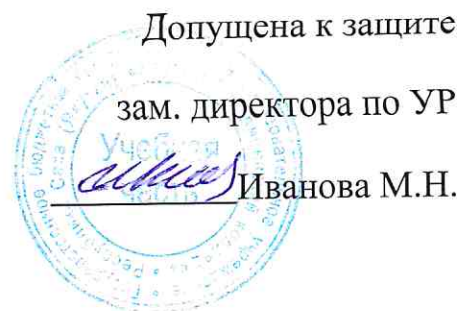


Министерство Образования и Науки Республики Саха (Якутия)  
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение  
«Якутский медицинский колледж»



ОСИПОВА МАРИЯ ИВАНОВНА

**ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА**

Выпускная квалификационная работа

по специальности – 34.02.51. Сестринское дело

Студентка отделения «Сестринское дело»

Гр СД-35

Руководитель

Осипова М.И

Габышева Л.Ю

Якутск – 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА.....	5
1.1. Этиология и эпидемиология.....	5
1.2. Клиническая картина и диагностика дифиллоботриоза.....	7
1.3. Профилактика дифиллоботриоза.....	9
ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА.....	13
2.1. Анализ заболеваемости дифиллоботриозом по Республике Саха (Якутия).....	13
2.2. Изучение настороженности населения заболевания дифиллоботриозом путем анкетирования на примере ГАУ РС (Я) Поликлиники №5 города Якутска.....	16
ВЫВОДЫ.....	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	24
РЕКОМЕНДАЦИИ.....	25
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ.....	26
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	27

## ВВЕДЕНИЕ

Представители морских и пресноводных промысловых гидробионтов, используемых в Российской Федерации как продовольственное сырье, являются источниками возбудителей более 30 гельминтозов, опасных для человека, в том числе дифиллоботриоза. Очаги дифиллоботриоза регистрируются в бассейнах рек Невы, Северной Двины, Печоры, Дуная, Днепра, Оби, Лены, Енисея, Колымы, Амура, на побережьях озер Ладожского, Онежского, Чудского, Псковского, Убинского (Барабинская степь), многочисленных озер Карелии, Эстонской ССР, а также Еравнинских озер Бурятской АССР и Бекламишевских (Иргень, Шакшинское, Арахлей, Иван, Тосей) Читинской области.

В Европе заболевания, вызываемые лентецом широким *Diphyllobothrium latum*, известны с начала XVII века, паразит впервые описан и классифицирован К. Линнеем (1758). Основы эпидемиологии разработаны М. Брауном (1883) и И. Яницким (1917). Большой вклад в изучение эпидемиологии, патогенеза и клиники заболеваний внесли отечественные учёные С.П. Боткин и Г.Ф. Ланг.

**Актуальность:** Республика Саха (Якутия) относится к территориям с очень высокими уровнями заболеваемости природно-очаговыми биогельминтозами. Из природно-очаговых биогельминтозов дифиллоботриоз остается одной из самых актуальных и социально значимых проблем на территории республики.

В профилактике гельминтозов исключительная роль принадлежит пропаганде медицинских знаний, что является единственным приемом воздействия на восприимчивые к инвазии контингенты.

**Цель исследования:** Изучение эпидемиологии дифиллоботриоза

**Задачи:**

1. Изучить характеристику, эпидемиологию и клинические проявления дифиллоботриоза

2. Проанализировать статистические данные по профилактике дифиллоботриоза в Республике Саха (Якутия) и Российской Федерации
3. Изучить настороженность населения заболевания дифиллоботриозом путем анкетирования на примере ГАУ РС (Я) Поликлиники №5 города Якутска



# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА

## 1.1. Этиология, патогенез и эпидемиология дифиллоботриоза.

Дифиллоботриоз - это паразитарное заболевание человека и животных, возбудителем которого является ленточный гельминт - широкий лентец. Возбудитель — лентец широкий (*Diphyllobothrium latum*) реже — *Diphyllobothrium cordatum*, *Diphyllobothrium dendriticum*. Механизм передачи возбудителя – фекально-оральный, путь передачи – пищевой. Паразит достигает до 9 м длины. Продолжительность жизни достигает 10 лет. Окончательным хозяином является человек, собака, кошка, лиса, медведь. Промежуточным первым рачки-циклопы, вторым пресноводные рыбы: щука, налим, ерш, сик, ясь. Человек заражается употребляя в пищу сырую или полусырую рыбу, недостаточно обработанную икру, если они содержат личинки гельминта. Продолговатая сплюснутая головка имеет 2 присасывательные щели (ботрии). Тело состоит из 300–4000 члеников (проглоттид). В стадии половой зрелости червь паразитирует в тонкой кишке. Яйца паразита выделяются с фекалиями в окружающую среду. В воде пресноводных водоёмов при температуре 10–20 °С из яйца выходит личинка (корацидий), проглатываемая рачками-циклопами. Корацидий развивается в личинку второй стадии — процеркоид. Дальнейшее развитие происходит в теле проглотившей рачка рыбы: личинки достигают инвазионной стадии (плероцеркоид). В организме человека или животного, съевшего заражённую рыбу, плероцеркоид развивается в половозрелую особь, и цикл вновь повторяется. Половозрелые гельминты паразитируют в тонком кишечнике; при некоторых диффилоботриозах личинки — плероцеркоиды, обитают в подкожной клетчатке и внутренних органах, вызывая заболевание — спарганоз. (6)

Патогенез широкого лентеца связан со сменой трех хозяев. Яйца гельминта относительно устойчивы во внешней среде. Попадая наружу, их жизнеспособность может сохраняться в течение месяца, однако продолжить

свое развитие они могут, лишь попав в воду. При наличии оптимальной температуры воды (20°C), а также достаточного содержания кислорода в яйце в течение 21 дня развивается так называемый корацидий, который выдавливает крышечку яичной оболочки и попадает в воду. Находясь в свободном состоянии корациды могут примерно от 1 до 12 дней в зависимости от температуры воды. Дальнейшее развитие паразита связано с различными видами веслоногих рачков, которые проглатывают корациды, активно фильтруя воду. Вторыми хозяевами широкого лентеца являются различные хищные рыбы (ерш, окунь, щука, налим и т. д.), которые заглатывают зараженных рачков. Человек заражается ленточным паразитом употребляя в пищу плохо проваренную (прожаренную) рыбу, а также плохо просоленную икру.

В кишечнике человека обычно обитает один, реже несколько лентецов, но описаны случаи паразитирования 100 и более особей. Продолжительность жизни паразита исчисляется годами - 10, 20 и более лет. При этом периодически часть концевой отдела стробилы отторгается и в виде ленты выделяется с испражнениями при дефекации.

В основе патогенного действия широкого лентеца лежат следующие факторы: механическое воздействие гельминта, нервнорефлекторные влияния, токсико-аллергические реакции, развитие авитаминоза В12 и фолиевой кислоты. Роль механического фактора возрастает при интенсивной инвазии. Прикрепляясь к слизистой оболочке кишечника, лентец ущемляет ее, что приводит к местному повреждению, микроизъязвлению, атрофии. При интенсивной инвазии скопление паразитов может вызвать непроходимость кишечника. (2,3)

Одним из показателей сенсibilизации организма, являющейся следствием токсико-аллергического воздействия продуктов жизнедеятельности гельминта, его антигенов, служит эозинофилия крови, наиболее выраженная в ранней стадии болезни.



Нервно-рефлекторные влияния в результате раздражения нервных окончаний стенки кишечника способствуют нарушению функции желудка и других органов пищеварительного тракта.

К числу тяжелых проявлений инвазии относится развитие дифиллоботриозной мегалобластической анемии, в основе патогенеза которой лежит эндогенный авитаминоз В12 и фолиевой кислоты. Этиологическая роль дифиллоботриоза в развитии анемии была установлена в 1884 г. С. П. Боткиным. Поступающий с пищей витамин В12- внешний антианемический фактор - не усваивается, а абсорбируется стробилой паразита.

Основной резервуар и источник инвазии – человек. Возможны инвазии животных (кошки, свиньи, собаки, медведи и др.), но они имеют ограниченное значение в передаче возбудителя. В организме человека паразит может сохраняться десятилетиями. На территории Российской Федерации дифиллоботриоз распространен достаточно широко. Широкий лентец регистрируется в Карелии, Ленинградской, Архангельской, Красноярской, Тюменской областях, Хабаровском крае, в Волжском бассейне. Природный очаг дифиллоботриоза отмечен на реке Дон в пределах Воронежской области.

## 1.2. Клиническая картина и диагностика дифиллоботриоза

Клиническое течение дифиллоботриоза зависит от интенсивности инвазии и индивидуальных особенностей организма больного. В ряде случаев инвазия протекает бессимптомно или субклинически. Иногда наличие инвазии устанавливается в связи с выделением при дефекации «ленты» гельминта, после чего выясняются и некоторые жалобы больного, например: боли в животе, тошнота, отрыжка и др.

При выраженных формах инвазии на передний план выступают патологические явления со стороны органов пищеварения, нервной и кроветворной систем. Такие больные жалуются на пониженный аппетит,

тошноту и рвоту, боли в животе, неустойчивый стул, падение трудоспособности, слабость, сонливость, парестезии, неприятные ощущения в языке при приеме кислой, соленой пищи, лекарств. На коже иногда появляется крапивница, редко описаны эпилептиформные судороги.

У некоторых больных дифиллоботриозом, примерно у 2% инвазированных *D. latum*, развивается пернициозоподобная, 12-дефицитная анемия. При развитии анемии нарастает слабость, утомляемость, сонливость, больные жалуются на головокружение, сердцебиение, шум в ушах, потемнение в глазах при повороте головы. Обращает внимание бледность кожных покровов, одутловатость лица, иногда отеки на ногах.

Как и при анемии Аддисон-Бирмера, возможно развитие глоссита Гунтера, когда на языке возникают воспалительные изменения, появляются яркокрасные крайне болезненные пятна трещины - «ошпаренный» язык. Позднее острые явления стихают, наступает атрофия сосочков, язык становится гладким блестящим - «лакированным». Живот часто вздут, стул нередко жидкий, печень, селезенка иногда увеличены. У 80 - 90% больных - ахилия.

Поражения нервной системы проявляются в виде чувства онемения, жжения, щекотания и парестезии, нарушения чувствительности участков кожи, неустойчивости походки, как проявлений миелоза.

Весьма характерные изменения возникают в системе крови. Основная их черта - мегалобластический, эмбриональный тип кроветворения, в результате чего в периферическую кровь поступают незрелые, молодые формы эритроцитов: мегалобласты, нормобласты, эритроциты с остатками ядер, кольцами Кебота, тельцами Жолли, полихроматофилы, пойкилоциты. Характерна лейкопения, тромбоцитопения. Изменяется гемограмма: уменьшается количество эритроцитов, насыщенность их гемоглобином повышена, цветной показатель обычно высокий - гиперхромная анемия; СОЭ ускорена. Степень выраженности анемии зависит от интенсивности инвазии, наличия у инвазированного сопутствующих болезней, качества питания. (3)



Диагностика дифиллоботриоза.

Обнаружение фрагментов стробилы в стуле является важным диагностическим признаком. В 79 – 80% случаев больные сами замечают отхождение фрагментов паразита и доставляют их в лабораторию. Проглоттиды широкого лентеца отличаются от проглоттид других аполитических видов (тениид) своей формой – они вытянуты в ширину больше, чем в длину, а также формой матки, имеющей вид небольшого розетковидного образования в центре членика. Окончательный паразитологический диагноз ставится при выявлении яиц широкого лентеца в стуле. Обычно кал содержит большое количество яиц, и они выявляются без применения методов концентрации, в нативном мазке.

При подозрении на дифиллоботриоз окрашивать нативный мазок не обязательно. Его изучают сначала при малом, а затем большом увеличении. Яйца широкого лентеца широкоовальные, серовато - желтые, с гладкой двухконтурной оболочкой, на одном полюсе находится крышечка, а на противоположном – небольшой бугорок, несколько сдвинутый с продольной оси. Их размер составляет 68 – 75\*45 – 50 мкм. Личинка в них еще не развита, поэтому крючья не видны. Эти яйца имеют некоторое сходство с яйцами трематод, особенно яйцами парагонимуса и нанофиетуса. Однако яйца парагонимуса более крупные. (6)

### 1.3. Профилактика дифиллоботриоза

Профилактика дифиллоботриоза включает как меры социальной гигиены (защита водоемов от фекальных стоков, обследование и пролечивание групп повышенного риска – профессиональных рыбаков, работников речных судов), так и индивидуальную профилактику, состоящую в употреблении в пищу только обеззараженной пресноводной рыбы

Мероприятия, направленные на механизм передачи, заключаются в предупреждении попадания яиц гельминта в водоемы, для чего следует особое внимание уделять контролю за спуском сточных вод у различных населенных пунктов, нечистот с различных судов, а также за санитарно-

гигиеническим состоянием мест отдыха людей, находящихся около водоемов (пляжи, берега около мест проживания людей, дачные поселки). Помимо этого, необходимо строго соблюдать все принятые нормы и правила приготовления продуктов из рыбы, их хранения и распространения. Важно обучать население способам правильной обработки рыбы. Обеззараживание рыбы проводится методами промораживания, посола, а также длительной термической обработкой (не менее 15-20 мин в зависимости от величины куска). При изготовлении консервов из зараженной рыбы плероцеркоиды гибнут.

Для гарантированного уничтожения личинок широкого лентеца необходимо соблюдать следующие рекомендации. Фарш, котлеты, а также мелкую рыбу и нарезанные куски крупной рыбы необходимо жарить не менее 15—20 минут, а крупную рыбу большими кусками не менее 30-40 минут. При посоле рыба обезвреживается через 2-7 дней, в икре щуки личинки гельминтов погибают при 10% посоле (к весу икры) через 30 мин. При 5% - через 6 часов, при 3% посоле – только через 2 суток. При замораживании рыбы при температуре  $-18^{\circ}$  Сгибель личинок происходит на 2-4 день, а при температуре  $-6^{\circ}$  С через 6-7 суток. (4)

Выявление инвазированных людей в небольших населенных пунктах (численность жителей до 1000 человек) проводится путем копроовоскопического обследования всего населения. В крупных поселках целесообразен массовый эпидемиологический опрос с последующим направлением на копроовоскопическое обследование лиц с подозрением на инвазированность: указание на отхождение у пациента длинных обрывков ленточного паразита при дефекации, отсутствие лабораторного контроля после антигельминтного лечения. К косвенным эпидемиологическим показаниям для обследования служат частая инвазия лентецами в прошлом, наличие инвазированных в семье опрашиваемого (целесообразно обследовать лабораторно всех членов семьи), частое употребление в пищу необеззараженной рыбы, занятие рыболовством. Диспансерное наблюдение



за переболевшим осуществляется в течение 4—6 мес. Через 2—3 месяца после лечения проводят контрольную микроскопию кала (2—3 анализа с интервалом 1 неделю) и при обнаружении яиц возбудителя назначают повторное лечение. Одновременно исследуют кровь для выявления дифиллоботриозной анемии. Необходимо обязательное лабораторное обследование работников рыбной промышленности, речного транспорта и лиц, проживающих в прибрежных населенных пунктах. Один раз в 3 года следует проводить обследование рыб (по 15 экземпляров каждого вида). Выявление инвазии и дегельминтизацию домашних плотоядных осуществляют ветеринарные специалисты.

Санитарная охрана окружающей среды, в том числе водоемов, предусматривает правильную эксплуатацию очистных сооружений канализации. В неканализованных населенных пунктах дворные уборные должны находиться на расстоянии не менее 200 м от водоемов, в местах с низким уровнем грунтовых вод иметь водонепроницаемые выгребы. Не допустимо вывозить нечистоты на берега водоемов, на лед. Речные суда должны иметь приемники фекалий. Важное значение в системе профилактики дифиллоботриозов имеет санитарно-просветительная работа. В доступной форме, с применением средств наглядной пропаганды населению разъясняют, как можно заразиться лентецом, какая рыба представляет опасность, как обезвредить ее в бытовых условиях. Совмещенность природных очагов дифиллоботриоза описторхоза на территории России, сходные моменты в биологии паразитов, в эпидемиологии и профилактике этих инвазий делают целесообразным унифицирование рекомендаций по обеззараживанию рыбы как от личинок описторха, так и лентеца, что позволяет максимально упростить правила обработки рыбы, ускорить их запоминание.

Для обучения населения способам обеззараживания рыбы следует использовать все доступные формы санитарно-просветительной работы: чтение лекций, беседы, выпуск памяток, листовок, санитарных бюллетеней,



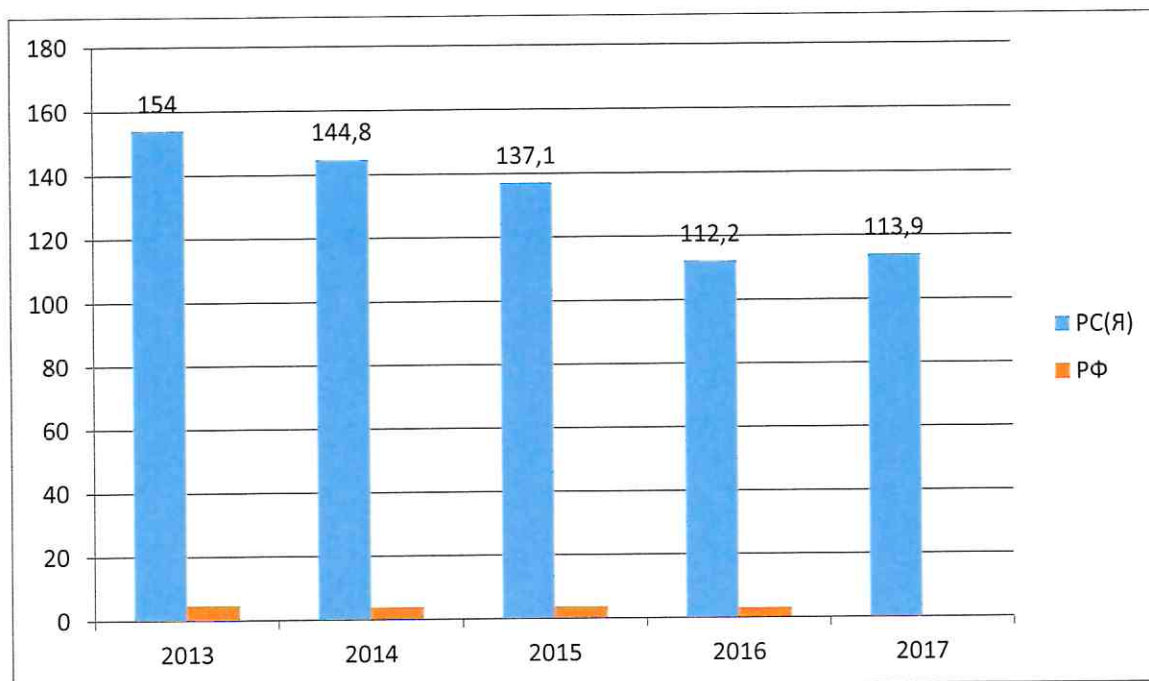
плакатов и др. Выбор формы работы производится с учетом возраста аудитории, ее образовательного уровня, степени организованности. Уроки биологии, занятия биологического кружка следует использовать для санитарного просвещения учащихся, беседу и индивидуальную беседу – при работе в семье, вопросы профилактики гельминтозов, передающихся через рыбу – включать в программы санитарного минимума для работников торговли и общественного питания. Особое внимание должно быть уделено новоселам. Следует не забывать, что в профилактике гельминтозов исключительная роль принадлежит пропаганде медицинских знаний, что является единственным приемом воздействия на восприимчивые к инвазии контингенты.

## ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА

### 2.1. Анализ заболеваемости дифиллоботриозом по Республике Саха (Якутия)

Диаграмма №1.

Заболеваемость населения РФ и РС (Я) за 2013-2017 годы



Вывод: Заболеваемость населения РС (Я) дифиллоботриозом на 100 тыс. населения за 2013-2017 годы снижается. В сравнении с показателями по РФ намного превышает.

Таблица №1

Ранжирование административных территорий Республики Саха (Якутия) с наиболее высоким уровнем заболеваемости дифиллоботриоза

п/п	Наименование района	на 100 т.н.	Превышение среднереспубликанского показателя
	Республика Саха (Якутия)	113,9	
1	Жиганский	800,4	7,0 р.

2	Кобяйский	632,2	5,5 р.
3	Олекминский	388,3	3,4 р.
4	Мирнинский	202,6	1,8р.
5	Хангаласский	306,0	2,7 р.
6	Средне-Колымский	212,6	1,9 р.
7	Булунский	214,7	1,9 р.
8	Абыйский	196,2	1,7 р.
9.	Томпонский	152,3	+33,7 %
10	Ленский	144,0	+26,4 %
11	Усть-Янский	152,3	+33,7 %
12	Верхне-Колымский	141,0	+23,8 %

В 2017 году показатель заболеваемости дифиллоботриозом составляет 113,9 на 100 тысяч населения. Заболеваемость зарегистрирована почти на всей территории республики, кроме 2 районов (Аллаиховский, Оймяконский). В 12-ти районах заболеваемость превышает среднереспубликанский показатель (таблица №1).

Причиной заражения является любительская рыбная ловля. В большинстве случаев население занимается приготовлением рыбы и рыбопродуктов в домашних условиях. В качестве фактора передачи указывают омуля, налима, ряпушку, щуку, тугуна, икру ряпушки и щуки. Чаще всего употребление слабосоленой рыбы и икры собственного посола, при этом продолжительность посола для многих любителей тугуна составляет от 5-7 минут.

По опросным листам продукция промышленной переработки не является источником заражения.



За 2017 год паразитологической лабораторией ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)» исследовано 274 проб морских и речных пород рыб на наличие возбудителей паразитарных заболеваний, в 2-х пробах тихоокеанской сельди обнаруживались нежизнеспособные анизакиды. Из всего количества исследованных проб 200 проб местной речной рыбы исследовано в рамках ежегодно проводимого мониторинга. Ветеринарной службой за отчетный год исследовано 3188 проб рыбы на наличие паразитарных заболеваний, при этом возбудители дифиллоботриоза не были обнаружены.

Таблица №2

Заболеваемость населения паразитарными болезнями в Республике Саха (Якутия) за 2015-2017 годы

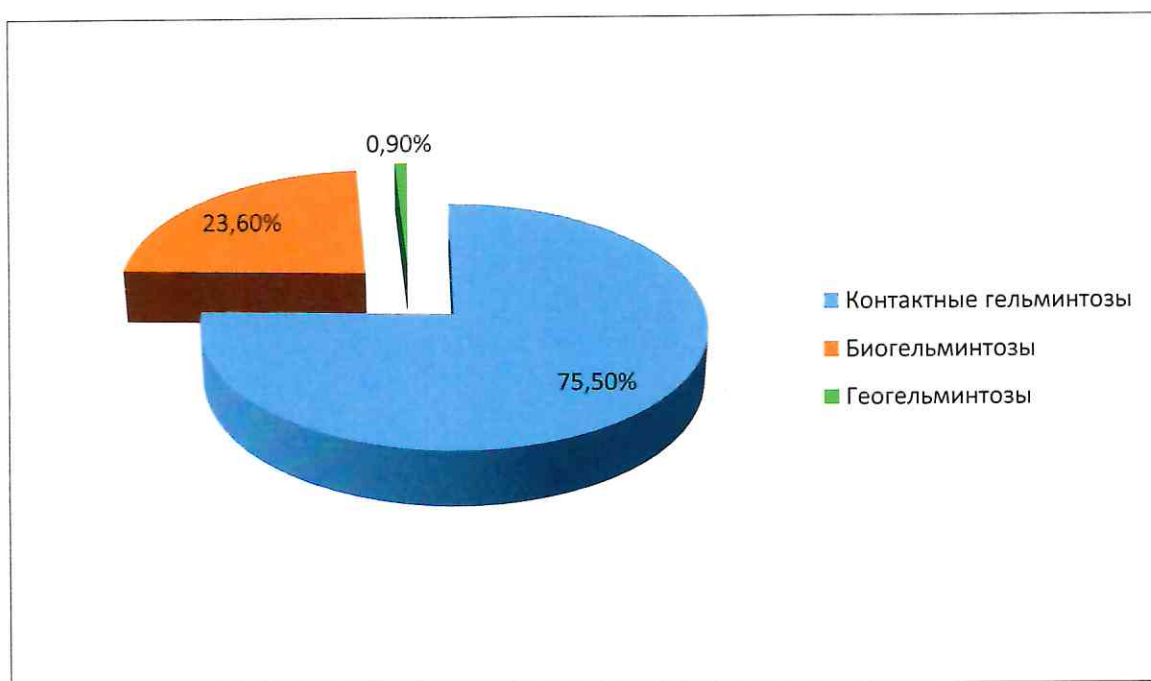
Общая заболеваемость паразитарными болезнями: в т.ч.:		2015	2016	2017
		529,9	518,6	510,3
	Лямблиоз	28,6	20,4	20,8
	Амебиаз	0,00	0,10	0,21
	Токсоплазмоз	0,00	0,00	0,42
	Бластоцистоз	0,00	0,00	0,93
	Аскаридоз	5,03	2,8	4,5
	Энтеробиоз	357,1	380,2	368,3
	Дифиллоботриоз	137,3	112,2	113,9
	Тениаринхоз	0,00	0,00	0,00
	Токсокароз	0,10	0,31	0,1
	Эхинококкоз	0,73	0,94	0,21
	Трихинеллез	0,20	0,00	0,00
	Гименолепидоз	0,10	0,00	0,00

	Описторхоз	0,63	1,25	1,04
	Стронгилоидоз	0,10	0,00	0,00

Показатель заболеваемости паразитарными болезнями в 2017 году составил 510,3 на 100 тысяч населения против 518,6 в 2016 году, отмечается незначительное снижение заболеваемости (таблица №2).

(Диаграмма №2).

Структура заболеваемости гельминтозами по РС (Я) за 2017 год



Вывод: 75,5% приходится на контактные гельминтозы, 23,6% – на биогельминтозы и 0,9% на геогельминтозы

## 2.2. Изучение настороженности населения заболевания дифиллоботриозом путем анкетирования на примере ГАУ РС (Я) Поликлиники №5 города Якутска

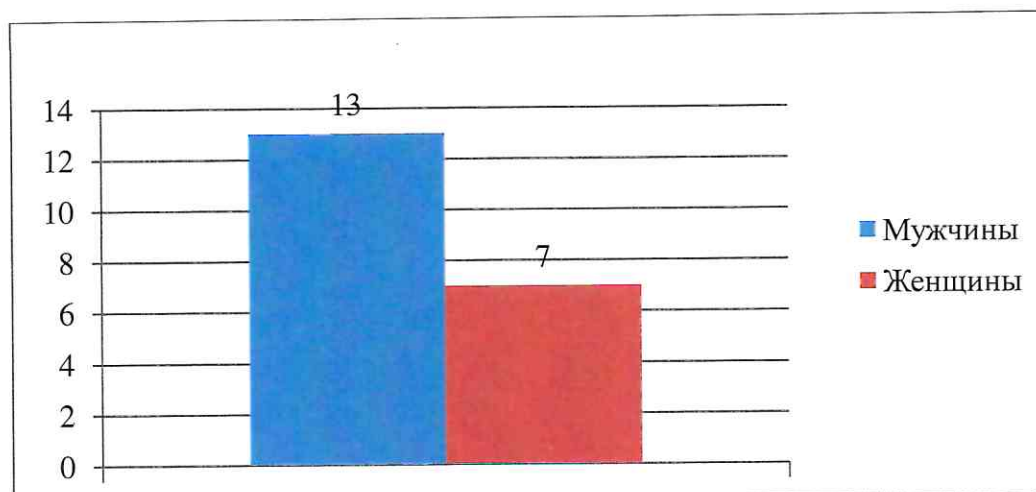
## Анкетирование

1. Пол а) м (13) б) ж (7)
2. Знаете ли вы, что можно заразиться паразитарными заболеваниями при употреблении рыбы в сыром или полусыром виде?  
а) да, знаю (3) б) нет, в первые слышу (3) в) частично знаю (14)
3. Где обычно приобретаете рыбу?  
а) магазин (5) б) рынок (7) в) сам ловлю (8)
4. В каком виде вы обычно употребляете рыбу?  
а) сырую (4) б) малосоленую (2) в) копченую (4) г) жареную (4) д) вареную (6)
5. Употребляете ли вы строганину, икру, сырой рыбный фарш?  
а) да (8) б) нет (6) в) иногда (6)
8. Болели ли вы дифиллоботриозом?  
а) да (12) б) нет (8)
9. Какие заболевания, по вашему мнению, может спровоцировать дифиллоботриоз?  
а) анемия (5) б) не знаю (13) в) гепатит (2)
10. В каком улусе вы проживали когда болели дифиллоботриозом?  
а) центральные (6) б) промышленные (5) в) северные (9)
11. Соблюдаете ли вы рекомендации врача по профилактике дифиллоботриоза?  
а) да (12) б) нет (8)



Ваш пол?

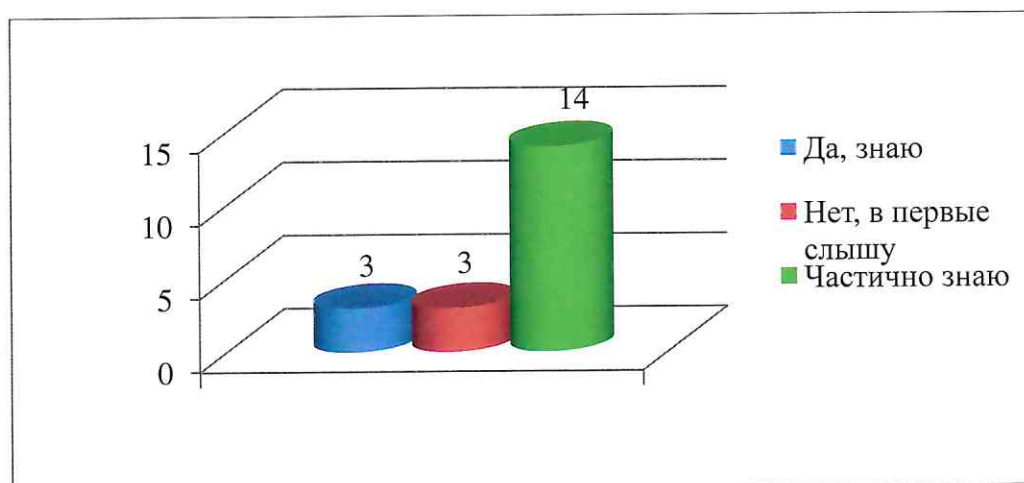
Диаграмма №3



Вывод: Мужчины больше употребляют рыбные продукты чем женщины, соответственно чаще заражаются.

Знаете ли вы, что можно заразиться паразитарными заболеваниями при употреблении рыбы в сыром или полусыром виде?

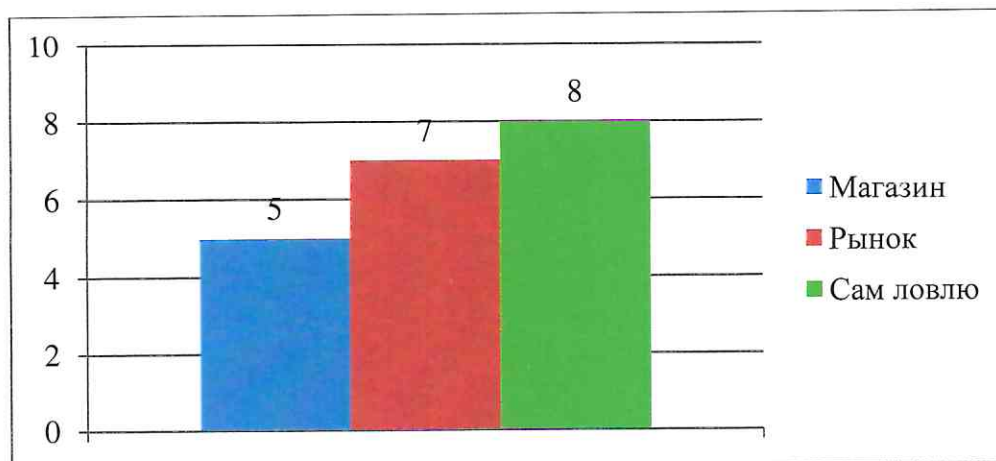
Диаграмма №4



Вывод: Большинство респондентов частично знают, что можно заразиться дифиллоботриозом от сырой, полусырой рыбы.

Где обычно приобретаете рыбу?

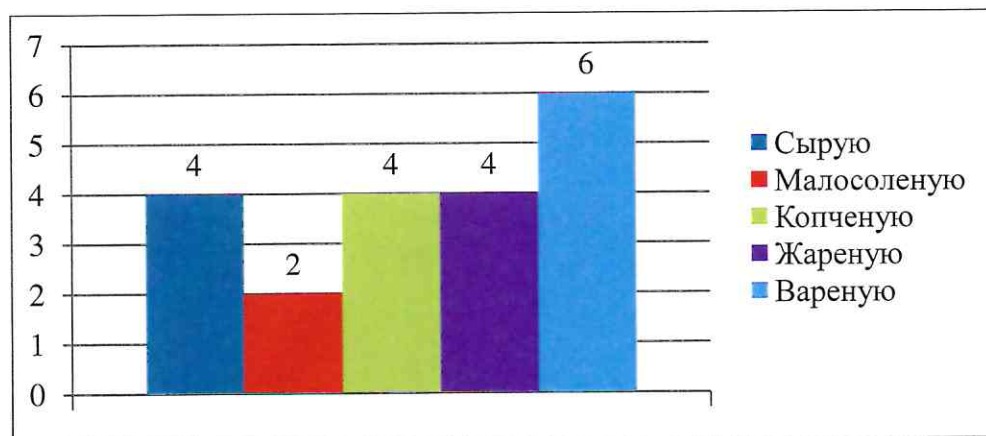
Диаграмма №5



Вывод: 8 из 20 респондентов ответили, что сами занимаются ловлей рыбы. Получается они могут как следует не обработать рыбу, в связи с недостаточностью знания профилактики.

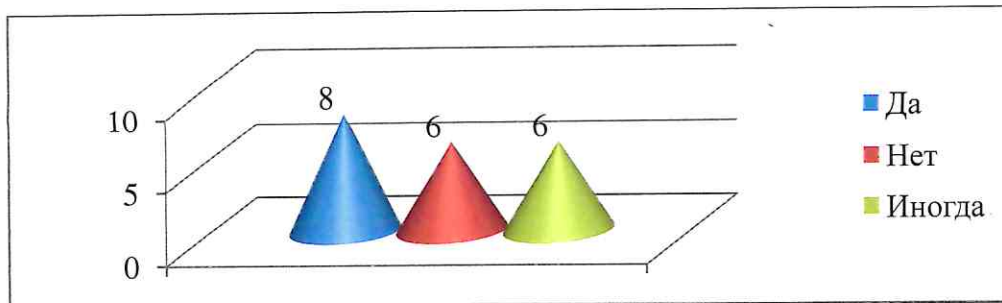
В каком виде вы обычно употребляете рыбу?

Диаграмма №6



Вывод: Большинство ответили, что употребляют рыбу в вареном виде. Варить нужно не меньше 20 минут с момента закипания.

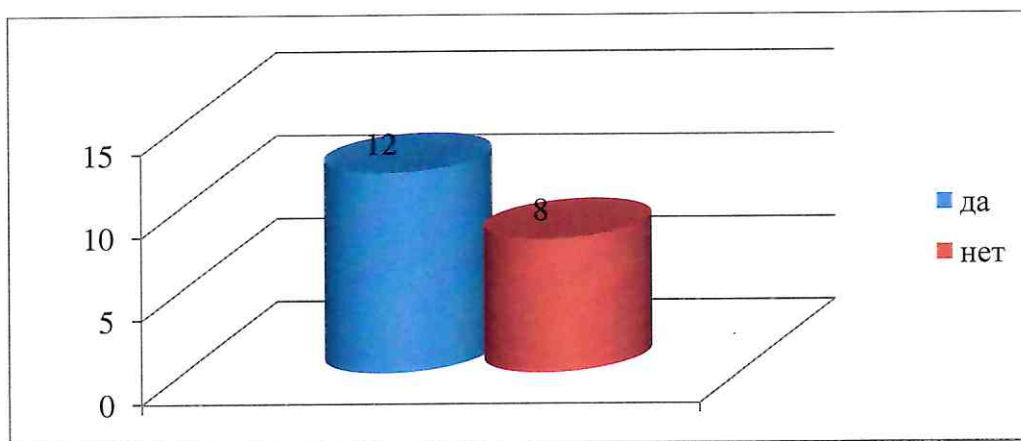
Употребляете ли вы строганину, икру, сырой рыбный фарш? Диаграмма №6



Вывод: 8 из 20 ответили, что употребляют сырую икру, строганину. В сырой икре тоже могут находиться личинки дифиллоботриоза.

Болели ли вы дифиллоботриозом?

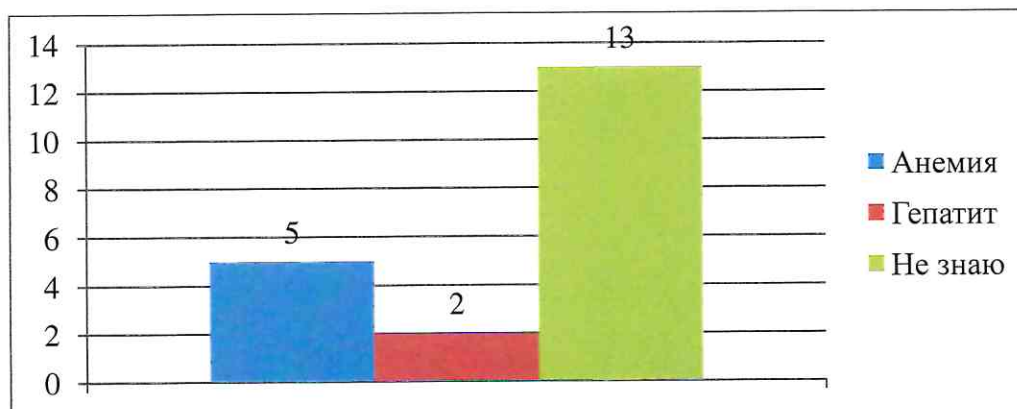
Диаграмма №7



Вывод: Большинство раньше болели, 8 из них в данное время проходят лечение.

Какие заболевания, по вашему мнению, может спровоцировать дифиллоботриоз?

Диаграмма №8

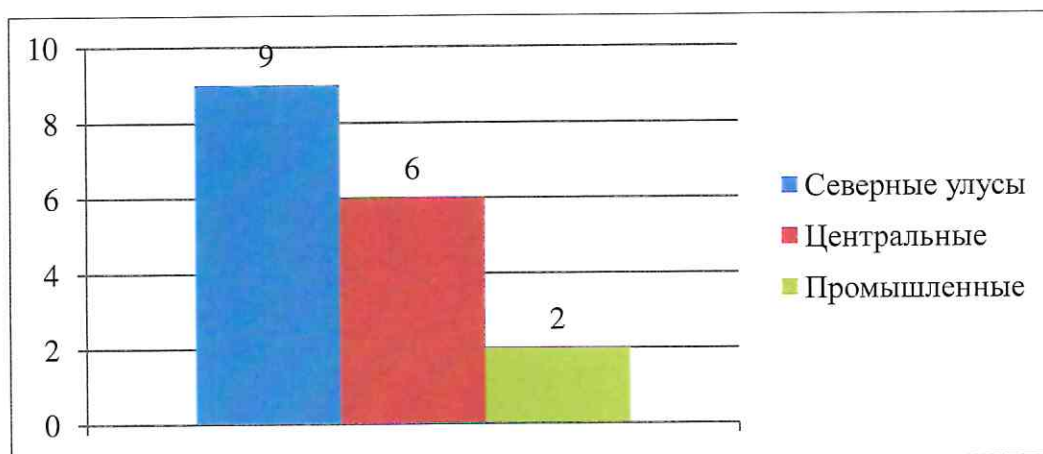




Вывод: Большинство не знают, что может спровоцировать дифиллоботриоз, если не лечится. Поэтому нужно больше санитарно-просветительной работы по дифиллоботриозу.

В каком улусе вы проживали, когда заболели дифиллоботриозом?

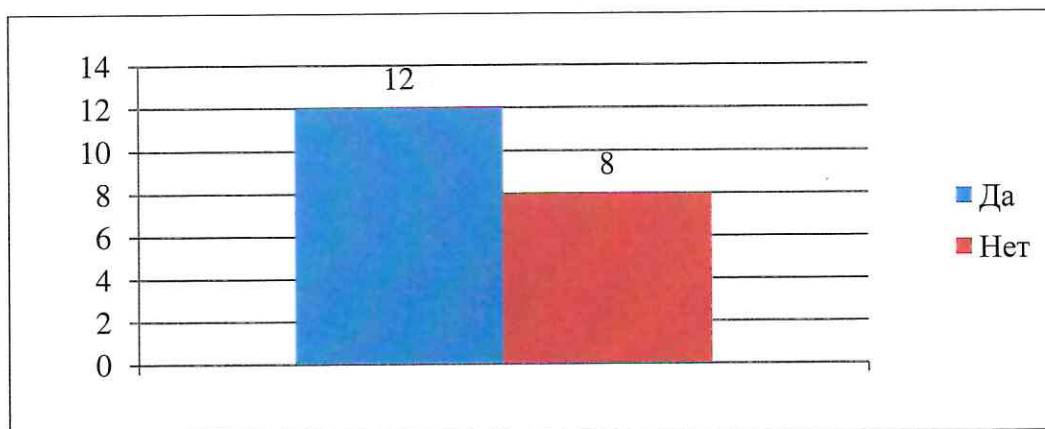
Диаграмма №9



Вывод: В момент заражения большинство респондентов проживали в северных районах. Это говорит, что, именно на севере большое распространение дифиллоботриоза.

Соблюдаете ли вы рекомендации врача по профилактике дифиллоботриоза?

Диаграмма №10



Вывод: 12 из 20 соблюдают рекомендации врача по профилактике дифиллоботриоза. Именно профилактика играет главную роль.

## Выводы:

В результате выполненной нами работы были выявлены следующие выводы:

1. В ходе изучения теоретических основ мы пришли к выводу о том, что дифиллоботриоз часто протекает бессимптомно или со слабо выраженным дискомфортом в области живота. При более выраженной инвазии может возникнуть субфебрильная температура, диспептические расстройства. В редком случае может 12-дефицитная анемия. Поэтому диагностировать его трудно. Самым главным является - профилактика. Распространен он достаточно широко как в Российской Федерации, так и в Республике Саха (Якутия).
2. По результатам анализа заболеваний дифиллоботриозом по Республике Саха (Якутия) следует сделать вывод, что дифиллоботриоз стабильно занимает второе место после энтеробиоза среди паразитарных заболеваний. Заболеваемость зарегистрирована почти на всей территории республики. Преимущественно дифиллоботриозом болеет взрослое население. Заболеваемость дифиллоботриозом в РС (Я) намного превышает показатели по РФ. В 12-ти районах заболеваемость превышает среднереспубликанский показатель, что требует проведения необходимых мероприятий по их профилактике и снижению распространения.
3. В ходе анкетирования было опрошено 20 респондентов. Проведенный опрос позволил установить, что большинство из них слабо информированы по вопросам профилактики дифиллоботриоза. Большинство употребляют сырую рыбу, строганину, икру рыбы. Обработать рыбу обязательно надо, в целях своей же безопасности. Личинки лентеца находятся и в икре тоже. Люди, живущие на северных улусах больше подвержены заражению, как показало наше анкетирование. Так как именно там большое распространение дифиллоботриозом. Важное значение в системе профилактики дифиллоботриоза имеет санитарно - просветительная работа. В доступной форме, с применением средств

наглядной пропаганды населению, должны разъяснять, как можно заразиться лентецом, какая рыба представляет опасность, как обезвредить ее в бытовых условиях. В итоге мы приходим к выводу, что вся население республики нуждается в подробной информации о паразитарных заболеваниях, в нашем случае дифиллоботриозе, причем предпочитают получать ее от медицинских работников.



## Заключение

В заключение данной дипломной работы отметим, что тема профилактики дифиллоботриоза носит весьма актуальный характер, тем, что он занимает второе место по распространенности среди гельминтозов в Республике Саха (Якутия).

Республика Саха (Якутия) относится к территориям с очень высокими уровнями заболеваемости природно-очаговыми биогельминтозами. Из природно-очаговых биогельминтозов дифиллоботриоз и эхинококкоз остаются одной из самых актуальных и социально значимых проблем на территории республики. По данным центра Госсанэпиднадзора в районах, расположенных вблизи рек, дифиллоботриоз ежегодно диагностируют у 260-350 людей.

Возбудитель дифиллоботриоза - цестода *Diphyllobothrium latum* (широкий лентец). Паразитирует в кишечнике человека, собаки, кошки, свиньи, медведя, лисы и некоторых других плотоядных и всеядных млекопитающих.

Дифиллоботриоз распространен среди различных групп населения, занимающихся рыбным промыслом: рыбаков – 62,5%, сельских жителей – 76,9%, рабочих – 53,8%, домохозяек – 60,3%; интенсивность инвазии варьирует от 1 до 11 экз.

За 2017 год паразитологической лабораторией ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)» исследовано 274 проб морских и речных пород рыб на наличие возбудителей паразитарных заболеваний, в 2-х пробах тихоокеанской сельди обнаруживались нежизнеспособные анизакиды. Из всего количества исследованных проб 200 проб местной речной рыбы исследовано в рамках ежегодно проводимого мониторинга.

Важно обучать население способам правильной обработки рыбы. Обеззараживание рыбы проводится методами промораживания, посола, а также длительной термической обработкой (не менее 15-20 мин в

зависимости от величины куска). При изготовлении консервов из зараженной рыбы плероцеркоиды гибнут.

Несмотря на относительно невысокую напряженность эпидемического процесса (до 20 случаев на 100 тыс. населения), при дифиллоботриозе отмечены самые низкие темпы снижения заболеваемости.

### Рекомендации

Рекомендации как уберечься от заражения дифиллоботриозом:

1. Варка и жаренье рыбы (крупной – разрезанной на пласты) 15-20 минут;
2. Выпечка пирогов с рыбой не менее 60 минут;
3. Посол из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы не менее двух недель;
4. Вяление рыбы не менее 3 недель с предварительным трехсуточным посолом;
5. Посол икры: 50 г соли на 1 кг икры не менее 2 суток с периодическим перемешиванием икры;
6. Замораживание в течение 10 часов при – 40С - не менее 7 часов, при -35С – не менее 15 часов, при -28С – не менее 32 часов;
7. При кулинарной обработке сырую рыбу нельзя пробовать;
8. Разделять свежую рыбу следует чистыми руками при помощи специальных разделочных досок и ножей;
9. Ножи, используемые для обработки рыбы, могут быть использованы для других целей только после предварительного обеззараживания (ошпаривания в течение нескольких минут, прокаливания на огне, мытья в дезинфицирующем растворе);
10. Вся посуда после обработки и хранения рыбы должна быть тщательно вымыта, ошпарена и высушена.

Не кормите собак и кошек сырой речной рыбой, т.к. они тоже могут болеть дифиллоботриозом и загрязнять внешнюю среду.

Следите, чтобы нечистоты из уборных не просачивались в воду. Обустройство туалетов должно быть вдали от водоемов.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Черкасский Б.Л. Инфекционные и паразитарные болезни человека. Справочник эпидемиолога. -М.: Медицинская газета, 2014.
2. Е.Е. Корнакова Медицинская паразитология Изд.№103110284. 30.05.2014 (4,6)
3. Ятусевич А.И. Ветеринарная и медицинская паразитология: энциклопедический справочник / А. И. Ятусевич, И.В. Рачковская, В.М. Каплич.- М.: Медицинская литература, 2015.(6)
4. Лысенко А.Я., Владимова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология. Руководство. / Под ред. Лысенко А.Я. - Женева, ВОЗ: 2002 . - 752 с. (8)
5. Барышников, Е.Н. Медицинская паразитология / Е.Н. Барышников. - М.: Книга по Требованию, 2015.-144с.
6. Корнакова, Е. Е. Медицинская паразитология. Учебник / Е.Е. Корнакова. - М.: Academia, 2013. - 224 с. (4,6)
7. Медицинская паразитология. - М.: Фолиант, 2016. - 128 с.
8. Ятусевич, А.И. Справочник по ветеринарной и медицинской паразитологии / А.И. Ятусевич. - М.: Техноперспектива, 2014. - 561 с
9. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. Учебное пособие: — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014 г.- 448 с.
10. Медицинская паразитология: Е.Н. Барышников — Москва, Книга по Требованию, 2015 г.- 144 с.
11. Паразитология: Джесси Рассел — Москва, Книга по Требованию, 2014 г.- 86 с. (13)
12. Поляков В.Е., Лысенко А.Я. Гельминтозы у детей и подростков. - М.: Медицина, 2013. - 256 с. (13,14)



## Приложения

### Профилактика паразитарных болезней на территории российской федерации

Выписка из Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов

СанПиН 3.2.1333-03

#### 3. Требования к мероприятиям по профилактике паразитарных болезней

3.1. Выявление больных и носителей возбудителей паразитарных болезней осуществляют лечебно-профилактические организации, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой, при обращении и оказании медицинской помощи, при профилактических, плановых, предварительных при поступлении на работу и периодических обследованиях и осмотрах в установленном порядке.

3.2. Каждый случай заболевания или носительства возбудителей паразитарных болезней подлежит регистрации и учету в лечебно-профилактических организациях, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, в установленном порядке.

3.3. Плановые профилактические обследования на контактные гельминтозы и кишечные протозоозы детей и обслуживающего персонала в коллективах, где есть дети дошкольного и младшего школьного возраста, проводят 1 раз в год (после летнего периода, при формировании коллектива) и (или) по эпидемическим показаниям по согласованию с территориальными учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы (далее - учреждениями госсанэпидслужбы).

3.4. Забор материала для исследования на гельминтозы и кишечные протозоозы осуществляют медицинские работники (медицинские сестры) детских и (или) лечебно-профилактических организаций.

3.5. Исследование материала на гельминтозы и кишечные протозоозы проводят в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических организаций, учреждений госсанэпидслужбы и других

лабораториях, осуществляющих свою деятельность в установленном порядке.

3.6. Лечебно-профилактические организации, независимо от ведомственной принадлежности и организационно-правовых форм, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой, направляют сведения по результатам выявления больных и носителей возбудителей паразитарных болезней в установленном порядке в территориальные центры госсанэпиднадзора.