевания.
3. Существуют ли характерные природные очаги для данной патологии?
4. Расскажите об эпидемиологии данного заболевания и как происходит заражение.
5. Назовите исследуемый материал и основной метод лабораторной диагностики при данном заболевании?
6. Методика взятия, хранения и транспортировки в лабораторию исследуемого материала.

ЗАДАЧА№5

Гражданин Н., коренной житель Приморского края, предъявляет жалобы на частый кашель и появившуюся одышку. В последние 2 дня заметил примесь гноя тогда крови в отделяемой мокроте. Трижды в течение года уже лечился у фельдшера по поводу бронхита. Лечебный эффект оказывался кратковременным. В клиническом анализе крови выраженная эозинофилия на фоне умеренного лейкоцитоза. Из анамнеза известно. Что любит употреблять в пищу продукты морей и рек (крабы, креветки).

**ЗАДАНИЕ:**

1. Можно ли у данного пациента предположить гельминтоз? Обоснуйте.
2. Каким гельминтом может быть вызвано паразитарное заболевание, в основе клиники которого лежит поздний бронхолегочный синдром?
3. Эпидемиология данного заболевания и характерны ли для него природные очаги?
4. Перечислите основные, дополнительные методы диагностики; техника взятия исследуемого материала, его хранение, транспортировка.
5. Выписать направление в лабораторию.
6. Возможна ли иная локализация паразита или я/г (в других органах) и каков может быть прогноз заболевания?

**ЗАДАЧА№ 6**

Пациента уже на протяжении примерно 2-х лет беспокоят боли и чувство тяжести в правом подреберье. Периодически появляется желтушность склер или кожи. Несколько раз лечился у терапевта по поводу гепатохолецистита, панкреатита. Улучшение кратковременное. Последний год рецидивы стали более частыми. При обследовании маркеры вирусных гепатитов не обнаружены, в крови на фоне лейкоцитоза гиперэозинофилия до 60-80%. Из анамнеза известно, что длительно проживал в Зпадной Сибири, работа была связана с рыболовством.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Можно ли в данном случае предположить какой-либо гельминтоз (обоснуйте) и следует ли пациента обследовать на я/г?
2. Существуют ли эндемичные природные очаги для таких заболеваний?
3. Какие данные анамнеза и методы диагностики помогли бы для уточнения диагноза?
4. Возможные сроки инкубационного периода и какие клинические синдромы наиболее характерны в клинике предполагаемого заболевания (какой из них чаще доминирует)?
5. Встречается ли бессимптомное течение данного заболевания?

**ЗАДАЧА№ 7**

У пациента К. в течение недели наблюдается повышение температуры, общее

домогание с аллергическими проявлениями. С учетом клинико-анамнестических ведений заподозрена ранняя фаза описторхоза, в связи, с чем в лабораторию шравлены кал и желчь больного К. Результаты исследований кала и желчи оказались грицательными, в крови высокая зозинофилия.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Можно ли данного пациента предположить наличие описторхоза?
2. Чем объяснить отрицательный результат исследования кала и желчи на я/г?
3. Через какой срок после заражения паразиты в организме человека из личинок- метацеркариев достигают половой зрелости и начинают выделять я/г?
4. Какие существуют дополнительные методы диагностики при данном заболевании?
5. Какова длительность жизни описторхов (клонорхов) в организме человека, возможные исходные, и прогноз данных инвазий?
6. Дайте пациенту рекомендации по профилактике данного заболевания.

**ЗАДАЧА № 8**

 У жителя Амурской области, проживающего на побережье. Р. Амур и прошедшего около месяца назад лечение по поводу инвазии китайским сосальщиком, при исследовании кала и желчи вновь были обнаружены яйца данного гельминта.

**ЗАДАНИЕ:**

1. О каком гельминтозе идет речь?
2. Можно ли на основании полученного результата судить о неэффективности лечения?
3. Какие дополнительные сведения из анамнеза следует уточнить, чтобы ответить на предыдущий вопрос?
4. Какие периоды можно выделить в клинике этого заболевания?
5. Какому гельминтозу подобны клиника, эпидемиология и цикл развития паразита (за исключением характерного для каждого гельминтоза свойственного ему природно-географического ареола)?
6. Какие противотрематодозные антипаразитарные препараты Вам известны

и расскажите об особенностях и этапности лечения больных с данной патологией (перечислите виды патогенетической терапии).

МЕДИЦИНСКАЯ ПАРАЗИТОЛОГИЯ

ТЕМА:

ТРЕМАТОДОЗЫ

(ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ)

**3 А Д А Ч А № 1**

1. При употреблении в пишу водной растительности или питье сырой воды возможно заражение фасциолезом.

2.а) источником инвазии и окончательным хозяином являются травоядные животные и человек;

б) промежуточным хозяином являются моллюски, второго (дополнительного) биологического хозяина нет, вместо него можно считать виртуальным дополнительным хозяином водную растительность;

в) человек может заразиться при употреблении некипяченой воды или растительности, собранной на заливных лугах или пастбищах (водный каштан, дикий лук, чеснок и т.д.);

г) сроки инкубационного периода при данном заболевании от 1 -ой до 8-и недель (7дн-2 мес.)

3. При фасциолезе преимущественно поражается желчевыводящая система (печень, желчный пузырь); ведущий синдром - гепатобилиарный. Синдром более выражен ч/з 2- 6 месяцев от начала заболевания, т.е. в хроническую фазу заболевания.

4. Личинки (адолескарии), попав в организм человека с я/г, достигают половой зрелости через 3-4 месяца.

5. Яйца фасциол выделяются обычно на 10-12-ой неделе (2-3 месяца) от начала заболевания.

**ЗАДАЧА№ 2**

1.Заболевание, вызванное печеночным сосальщиком называется ФАСЦИОЛЕЗ; только на основании обнаружения я/г без предъявления пациентом жалоб на ухудшение самочувствия утверждать нельзя, т.к. я/г могут быть «транзитными».

2.«Транзитные» яйца гельминтов означают кратковременное пребывание в организме человека (без каких-либо патофизиологических изменений) и быстрое исчезновение, что возможно при употреблении говяжьей печени накануне обследования.

3.Учитывая выше изложенное, только микроскопического выделения я/г для установления окончательного диагноза не достаточно.

4.Дополнительными методами лабораторного паразитологического исследования являются: в острой фазе - серологический метод, а в позднюю фазу - микроскопия дуоденального содержимого (желчи). Но перед специфическим паразитологическим исследованием следует рекомендовать пациенту исключить употребление говяжьей печени, либо через 5-7 дней провести повторное обследование во избежание ошибок.

5.Возможно хроническое течение фасциолеза (у человека паразитирование «фасциолы» возможно около 10-15 лет, а у животных 3-5 лет), на протяжении всего этого периода я/г продолжают выделяться.

Осложнения: гнойный холангит, абсцесс печени, подпеченочная желтуха.

6.Сроки диспансерного наблюдения - 4-6 месяцев.

ЗАДАЧА№3

1. Речь идет о ДИКРОЦЕЛИОЗЕ.

2. а) источниками инвазии и окончательными хозяевами могут быть животные (КРС и МРС), в желчных ходах печени которых может паразитировать ланцетовидный сосальщик; у человека встречается редко;

 б) промежуточными хозяевами являются 1) моллюски и 2) муравьи (в которых личинки паразита развиваются последовательно);

 в) человек может заразиться при случайном заглатывании муравьев;

 г) следует обратить внимание на тот факт, что пациент работает много лет егерем и, что питается часто на природе, употребляет в пищу продукты, которые хранились в открытом виде, имея доступ к членистоногим (насекомым);

3. При дикроцелиозе преимущественно поражаются печень и желчевыводящая система (жвс);

б) доминирующим синдромом является генагоби л парный;

в) подобная клиника может наблюдаться при описторхозе (клонорхозе) и фасциолезе, но клиника при дикроцелиозе по сравнению с выше названными ПЗ менее выражена.

4. В качестве специфического паразитологического исследования используют микроскопию испражнений или дуоденальное содержимое; но однократное нахождение я/г еще не подтверждает диагноз, т.к. я/г могут быть «транзитными», т.е. случайными (при употреблении в пищу пораженной печени скота). Поэтому необходимы повторные анализы с промежутками в несколько дней с исключением из диеты печени скота.

5. Профилактика заключается в санитарно-ветеринарном надзоре, проведении санпросвет работы, употреблении в пищу достаточно термически обработанной печени скота и исключении доступа муравьев к продуктам.

*Диспансерное наблюдение за переболевшими и какие-либо противоэпидемио-логические мероприятия в очаге не предусмотрены.*

**ЗАДАЧА№4**

1. Можно предположить МЕТАГОНИМОЗ (или нанофиетоз), который относится к группе кишечных сосальщиков и в клинике которого доминирует диспептический синдром.
2. Наиболее частым диспептическим симптомом является диарея; особенностью течения данного заболевания является нетяжелое течение и возможность даже самоизлечения.
3. Природным очагом для метагонимоза (нанофиетоза) является Дальний Восток (ДВ) и бассейн реки Амур.
4. Источниками инвазии-окончательными хозяевами являются человек, собаки, кошки, с фекалиями которых я/г выделяются наружу. Личинки развиваются в теле пресноводных моллюсков (1-ый промежуточный хозяин) и рыб (чешуя, плавники) -2- ого промежуточного хозяина. Человек заражается при случайном употреблении в пищу чешуи зараженной, недостаточно обработанной рыбы.
5. Основным методом диагностики является микроскопия фекалий.

3АДАЧА№5

1. У данного пациента можно предположить ПАРАГОНИМОЗ,

а) т.к любит употреблять гидробионты (продукты рек и моря);

б) коренной житель Приморья - природного очага данного гельминтоза;

в) выраженная эозинофилия в крови на фоне умеренного лейкоцитоза;

г) кратковременный эффект от медикаментозной терапии и частые рецидивы в течение года;

2. П.З., в основе клиники которого лежит бронхолегочный синдром, может быть вызвано легочным сосальщиком.

3. Для данного паразитоза характерным природным очагом является Приморский край и в целом Д.В..

4. Основными методами диагностики являются: в острый период - серологический метод и кожно - аллергическая проба, в поздний период - микроскопия мокроты и фекалий на я/г; дополнительным - R- графия легких.

5. Иногда я/г или сам паразит может мигрировать в головной мозг, осложняя заболевание абсцессом мозга, менингоэнцефалитом, при которых прогноз может быть неблагоприятным.

5. Иногда встречается латентное, бессимптомное течение заболевания.

3АДАЧА№6

1. Можно предположить описторхоз на основании характерных клинико­лабораторных и эпидемиологических данных:

а) гепатохолецистит;

б) гиперэозинофилия и лейкоцитоз;

в) отсутствие маркеров вирусных гепатитов;

г) длительное течение заболевания и отсутствие лечебного эффекта;

д) проживание в эндемичном регионе-Сибири.

 Пациента следует обследовать на я/г.

1. Природными эндемичными очагами для описторхоза являются бассейны рек Иртыш, Обь, Кама, Волга, Дон, районы западной Сибири, Казахстан.
2. Для уточнения диагноза помогли бы данные

 *эпидемиологического анамнеза*:

 - длительно проживал в эндемичном районе (Западной Сибири);

 - профессиональный фактор (рыболов);

*анамнеза заболевания:*

 - длительно (более 2-х лет гепато-билиарный синдром (боли в правом подреберье, периодическая желтуха);

 - кратковременный эффект от терапевтического лечения по поводу гепатохолецистита;

*лабораторного обследования:*

- в отличие от вирусных гепатитов в данном случае наблюдается лейкоцитоз и гиперэозинофилия, характерные для гельминтозов;

- отсутствие маркеров вирусных гепатитов у данного пациента;

- специфическое паразитологические исследование:

а) серологический метод на АТ ;

б) копроовоскопия;

в) дуоденальное зондирование с последующей микроскопией желчи.

4. Возможные сроки инкубационного периода 2-4 недели.

 Наиболее характерными синдромами являются:

 а) в ранней фазе (острой) у коренных жителей эндемичных районов течение болезни может быть бессимптомным.

 У приезжих выражен токсико-аллергический, реже диспептический синдром. Иногда болевой синдром в правом подреберье;

б) в поздней (хронической) фазе доминирует гепатобилиарный синдром при

 умеренно выраженном токсико-аллергическом, возможно сочетание с признаками хронического холецисто- панкреатита, гастродуоденита.

1. Иногда встречается латентное, бессимптомное течение заболевания.

**3АДАЧА№7**

1. У данного пациента можно предположить **описторхоз** с учетом клинико­эпидемиологических данных и эозинофилии в крови, даже при наличии отрицательных результатов исследования кала и желчи.

2. Отрицательный результат исследования кала и желчи на я/г объясняется тем, что они могут выделяться ч\з 1,5-2 месяца с момента заражения.

3. После заражения паразиты в организме человека из личинок - метацеркариев достигают половой зрелости (мариты) через 2-4 недели и начинают выделять я/г.

4. Кроме эозинофилии в крови, паразитологического исследования кала и желчи на я/г, применяется сероиммунный метод диагностики (ИФА на АТ и др.)

5. 0писторхи (клонорхи) могут жить в организме человека до 20 лет и более, делая серьезным прогноз заболевания ввиду развития возможных осложнений: абсцесс печени, восходящий холангит, гнойный холецистопанкреатит, разрыв паразитарной кисты, перитонит, вторичный билиарный цирроз печени и холангиокарцинома (часто с летальным исходом).

**ЗАДАЧА №8**

Речь идет о КЛОНОРХОЗЕ.

1. На основании только положительного паризитологического исследования кала и желчи на я/г нельзя судить о неэффективности антипаразитарного лечения, т.к. контроль эффективности лечения должен проводиться не ранее чем через 3-4 мес (6 мес) после отмены препарата. Учитывая то, что длительное выделение паразитов может неблагоприятно влиять на больного, следует разъяснять закономерность происходящего, убеждая пациента в благоприятном исходе (показывая мертвых гельминтов, выделяющихся с калом или желчью).
2. Чтобы ответить на предыдущий вопрос следовало бы уточнить следующие сведения:

- когда заболел;

- когда окончен курс антипаразитарного лечения и каким препаратом;

- регулярно ли принимал антигельминтики?

4. В клинике клонорхоза (описторхоза) можно выделить острый и хронический периоды заболевания.

5. Клиника, эпидемиология и цикл развития паразитов при клонорхозе подобны таковым при описторхозе (за исключением географического ареола; для клоноркоза свойственными природными очагами является районы КНР, КНДР и Южной Кореи, Японии, В России-бассейны рек Амура и его притоков.

6. Более эффективным противотрематодозным препаратом является празиквантель (бильтрицид, азинокс), устаревший препарат хлоксил.

 Приложение 4

**ТЕСТ – ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ**

**ТЕМА «Трематодозы»**

**Тема: ТРЕМАТОДОЗЫ**

**Тест - программированный контроль знаний**

**1. Глистные инвазии, вызванные сосальщиками**

 а)нематодозы;

 б)протозоозыг;

 в) цестодозы;

 г) трематодозы

**2. Укажите соответствующие названия сосальщикам**

 а) Клонорх 1. Легочный сосальщик

 б) Описторх 2. Печеночный сосальщик

 в) Фасциола 3. Китайский сосальщик

 г) Парагоним 4. Сибирский сосальщик

 д) Дикроцелий 5. Кошачий сосальщик

 6. Ланцетовидный сосальщик

**3. Все перечисленные сосальщики относятся к внекишечным**, кроме **таких**

 **Как….**

а) парагоним

б) клонорх

в) описторх

г) фасциола

 д) метагоним

е) дикроцелий

**4. Укажите сосальщиков, относящихся к группе кишечных**

а) метагоним г) нанофиет

б) парагоним д) клонорх

в) фасциола е) описторх

**5. Какой из указанных гельминтов поражает легкие**

а) клонорх

б) описторх

в) фасциола

г) парагоним

д) метагоним

е) дикроцелий

**6. Укажите трематоды, для которых источником инвазии и окончательным хозяином является человек, а промежуточными - моллюски и рыбы**

а) клонорх

б) описторх

в) метагоним

г) парагоним

д) фасциола

е) дикроцелий

**7. Гельминтоз, при котором источником инвазии и окончательным хозяи­ном является человек, первым промежуточным хозяином являются мол­люски, а вторым (дополнительным) промежуточным хозяином - раки, крабы, креветки**

 а) клонорхоз

 б) описторхоз э

 в) парагонимоз

 г) фасциолез

 д) дикроцелиоз

 е) метагонимоз

**8. Гельминтоз, при котором заражение возможно при случайном заглатывании рыбьей чешуи или плавников**

 а) клонорхоз

 б) описторхоз

 в) парагонимоз

 г) фасциолез

 д) дикроцелиоз

 е) метагонимоз

**9. При случайном заглатывании муравьев возможно заражение**

 а) печеночным сосальщиком;

 б) ланцетовидным сосальщиком;

 в) легочным сосальщиком;

 г) китайским сосальщиком;

 д) метагонимусом.

10. При употреблении некипяченой воды и водной растительности с прикрепившимися к ней моллюсками, возможно заражение

 а) фасциолезом;

 б) дикроцелиозом;

 в) парагонимозом;

 г) клонорхозом;

 д) описторхозом;

 е) метагонимозом.

 11.Один из основных (первичных)) методов лабораторной диагностики трематодозов

 а) копроовоскопия;

 б) бактериологический;

 в) серологический;

 г) биохимический анализ крови.

12. Перечислите исследуемый материал для паразитологического исследования при следующих инвазиях

1) Клонорхоз и описторхоз а) моча;

2) Фасциолез ... б) желчь

3) Дикроцелиоз в) кал

4) Парагонимоз г) мокрота

5) Метагонимоз и нанофиетоз

**13. У обследуемого пациента в фекалиях обнаружены яйца фасциол. Достаточно ли этого для установления диагноза - фасциолез?**

 а) да б) нет

14. Что означает «транзитные я/г»?

1. Яйца каких перечисленных трематод можно обнаружить в моче?

 а) шистосом;

 б) дикроцелия;

 в) метагонима;

 г) парагонима;

 д) фасциолы;

 е) клонорха.

**16** Гепатобилиарный синдром клинически объединяет следующие глистные инвазии, **кроме** таких как:

 а) клонорхоз;

б) описторхоз;

в) парагонимоз;

г) фасциолез;

д) дикроцелиоз;

е) метагонимоз;

1. Укажите наиболее типичные синдромы для каждого из этих гельминтозов
2. метагонимоз и нанофиетоз а) гепатобилиарный;
3. парагонимоз б) бронхолегочный;

г) диспептический;

д) неврологический.

1. Для синдрома сенсибилизации (аллергизации) при трематодозах характерные изменения в крови

 а) эритроцитоз в) эозинофилия

б) лимфоцитоз г) эозинопения

1. Возможные осложнения при длительном хроническом течении клонорхоза

**а)... б)...** в) **...**

1. Укажите противотрематодозные антипаразитарные препараты

 а) трихопол;

 б) вермокс;

 в) фенасал;

 г) хлоксил;

 д) празиквантель;

 е) фуразолидон.

**21. Подберите синонимы данным антипаразитарным препаратам**

 1) празиквантель а) мебендазол;

 2) вермокс б) метронидазол;

 3) декарис в) левамизол;

 4) пирантел г)комбантрин;

 5) трихопол д) азинокс;

 6) тинидазол е) бильтрицид;

 ж) фазижин.

**22. В целях профилактики гельминтозов, передающихся при употреблении**

 **в пищу недостаточно термически обработанной рыбы, ее следует варить и жарить не менее ...**

а) .... минут...;

 б) ...(закрыв/не закрывая) крышкой.

**23. Более надежно уничтожает личинки трематод копчение**

 а) горячее;

 б)холодное.

**24. Для посола рыбы рекомендуется использовать раствор ...**

 а) ... (теплым/прохладным) в концентрации соли не менее ...;

 б) ...% с экспозицией не менее ...

 в)... дней.

**25. При замораживании рыбы при t° -23-25°С время экспозиции должно быть не меньше ... дней.**

**26. Рыбные фрикадельки, крабы, раки, креветки должны вариться с момента закипания не менее ... минут.**

27**. Рыбный пирог должен выпекаться в «духовке» не менее ... минут.**

**28. В целях профилактики фасциолеза, следует подвергать тщательной термической обработке перед употреблением в пищу говяжьей** ....

**29. Можно ли для замораживания рыбы использовать льдо-солевую смесь?**

 а) да;

 б) нет.

**30. Сроки диспансерного наблюдения за переболевшими клонорхозом составляют**

 а) до 1 мес;

 б) до 3 мес;

 в) до 6 мес;

 г) от 6 - 12 мес до 2 лет.

**Э Т А Л О Н О Т В Е Т О В**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | г |
| 2. | А3; Б4, 5; В 2; Г1; Д 6. |
| 3. | д |
| 4. | а,г |
| 5. | г |
| 6. | а,б.в. |
| 7. | в |
| 8. | е |
| 9. | б |
| 10. | а |
| 11. | а |
| 12. | 1б,в; 2 б,в; 3б,в; 4 в,г; 5в. |
| 13. | б |
| 14. | Случайно попавшие, кратковременные, не вызывающие изменений в организме |
| 15. | а |
| 16. | в,е |
| 17. | 1г-2б |
| 18. | в |
| 19. | а) цирроз печени; б) рак печени; в) абсцесс печени |
| 20. | г,д |
| 21. | 1 д,е; 2а; 3в; 4г; 5б; 6ж. |
| 22. | 15 – 20 мин. б) закрыт |
| 23. | а |
| 24. | а) теплым; б14 – 20%; в) 14дн. |
| 25. | 3 дня |
| 26. | 10 мин. |
| 27. | 454 мин |
| 28. | 28 печени |
| 29. | б |
| 30. | г |

«5» 0 – 6 ошибок

«4» 7 – 12.

«3» 13 – 18.

«2» 19 и более ошибок

**Приложение 5**

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ**

**ТЕМА**

**ТРЕМАТОДОЗЫ**

**Тема: Трематодозы**

**(Тест для самоконтроля)**

**1. Трематодозы - это**

а) круглые черви;

б) цепни сосальщиками;

в) ленточные черви;

г) сосальщики нематодами;

д) заболевания, вызванные;

е) заболевания, вызванные;

ж) заболевания, вызванные цестодами;

**2. Все ли известные вам трематоды являются биогельминтами**

 а) да б) нет

**3. Укажите гельминтов, относящихся к группе кишечных**

 а) клонорх г) метагоним

 б) описторх д) парагоним

 в) фасциола е) нанофиет

**4. Лёгочный сосальщик вызывает паразитарное заболевание.**

 а) клонорхоз г) парагонимоз

 б) описторхоз д) дикроцелиоз

 в) фасциолез е) шистосомоз

**5. Дополнительным промежуточным хозяином при парагонимозе являются**

 а) человек г) моллюски

 б) животные д) крабы, раки,

 в) муравьи е) рыба

**6. При каком гельминтозе промежуточным дополнительным хозяином наряду с рыбой могут быть и пресноводные раки?**

 а) клонорхоз

 б) описторхоз

 в) нанофиетоз

 г) метагонимоз

**7. При каком из гельминтозов имеется только 1 промежуточный хозяин - моллюски, дополнительного (биологического хозяина) нет, а заражение происходит при питье сырой воды из рек, озёр или употреблении в пищу растительности?**

а) клонорхоз

б) фасциолез

в) парагонимоз

г) метагонимоз

**8. Каким сосальщиком вызывается дикроцелиоз?**

а) китайским

б) лёгочным

в) печеночным

г) ланцетовидным

**9. Укажите первого и дополнительного промежуточного хозяина при заражении ланцетовидным сосальщиком**

 а) рыба в) муравьи

 б) крабы г) моллюски

**10. Клонорхоз вызывается сосальщиком**

 а) печёночным в) сибирским

 б) лёгочным г) китайским

**11. Какой гельминтоз вызывается сибирским сосальщиком**

 а) фасциолёз г) клонорхоз

 б) дикроцелиоз д) метагонимоз

 в) описторхоз е) шистосомоз

**12. Поражение печени и желчевыводящей системы наиболее характерно для** **паразитозов**

 а) клонорхоз г) парагонимоз

 б) описторхоз д) дикроцелиоз

 в) фасциолёз е) метагонимоз

**13. Парагоним преимущественно поражает**

 а) сердце в) жкт

 б) лёгкие г) печень

**14. Дйспептический синдром является доминирующим при:**

 а) метагонимозе в) фасциолезе

 и нанофиетозе и дикроцелиозе

б) клонорхозе г) парагонимозе

 и описторхозе

**15. Гастродуоденит и панкреатит наряду с холецистохолангитом и гепатитом наиболее чаще возможен при гельминтозе 1)...,** **чем при 2)...**

 а) описторхоз б) клонорхоз

**16. Наиболее типичным и частым осложнением латентного хронического течения клонорхоза является**

 а) цирроз-рак печени в) ОДН

 б) ОССН г) ОПН

**17. В каком биоматериале можно обнаружить я/г при следующих инвазиях**

1. Описторхоз а) кровь

2. Клонорхоз б) моча

3. Фасциолёз в) кал

4. Дикроцелиоз г) мокрота

5. Парагонимоз д) дуоденальное содержимое

6. Шистосомоз

**18. Яйца данных гельминтов обычно не обнаруживаются в дуоденальном содержимом**

а) метагоним, нанофиет

б) клонорх, описторх

в) дикроцелий, фасциола

**19. Всегда ли можно обнаружить в исследуемом материале я/г в раннюю (острую) фазу клонорхоза, описторхоза?**

 а) да б) нет

**20. В какие обычно сроки от начала заболевания, вызванного клонорхом, выделяются я/г с калом и желчью?**

а) с первых дней заболевания;

б) через 1-2 недели;

в) через 1-1,5 месяца.

**21. Из перечисленных антипаразитарных препаратов укажите противотрематодозный препарат**

А - наиболее эффективный Б - менее эффективный

 а) хлоксил в) фенасал

 б) празиквантель г) вермокс

**22. Синонимами какого антипаразитарного препарата являются Азинокс (РФ), или Бильтрицид (Германия), Дистоцид (Ю.Корея) Пикитон (Китай ), Цезол (Индия ) ?**

**23. Гетол - это синоним какого менее эффективного - противотрематодозного препарата ?**

**24. Сроки диспансерного наблюдения за переболевшими клонорхозом составляют**

 а) до 1 месяца;

 б) до 3 месяцев;

 в) 3-6 месяцев;

 г) 6-12 месяцев;

 д) иногда до 1-2 лет.

**25. Профилактика большинства трематодозов подобна профилактике одного из паразитарных заболеваний из группы цестодозов, т.к. они тоже передаются через рыбу**

 а) дифиллоботриоз;

 б) гименолепидоз;

 в) тениаринхоз;

 г)тениоз.

**Тема: Трематодозы**

**(эталоны ответов)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | д |
| 2. | а |
| 3. | г,е |
| 4. | г |
| 5. | г,д |
| 6. | а |
| 7. | б |
| 8. | г |
| 9. | г,в |
| 10. | г |
| 11. | в |
| 12. | а,б,в,д |
| 13. | б |
| 14. | а |
| 15. | 1а, 2б |
| 16. | а |
| 17. | 1в, д2в,д3 в,д4 в,д5 в,г6 б,в |
| 18. | а |
| 19. | б |
| 20. | в |
| 21. | Аб, Ба |
| 22. | празиквантель |
| 23. | хлоксил |
| 24. | г,д |
| 25. | а |

45 сот

«5» - 0 - 4,5

«4» - 5 - 9

«3» -10 - 13,5

«2» -14 и более

Приложение 6

**«ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИФАРМ - ЛОТО»**

**ТЕМА:**

**ТРЕМАТОДОЗЫ**

**Тест-лото**

**Тема: Трематодозы**

**Вариант-1**

|  |  |
| --- | --- |
| **НЕМАТОДЫ** | Круглые черви |
| **НЕМАТОДОЗЫ** | Паразитарные заболевания, вызванные круглыми гельминтами |
| **ЦЕСТОДЫ** | Ленточные черви, цепни |
| **ЦЕСТОДОЗЫ** | Паразитарные заболевания, вызванные ленточными червями, цепнями |
| **ТРЕМАТОДЫ** | Сосальщики |
| **ТРЕМАТОДОЗЫ** | Паразитарные заболевания, вызванные сосальщиками |

**Тест-лото**

**Тема: Трематодозы**

**Вариант- 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЦЕСТОДЫ** | **ТРЕМАТОДЫ** |
| Карликовыйцепень | Китайскаядвуусткая |
| Свинойцепень | Сибирская Двуустка(кошачьяДвуустка) |
| Бычийцепень | парагонин |
| Широкийлентец | фасциола |
| эхинокоокк | метагоним |

**Тест-лото**

**Тема: Трематодозы**

**Вариант- 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **ОПИСТОРХОЗ** | паразитарное заболевание, вызванное кошачьей двуусткой (сосальщиком) |
| **КЛОНОРХОЗ** | паразитарные заболевания, вызванные китайским сосальщиком |
| **ФАСЦИОЛЁЗ** | паразитарное заболевание, вызванное печёночным сосальщиком |
| **ПАРАГОНИМОЗ** | паразитарные заболевания, вызванные лёгочным сосальщиком |
| **МЕТАГОНИМОЗ** | паразитарное заболевание, вызванное метагонимусом |

**Тест-лото**

**Тема: Трематодозы**

**Вариант- 4**

|  |  |
| --- | --- |
| ОПИСТОРХ | сибирский сосальщик (кошачий) |
| КЛОНОРХ | китайский сосальщик |
| ФАСЦИОЛА | печёночный сосальщик |
| ПАРАГОНИМ | лёгочный сосальщик |

**Тест-лото**

**Тема: Трематодозы**

**Вариант- 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Источник инвазии и окончательный хозяин | Промежуточныйхозяин | Дополнительныйпромежуточныйхозяин |
| Дополнительныйпромежуточныйхозяин | человек | моллюски | рыба |
| При клонорхозе | человек | моллюски | рыба |
| При описторхозе | человек | моллюски | рыба |
| Припарагонимозе | человек | моллюски | крабы, раки |
| При фасциолёзе | млекопитающие животные и человек (реже) | моллюски |  |

**Тест-лото**

**Тема: Трематодозы**

**Вариант- 6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Антипротозойныепрепараты | тинидазол | трихопол |
| Противонематодозныепрепараты | вермокс | декарис |
| Противоцестодозныепрепараты | фенасал | празиквантель (азинокс, бильтрицид) |
| Противотрематодозныепрепараты | хлоксил | празиквантель (азинокс, бильтрицид) |

**Тест-лото**

**Тема: Трематодозы**

**Вариант- 7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| КОПРООВОСКОПИЯ- Основной метод диагностики | МИКРОСКОПИЯЖелчи-основнойметоддиагностики | МИКРОСКОПИЯ Мокроты- основной метод диагностики |
| приописторхозе | приописторхозе | припарагонимозе |
| приклонорхозе |  |
| прифасциолёзе | приклонорхозе |
| припарагонимозе |
| приметагонимозе | прифасциолёзе |

 Приложение 7

**ВАРИАНТЫ**

**ПИСЬМЕННЫХ ЗАДАНИЙ**

**ТЕМА:**

**ТРЕМАТОДОЗЫ**

**З А Д А Н И Е № 4**

1. Выберите наиболее эффективный противотрематодозный препарат из укладки. «Антипаразитарные препараты».
2. Какой из ниже перечисленных препаратов также обладает антипаразитарным эффектом в отношении сосальщиков, но менее эффективен.

 а) фенасал; б) декарис;

 б) хлоксил; в) вермокс.

3. Заполните таблицу, распределив Антипаразитарные препараты по группам, указав синонимы к некоторым из них.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Антипаразитарные препараты** | № | Синонимы |
| I.IIIIIIV | Антипротозойные1.2.3.Противонематозные1. 3.2. 4. Противоцестодозные1.2.3.1. 2.3. | I.IIIIIIV |  |

*Препараты:* *Синонимы:*

Декарис немозол альбендазол метронидазол

Вермокс трихопол мебендазол фазижин

Тинидазол пирантел левамизол комбантрин

Фенасал хлоксил дихлосал (трихлосал, фебисол)

Фуразолидон кразиквантель бильтрицид (азинокс)

**З А Д А Н И Е № 2**

1. Выберите противонематодозные препараты из укладки. «Антипаразитарные препараты».

 2. Заполните таблицу:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № |  **Противонематодозные препараты** | № | Синонимы |
| I.IIIIIIV |  | I.IIIIIIV |  |

Из предложенного перечня антипаразитарных препаратов перечислите противонематодозные и известные вам синонимы к отдельным этим препаратам.

1.фуразолидон 8. тинидазол

2. фестал 9. декарис

3. трихопол 10. мебендазол

4. вермокс 11. метронидазол
5. пирантел 12. немозол

6. фазижин 13. альбендазол

7. левамизол 14. комбантрин

**З А Д А Н И Е № 3**

1. Из укладки «Антипаразитарные препараты» выберите противоцестодозные препараты.
2. Заполните таблицу:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № |  **Противонематодозные препараты** | № | Синонимы |
| I.IIIIIIV |  | I.IIIIIIV |  |

1. Из предложенного перечня антипаразитарных препаратов перечислите противоцестодозные и известные вам синонимы к отдельным этим препаратам.

1.фуразолидон 12. фенасал

2. фестал 13. фебисол

3. празиквантель 14. декарис

4. трихопол 15. мебендазол

5. вермокс 16. метронидазол

6. пирантел 17. немозол

7. фазижин 18. альбендазол

8. левамизол 19. комбантрин

9. азинокс 20. Хлоксил.

10. бильтрицид 22. Экстрат мужского папоротника

11. тинидазол

**З А Д А Н И Е № 1\б**

1. Подготовить необходимое оснащение для взятия перианального соскоба традиционным способом и продемонстрируйте на муляже.
2. Расскажите об этапах подготовки к проведению практической манипуляции.
3. Следует ли пациенту перед данной манипуляцией провести гигиенический туалет?
4. Какие следует соблюдать условия перед взятием перианального соскоба у пациента? (положение пациента, время суток...)

**З А Д А Н И Е № 2\б**

1. Подготовить необходимое оснащение для взятия перианального соскоба способом Рабиновича и продемонстрируйте на муляже.
2. Расскажите об этапах подготовки к проведению практической манипуляции.
3. Следует ли пациенту перед данной манипуляцией провести гигиенический туалет?
4. Какие следует соблюдать условия перед взятием перианального соскоба у пациента? (положение пациента, время суток...)

**З А Д А Н И Е № 3\б**

1. Подготовить необходимое оснащение для взятия перианального соскоба способом Грэхема и продемонстрируйте на муляже.
2. Расскажите об этапах подготовки к проведению практической манипуляции.
3. Следует ли пациенту перед данной манипуляцией провести гигиенический туалет?
4. Какие следует соблюдать условия перед взятием перианального соскоба у пациента? (положение пациента, время суток...)

**З А Д А Н И Е № 4\б**

1. Подготовить необходимое оснащение для взятия перианального соскоба способом Кеворковой и продемонстрируйте на муляже.
2. Расскажите об этапах подготовки к проведению практической манипуляции.
3. Следует ли пациенту перед данной манипуляцией провести гигиенический туалет?
4. Какие следует соблюдать условия перед взятием перианального соскоба у пациента? (положение пациента, время суток...)

ПИСЬМЕННЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТЫ ЗАЧЁТНЫХ

ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

И

КОНТРОЛЬНЫХ СРЕЗОВ ЗНАНИЙ

**Медицинская (клиническая) паразитология**

Контрольные срезы знаний

**I - вариант**

**1. Трихопол, тинидазол являются препаратами**

 а. противотрематодозными в. противонематодозными

 б. противоцестодозными г. антииротозойными

**2. Энтеробиоз - это глистная инвазия, вызываемая гельминтом...**

**3. Карликовый цепень**

а. вызывает заболевание...

б. на головке имеет (крючья, присоски или присасывательные щели-ботрии)...

в. длина тела (в м\см)...

г. отхождение члеников (активное, т.е. самостоятельное; только с актом дефекации; отхождение обрывков стробилы)...

**4. Легочный сосальщик**

а. синоним

б. вызывает заболевание...

в. окончательный хозяин (источник инвазии)...

г. промежуточные хозяева **1)... 2)...**

**5. Перианальный соскоб** с помощью липкой ленты- **это способ**

 а. традиционный в. Рабинович

 б. Грэхема г. Кеворковой

11 **сот «5»-**1 ош.; **«4»-** 2 ош.; **«3»-**Зош**.; «2»-**4 ошибки

**Медицинская (клиническая) паразитология**

Контрольные срезы знаний

**II - вариант**

**1. Вермокс, немозол, декарис - являются препаратами**

 а. противотрематодозными в. противонематодозными

 б. противоцестодозными г. антииротозойными

**2. Токсокароз - это глистная инвазия, вызываемая гельминтом...**

**3. Широкий лентец**

 а. вызывает заболевание...

 б. на головке имеет (крючья, присоски или присасывательные щели-ботрии)...

 в. длина тела (в м\см)...

 г. отхождение члеников (активное, т.е. самостоятельное; только с актом дефекации; отхождение обрывков стробилы)...

**4» Китайский сосальщик**

 а. синоним

 б. вызывает заболевание...

 в. окончательный хозяин (источник инвазии)...

 г. промежуточные хозяева 1)... 2)...

5. Перианальный соскоб **с помощью стеклянной глазной лопатки** - это способ

 а. традиционный в. Рабинович

 б. Грэхема г. Кеворковой

11 сот **«5»-** 1 ош**.; «4»-** 2 ош**.; «3»** **-** 3 ош**.; «2»** - 4 ошибки

 **Медицинская (клиническая) паразитология**

Контрольные срезы знаний

**III - вариант**

**1. Фенасал, празиквантель (бильтрицид) - являются препаратами**

 а. противотрематодозными в. противонематодозными

 б. противоцестодозными г. антипротозойными

1. **Трихоцефалез - глистная инвазия, вызываемая гельминтом...**

**3. Бычий цепень** (вооруженный\невооруженный)

 а. вызывает заболевание...

 б. на головке имеет (крючья, присоски или присасывательные щели-ботрии)...

 в. длина тела (в м\см)...

 г. отхождение члеников (активное, т.е. самостоятельное; только с актом дефекации; отхождение обрывков стробилы)...

 **4. Сибирский сосальщик**

 а. синоним

 б. вызывает заболевание...

 в. окончательный хозяин (источник инвазии)...

 г. промежуточные хозяева **1)... 2)...**

**5. Перианальный соскоб** с помощью деревянного шпателя **- это способ**

 а. традиционный в. Рабинович

 б. Грэхема г. Кеворковой

11 сот **«5»-** 1 ош**.; «4»-** 2 ош**.; «3»** **-** 3 ош**.; «2»** - 4 ошибки

**Медицинская (клиническая) паразитология**

Контрольные срезы знаний

**IV - вариант**

**1. Хлоксил, празиквантель (бильтрицид) - являются препаратами**

 а. противотрематодозными в. противонематодозными

 б. противоцестодозными г. антипротозойными

**2. Трихинеллез - глистная инвазия, вызываемая гельминтом...**

**3. Свиной цепень** (вооруженный\невооруженный)

 а. вызывает заболевание...

 б. на головке имеет (крючья, присоски или присасывательные щели- ботрии)...

 в. длина тела (в м\см)...

 г. отхождение члеников (активное, т.е. самостоятельное; только с актом дефекации; отхождение обрывков стробилы)...

4. Печеночный сосальщик

 а. синоним

 б. вызывает заболевание...

 в. окончательный хозяин (источник инвазии)...

 г. промежуточные хозяева **1)... 2)...**

5. Перианальный соскоб **с помощью ватного тампона per rectum** - это способ

 а. традиционный в. Рабинович

 б. Грэхема г. Кеворковой

11 сот **«5»-** 1 ош**.; «4»-** 2 ош**.; «3»** **-** 3 ош**.; «2»** - 4 ошибки

**Медицинская паразитология**

Тест- программированный контроль знаний

(Зачетное занятие)

**Вариант-1**

1. **Протозоозы – это…**

а) простейшие;

б) заб- я, вызванные простейшими;

в) гельминты;

 д) заб- я, вызванные гельминтами

**2. Трематоды – это…**

а) сосальщики;

 б) заб – я, вызванные сосальщиками;

 в) ленточные черви;

 г) заб – я, вызванные цепнями;

 е) заб- я, вызванные круглыми червями.

 **3. Криптоспоридиоз – это паразитарное заболевание из группы…**

а) протозоозов;

 б) трематодозов;

 в) цестодозов;

 д) нематодозов.

 **4. Аскаридаты вызывают паразитарное заболевание…**

а) аскаридоз;

 б) токсокароз;

 в) энтеробиоз;

 д) трнхоцефалез.

 **5. Энтеробиоз и гименолепидоз- это...**

 а) геогельминтозы;

 б) биогельминтозы;

 в) контагиозные гельминтозы.

 **6. Биогельминтамн являются следующие трематоды:**

 а)....;

 б)...;

 в)...;

 г)....

**7. Парагоннмоз вызывается…**

 а) печеночным сосальщиком;

 б) легочным сосальщиком;

 в) китайским сосальщиком;

 г) сибирской двуусткой.

 **8. Бычий цепень- это…**

 1. а) вооруженный;

 б) невооруженный;

 2. т.к. имеет или не имеет... (особенности строения

 а) головки;

 б) тела.

 3. отхождение члеников- проглотид возможно

 а) только во время акта дефекации

 б) не только во время акта дефекации

 4. вызывает заболевание

 а) дифиллоботриоз

 б) гименолепидоз

 в) тениаринхоз

 г) тениоз

 5. источник инвазии и окончательный хозяин....

 6. промежуточный хозяин...

 7. основные синдромы

 а)...

 б),

 в)...

 г)...

 8. возможные осложнения...

 а)...

 б)...

 в)…

 г)..

 **9. А) Данные эпидемиологического анамнеза, имеющие диагностическое**

 **значение трематодозов** Б) Основной метод лабораторной диагностики трематодозов

 а) бактериологический;

 б) микроскопический;

 в) серологический;

 г) перианальный соскоб для микроскопии.

 **10. Основной принцип способа перианального соскоба по Грехему заключается в использовании...**

 а) тампона, смоченного в р- ре глицерина;

 б) деревянного шпателя, смоченного в р- ре глицерина;

 в) стеклянной лопатки, смоченной в клеоле

 г) липкой ленты.

 **11. Антнпаразитарные препараты для лечения нематодозов**

 а)...

 б)…

**28 сот «5» -** 0 – 3.  **«4»** - 4 – 6. **«3»** - 7 – 8. **«2»** - 9

**Медицинская паразитология**

Тест- программированный контроль знаний

(зачетное заняше )

**Вариант- 2**

**1. Нематодозы-это...** .

 а) сосальщики;

 б) заб-я, вызванные сосальщиками;

 в) круглые черви

 г) заб- **я,** вызванные круглыми червями;

 д) ленточные черви

 е) заб- я, вызванные цепнями

**2. Цестоды-** это...

 а) круглые черви;

 б) заб- **я,** вызванные круглыми червями;

 в) сосальщики;

 г) заб-я, вызванные сосальщиками;

 д) ленточные черви и цепни

 е) заб - я, вызванные цепнями.

**3. Лямблиоз- это паразитарное заболевание из группы**

 а) протозоозов;

 б) трематодозов

 в) сосальщики;

 г) цестодозов;

 д) нематодозов.

**4. Острицы вызывают заболевание…**

 а) аскаридоз ;

 б) токсокароз;

 в) энтеробиоз;

 г) трихоцефалез.

**5. Клонорхоз и описторхоз- это**

 а) геогельминтозы;

 б) биогельминтозы

 в) контагиозные гельминтозы

**6. Какие паразиты- гельминты не относятся к контагиозным?**

 а) острицы;

 б) аскариды ;

 в) власоглав;

 г) карликовый цепень;

 д) трематоды.

**7. Фасциолез вызывается…**

 а) легочным сосальщиком;

 б) печеночным сосальщиком ;

 в) китайской двуусткой

 г) кошачьим сосальщиком.

**8. Широкий лентец – это…**

 1. а) ленточный червь;

 б) головки;

 в) тела.

 2. особенности строения.

 3. отхождение члеников – проглотид возможно.

 а) только во время акта дефекации;

 б) не только во время дефекации.

 4. вызывает глистную инвазию.

 а) гименолепидоз;

 б) теннарннхоз;

 в) тениоз

 г) днфиллоботрноз

 5. источник инвазии и окончательный хозяин...

 6. промежуточные хозяева.

 а)...

 б)...

 7. основные синдромы

 а)...

 б)...

 в)...

 г).

 8. возможные осложнения

**9. А) Данные эпидемиологического анамнеза, имеющие диагностическое значение для теннаринхоза.**

 Б) Основной метод лабораторной диагностики тениаринхоза.

 а) бактериологический;

 б) копроовоскопия;

 в) серологический;

 г) перианальный соскоб для микроскопии.

 **10. Основной принцип способа перианального соскоба по Рабиновичу**

 **Заключается в использовании.**

 а) тампона, смоченного в растворе глицерина

 б) деревянного шпателя, смоченного в р- ре глицерина

 в) стеклянной лопатки, смоченной в клеоле;

 г) липкой ленты

 **11. Антииаразитарные препараты для лечения цестодозов.**

 а)

 б)

 в)

28 сот **«5**»- 0-3 «4»- 4-6 **«3»-** 7-8 **«2»-** 9

**Медицинская паразитология**

Тест- программированный контроль знаний

(зачетное занятие)

**Вариант- 3**

**1. Цестоды-** это...

 а) сосальщики;

 б) заб-я, вызванные сосальщиками;

 в) круглые черви;

 г) заб- **я,** вызванные круглыми гельминтами;

 д) ленточные черви;

 е) заб - я, вызываются цепнями, ленточными червями.

**2. Нематодозы-это...** .

 а) круглые черви;

 б) заб- **я,** вызванные круглыми червями;

 в) сосальщики;

 г) заб-я, вызванные сосальщиками;

 д) ленточные черви и цепни;

 е) заб- я, вызванные цепнями.

**3. Пневмоцитоз – это паразитарное заболевание из группы.**

 а)нематодозов;

б)цестодозов;

 в) трематодозов;

г**)** протозоозов.

**4. Карликовый цепень вызывает заболевание.**

 а) тениаринхоз;

 б) тениоз;

 в) дифиллоботриоз;

 г) гименолепидоз;

**5. Тенидозы - это…**

а) геогельминтозы;

 б) биогельминтозы

 в) контагиозные гельминтозы

**6. Какие нематоды являются - геогельминтами?**

 а) аскариды;

 б) острицы;

 в) аскаридаты;

 г) трематоды;

 д) власоглав;

 е) трихинеллы.

**7. Клонорхоз вызывается…**

 а) легочным сосальщиком;

 б) печеночном сосальщиком;

 в) китайской двуусткой;

 г) кошачьей двуусткой.

**8. Карликовый цепень - это…**

 1. а) цистода;

 б) трематода;

 2. особенности строения

 а) головки;

 б) тела;

 3. а) антропоноз

 б) зооноз

 4. вызывает глистную инвазию

 а) гимеиолипедоз

 б) тениаринхоз

 в) тениоз

 г) дифиллоботриоз

5. источник инвазии и окончательный хозяин

6. промежуточный хозяин

7. основные синдромы

 а)...

 б)...

 в)...

 г)...

8. возможные осложнения

 а)...

 б)..

 в) .. ,

**9. А) Данные эпидемиологического анамнеза, имеющие диагностическое**

 **значение для протозойных инфекций**

 **Б) Основной метод лабораторной диагностики протозоозов**

 а) бактериологический

 б) копроскопия

 в) серологический

 г) перианальнын соскоб для микроскопии

**10. Основной принцип способа периаиального соскобапо Кеворковой заключается в использовании**

а) тампона, смоченного в р- ре глицерина

б) деревянного шпателя, смоченного в р- ре глицерина

в) стеклянной лопатки, смоченной в клеоле

г) липкой ленты

**11. Антнпаразнтарные препараты для лечения трематодозов**

а)

 б)

28 сот **«5**»- 0-3 «4»- 4-6 **«3»-** 7-8 **«2»-** 9

**Медицинская паразитология**

Тест- программированный контроль знаний

(зачетное занятие)

**Вариант-4**

**1. Тремагодозы-это…**

а) сосальщики

б) заб- я, вызываемые сосальщиками

в) круглые черви

г) заб-я, вызываемые круглыми гельментами

д) ленточные черви

е) заб- я, вызываемые цепнями

**2. Тениидозы….**

а) круглые черви

б) заб-я, вызываемые круглыми червями

в) сосальщики

г) заб-я, вызываемые сосальщиками

д) ленточные черви

е) заб- я, вызываемые цепнями

**3. Балантидиаз- это паразитарное заболевание из группы…**

а) нематодозов

б) цестодозов

в) трематододов

г) протозоозов

**4. Власоглав вызывает заболевание**

а) трнхоцефалез

б)трихенелез

в) энтеробноз

г) токсокароз

**5. Аскаридоз и трнхоцефалез- это**

а) геогельминтозы

б) биогельминтозы

в) контагиозные гельминтозы

**6. Биогельминтами являются следующие цестоды:**

 а) карликовый цепень

 б) бычий цепень

 в) широкий лентец

 г) свиной цепень

 д) эхинококк

**7. Описторхоз вызывается**

а) легочным сосальщиком

б) печеночным сосальщиком

в) китайской двуусткой

 г) кошачьей ( сибирской) двуусткой

**8. Свиной цепень- это**

1. а) вооруженный

 б) невооруженный

 2. т. к. имеет или не имеет (особенности строения)

 а) головки

 б) тела
 3. отхождения члеников возможно

 а) только во время акта дефекации

 б) не только во время акта дефекации

 4. вызывает заболевание

 а) дифиллоботриоз

 б) гименолепидоз

 в) тениаринхоз

 г) тениоз

 5. источник инвазии и окончательный хозяин

 6. промежуточный хозяин

 7. основные синдромы

 а)...

 б)...

 в) ...

 г/...

8.наиболее опасная локализация личинок- цисгицерков…

 9. возможные осложнения

**9. А) Данные эпидемиологического анамнеза, имеющие диагностическое**

 **значение** при энтеробиозе

Б) Основной метод лабораторной диагностики энтеробиоза

а) бактериологический

б) копроскопия

в) серологический

г) перианальный соскоб для микроскопии

**10. Основной принцип традиционного способа перианального соскоба**

 **заключается в использовании...**

а) тампона, смоченного в р- ре глицерина

б) деревянного шпателя, смоченного в глицерине

в) стеклянной лопатки, смоченной в клеоле

г) липкой ленты

11. Антипаразитарные препараты для лечения протозойных заболеваний

 (лямблиоза, амебиаза, балангидиаза)

 а) ….

 б)…

2 8 сот

**«5»-**0-3

«4»-4—6

**«3»-** 7-8

«2»- 9

##

##  Приложение 8

## ПРОФЕССИОГРАММЫ

## Способы перианального соскоба для микроскопии яиц

## остриц и бычьего цепня.

##  В целях диагностики *энтеробиоза* и *тениаринхоза* материал для исследования берут с перианальных складок кожи.

## - Соскоб делают утром до дефекации и мочеиспускания (у женщин) или через 2-3 часа после того, как больной вечером лег спать. Больного просят принять коленно-локтевое положение и раздвинуть ягодицы.

## **ТРАДИЦИОННЫЙ СПОСОБ СКРЯБИНА**

##  Деревянной палочкой (или спичкой) со смоченным в 50% глицерине ватным тампоном медицинская сестра соскабливает содержимое складок. Палочку помещают в пробирку (для массовой транспортировки предложены специальные штативы с пробирками), спичку - в пенициллиновый флакон и направляют в лабораторию.

## **СПОСОБ ГРЭХЭМ**

## Очень прост и удобен способ с использованием липкой целлофановой ленты. Кусок 4см прикладывают липкой поверхностью к перианальным складкам, после чего снимают и вклеивают к предметному стеклу. Сверху покрывают вторым предметным стеклом, скрепляют оба стекла резинкой и отправляют в лабораторию.

## СПОСОБ РАБИНОВИЧА

##  Предложен в 1996г. Очень удобен и эффективен особенно в условиях ФАПа. Способ предусматривает использование стеклянных глазных лопаток с диаметром плоской части 8 - 10мм. Предварительно плоскую часть стерилизуют кипячением, затем покрывают тонким слоем клея. Клей: клеол -10 гр., касторовое масло- 2,5гр., этиловый эфир- 5гр., этиловый спирт 96,5 - 2,5гр., (клей можно заказать в аптеку). Забор проводят путем соприкосновения плоской части лопатки с кожей перианальных складок. Укладывают в пенал или в пенициллиновый флакон, для чего в пробке прокалывают отверстие, в которое вставляют лопатку. Микроскопируют с обеих сторон.

## СПОСОБ КЕВОРКОВОЙ

##  Ватный тампон, смоченный в вазелине (или глицерине), вводят в прямую кишку на ночь, затем утром извлекают, помещают во флакончик или коробочку и отправляют в лабораторию.

## Забор, доставка любого материала на исследование, особенно от инфекционных больных, требует соблюдения мер инфекционной безопасности, т. е. предохранения от возможного рассеивания возбудителя или самозаражения.

##  Каждая проба должна иметь этикетку и к ней должно быть приложено направление. В направлении указывают: какое учреждение (участок) направляет материал, с какой целью, Ф.И. О. больного или обследуемого, его возраст, место работы (учебы) и жительства, предполагаемый диагноз, дату взятия пробы.

##  В случае пересылки материала внутри ЛПУ его сопровождают сведениями: названия материала и цель исследования, номер отделения, Ф. И. О. больного, номер истории болезни, Дата заболевания, взятия пробы, предполагаемый диагноз.

##  Во всех случаях необходимо указывать, первично или вторично обследуется больной.

 Направление подписывают медицинская сестра и врач.

**ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ**

 **(фракционный способ)**

## Оснащение: Стерильный дуоденальный зонд, штатив с пробирками, стимулятор для **желчного** пузыря (25-40 мл 33% сульфата магния, 10% спиртовой раствор сорбита или холецистокинин шприц для аспирации, шприц Жанэ, шприц для инъекции (если **используете** с холецистокинин), грелка, валик, перчатки.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| **I. Подготовка к процедуре**1.Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие на процедуру*.* | Обеспечивается право пациента на информацию. |
| 2. Определить расстояние, на которое пациент должен проглотить зонд, с тем чтобы он оказался в субкардиальном отделе желудка (в среднем — около 45 см) и в двенадцатиперстной кишке: расстояние от губ и вниз по передней брюшной стенке, чтобы олива располагалась на 6 см ниже пупка. | После попадания зонда в субкардиальный отдел желудка пациент должен будет изменить положение. |
| 3. Предложить пациенту сесть на стул или кушетку. | Положение, необходимое для заглатывание зонда в желудок. |
| 4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки. Положить полотенце на грудь и шею пациента. | Обеспечивается инфекционная безопасность |
| 5. Взять зонд на расстоянии 10-15 см от оливы, а левой рукой поддерживать его свободный конец (зонд должен находиться в морозильнике в течение 1,5 ч до введения). | Уменьшается рвотный рефлекс, облегчается возможность проведения процедуры. |
| II, Выполнение процедуры6. Предложить пациенту открыть рот, положить оливу на корень языка, а затем продвинуть зонд глубже в глотку: пациент должен при этом делать активные глотательные движения. При каждом глотательном движении зонд будет продвигаться в желудок до нужной мерки (4-й или 5-й). | Исключается сворачивание зонда.Обеспечивается продвижение зонда по пищеводу. |
| 7. Проверить местонахождение зонда: подсоединить шприц к зонду: если при аспирации в шприц поступает мутноватая жидкость желтого цвета - олива находится в желудке; если нет — подтянуть зонд на себя и предложить заглатывать его вновь. | Если жидкость не поступает в шприц. значит зон «свернулся» в пищеводе Попадание зонда в желудок необходимое условие продолжения процедуры. |
| 8. если зонд в желудке — уложить пациента на правый бок, подложив под таз валик или свернутое одеяло, а под правое подреберье — теплую грелку. В таком положении пациент продолжает заглатывать зонд до 7-й-8-й метки. Продолжительность заглатывания 40 мин. - 1 час. | В таком положении облегчается продвижение зонда к привратнику, а затем в двенадцатиперстную кишку. Попытка более быстрого заглатывания зонда приводит к тому, что он часто сворачивается в желудке, что в конечном счете удлиняет исследование. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| 9.При заглатывании зонда до 9-й метки (80-85 см), опустить его свободный конец в пробирку. Примечание: штатив с пробирками устанавливается ниже кушетки. | Расстояние от передних резцов до большого дуоденального сосочка. |
| 10.При нахождении оливы в двенадцатиперстной кишке в пробирку поступает золотисто-желтая жидкость - дуоденальная порция - порция А. За 20-30 мин поступает 15-40 мл этой порции (2-3 пробирки).**Примечание**. Если жидкость не поступает в пробирку, нужно проверить местонахождение зонда с помощью введения в него шприцем воздуха: если зонд находится в двенадцатиперстной кишке, то введение воздуха не сопровождается никакими звуковыми явлениями; если зонд все еще в желудке — при введении воздуха отмечаются характерные клокочущие звуки | Цвет порций А обусловлен смесью желчи, панкреатического секрета и кишечною сока. При наличии примеси желудочного сока порция А становится мутной. |
| 11.После получения порции А ввести с помощью шприца Жанэ стимулятор желчного пузыря (25- 40 мл 33% раствора сульфата магния ли 30-40 мл 10№спиртового раствора сорбита или желчегонного средства гормональной природы, например холецистокинин - 75 ед в/м). Переместить зонд в следующую пробирку. | Побочное Побочное действие сульфата магния (в данном случае) — послабляющий эффект.Обеспечивается опорожнение желчного пузыря и получение порции В. |
| 12.Через 112. Через 0-15 минут после введения стимулятора в пробирку поступает порция В — пузырная желчь. Продолжительность получения порции В: за 20-30 мин. — 30-60 мл желчи (4-6 пробирок).Примечание: Для своевременного выявления порции ВС внимательно наблюдать за цветом желчи при получении порции В: при появлении жидкости светлого цвета — переместить зонд в другую пробирку, затем, при появлении жидкости темного цвета — вновь переместить зонд. Отметить порцию ВС. | Цвет пузырной желчи коричневый или оливковый, а при застое желчи – темно зеленый.При слабой концентрационной функции желчного пузыря не всегда удается отличить по цвету порции А и В. |
| 13.Переместить зонд в следующую пробирку для получения порции С — печеночной порции. Продолжительность получения порции С: за 20- 30 мин — 15-20 мл желчи (1-2 пробирки). | Цвет печеночной желчи - более светлый, зол золотисто-желтый. |
| III. Завер III Завершение процедуры14. Извлечь зонд медленными поступательными движениями, протирая его салфеткой. | Обеспечивается механическое очищение зонда. |
| 15. Погрузить зонд в раствор дезинфектанта. | Обеспечивается инфекционная безопасность |
| 16. Снять перчатки, вымыть и осушить руки. | Обеспечивается инфекционная безопасность |
| 17. Немедленно доставить все пробирки в лабораторию с направлением, указав отделение, ФИО пациента. | Обеспечивается достоверность полученной информации. |

## **СОВЕТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ**

## Лечение трематодозов (фасциолез, описторхоз, клонорхоз)

## Трематодозы - гельминтозы, вызываемые плоскими червя­ми - трематодами (сосальщиками). Отдельные виды трематод имеют почти повсеместное распространение (фасциолез), дру­гие - преимущественно очаговое (описторхоз, клонорхоз). Так, описторхоз преобладает в бассейнах рек Западной Сибири, Урала, Волги, Днепра; клонорхоз - на Дальнем Востоке. Жиз­ненные циклы трематод разнообразны. Характерна смена хо­зяев: первый промежуточный - моллюски, второй промежуточ­ный или дополнительный - рыбы, раки, крабы, окончатель­ный - человек и некоторые позвоночные животные. Гельминты, находящиеся в организме окончательного хозяина, выделяют яйца, которые, попав в окружающую среду, развиваются, и из них выходят мирацидии. Они проникают в организм моллюска, где проходят несколько стадий развития, после чего формиру­ются церкарии, которые выходят из моллюска и живут в воде. Они внедряются в организм дополнительного хозяина, где фор­мируется следующая стадия - метацеркарии.

## Заражение человека происходит при употреблении в пищу сырой рыбы, крабов, раков (при описторхозе, клонорхозе и др.) либо с водой или съедобными водорослями.

## **Патогенез** и клинические проявления трематодозов определяют­ся видовой принадлежностью паразита, стадией его развития, локализацией в организме человека. Основными факторами патогенеза являются сенсибилизация организма человека продуктами обмена и распада гельминтов и механическое воз­действие трематод.

## Наиболее распространенным видом гельминтов из группы трематодозов является описторхоз, характеризующийся пре­имущественно поражением печени, билиарной системы и под­желудочной железы. Возбудитель - двуустка сибирская (ко­шачья). Длина гельминта 4-13 мм. В стадии половой зрелости возбудитель паразитирует в желчных протоках и протоках под­желудочной железы человека, кошки, собаки, лисицы и других плотоядных млекопитающих (окончательные хозяева). Промежуточные хозяева гельминта - моллюски, дополнительные хозяева - карповые рыбы (чебак, лещ и др.). Человек и живот­ные заражаются олисторхозом при употреблении в пищу недостаточно кулинарно обработанной рыбы - с личинками гельминтов.

## В клиническом течении описторхоза различают раннюю (ост­рую) и позднюю (хроническую) фазы. Инкубационный период чаще составляет 2-4 нед. Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела до 39-40 ’С (ранняя стадия), лихо­радка длится от нескольких дней до 2 мес и более. Имеются боли в мышцах и суставах, кашель, различные высыпания на коже, боли в животе, жидкий стул, увеличенная и болезненная при пальпации печень, иногда спленомегапия и лимфаденопатия. Возможна желтуха. В крови - лейкоцитоз и эозинофилия. Иногда перечисленные симптомы выражены нерезко. В хронической фазе описторхоза боли в подложечной области и подреберье чаще тупые, давящие, реже приступообразные. Печень обычно умеренно увеличена, уплотнена, при пальпа­ции болезненна. При клонорхозе в период миграции личинок у больного появляются лихорадка, озноб, болезненная гепатомегалия, слабая желтуха и эозинофилия. Зрелые паразиты обусловливают пролиферацию печеночного эпителия, увели­чение продукции муцина, развитие хронического перихоланги- та и фиброза вокруг внутрипеченочных протоков. Закупорка желчных протоков телами погибших гельминтов может приво­дить к развитию холестаза и холангита. Взрослые особи гель­минтов повреждают также и протоки поджелудочной железы, обусловливая развитие обструктивного панкреатита. У больных наряду с эозинофилией нередко имеет место увеличение уровня щелочной фосфатазы, трансаминаз и билирубина.

## **Диагноз** основывается на обнаружении в фекалиях или дуо­денальном содержимом яиц описторхисов и на результатах иммунологических реакций (непрямой гемагглютинации, связывания комплемента). В острой фазе антитела в диаг­ностических титрах выявляются со второй недели болезни. По клиническим проявлениям отдифференцировать опис- \*горхоз от фасциолеза и клонорхоза невозможно. С этой целью целесообразно воспользоваться результатами серологи - ческих исследований и исследованием дуоденального содер­жимого.

## ***Лечение*** (фасциолез, описторхоз, клонорхоз) - внутрь празиквантель (азинокс)из расчета 75 мг на 1 кгм.т. всутки в 3 приема после еды в течение 2 дней Специфическое лечение трема­тодозов более эффективно и лучше переносится после пред­варительного симптоматического курса дезинтоксикационной терапии. Она включает ежедневные внутривенные инфузии гемодеза или изотонических растворов глюкозы и хлорида натрия до 500 мл/сут и более. С добавлением 2 мл 6% раствора витамина В6, 4 мл 0,5% раствора липоевой кислоты. 40 мл 5% раствора бикарбоната натрия. Вводят внутривенно 10 мл 10% раствора кальция хлорида или внутримышечно 10 мл каль­ция глюконата, при гипертермии вводят (в капельницу или внутримышечно) 2 мл 50% раствора анальгина, 1 мл супрасти- на или димедрола.

## При развитии выраженных симптомов гепатита назначают внутрь преднизолон в дозе 30-40 мг/сут или дексаметазон в дозе 6-10 мг\сут в течение недели с быстрым снижением дозы гормонального препарата.

## При наличии симптомов аллергического миокардита и на­рушений ритма сеояиа одновременно назначают препараты калия (30 млЗ-5%1>аствора калия ynnpima| Q.5 г ооотата калия внутрь 3-4 раза в день или панангин по ***Р ппяж\**** Згазая^ень).

## По показаниям назначаются антибактериальные и другие лекарственные средства.

## Рекомендуемая литература

## Основная:

## Заяц Р.Г. , Рачковская И.В., Карпов И.А. основы общей и медицинской паразитологии. «Учебники и учебные пособия».

##  Ростов н/Д : «Феникс», 2002.

## Дайтер А.Б.,Тумка А.Ф., Паразитарные болезни. –Л.: Медицина, 1980г.

## Генис Д.Е., Медицинская паразитология . –М .: Медицина , 1979, 1991 г

## Антонова Т.В., Антонов М.М ,Барановская В.Б , Лиознов Д.А.Инфекционные болезни : Учебник для медучилищ и колледжей/ Под редакцией Т. В. Беляевой.-Спб.: Спецлит ,2000г.

##  Дополнительная:

##  Барышников Е.Н. Медицинская паразитология : учебное пособие для студентов вузов АМ.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005.

##  Воловская М.Л. Эпидемиология с ОИБ-М.6 Медицина, 1989г.

##  Клинический справочник фельдшера. Ростов н/Д: «Феникс», 2000г.

## Покровский В.И.,Пак С.Г.,Брика Н.И., Данилкин Б. К., .Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник,-М:ГЭОТАР Медицина, 2000г

## Покровский В.И., Булкина И. Г. Инфекционные болезни с уходом за больными и основами эпидемиологии.-М.: Медицина, 1985 г

## Справочник по инфекционным болезням для среднего мед.персонала./Под ред. Рахмановой А.Г.-Спб.: Гиппократ, 1992., « Питер « 2001

## Черкасский Б.Л., Инфекционные и паразитарные болезни человека : справочник эпидемиолога.- М.: Медицинская газета 1994г

## Шувалова Е.П., Инфекционные болезни.- М.: Медицина 1995г

## Медицинская паразитология: учебное пособие/под редакцией здн акад.,проф. Яфаева Р.Х.- Спб.: ООО «Фолиант», 2003г.