

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЭПИДЕМИОЛОГИИ
МИКРОБИОЛОГИИ, ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ЭНТЕРОБИОЗ»**

ТАШКЕНТ 2025

«СОГЛАСОВАНО»

**Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского центра
эпидемиологии микробиологии,
инфекционных и паразитарных
заболеваний**

Б.М. Гаджиев



2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ «ЭНТЕРОБИОЗ»**

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ЭНТЕРОБИОЗ»**

ТАШКЕНТ 2025

1. Введение

Энтеробиоз - кишечный гельминтоз, вызываемый мелкой нематодой *Enterobius vermicularis*, характеризующийся стертым и невыраженным клиническим течением, когда часто единственным проявлением инвазии является перианальный зуд, возникающий на месте откладки яиц половозрелыми самками.

По данным ВОЗ, более 4,5 миллиарда человек во всём мире страдают от паразитарных заболеваний. Ежегодно около 460 миллионов человек заражаются энтеробиозом — инфекцией, которую вызывают острицы [1]. Ежегодный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составляет более 1100 случаев, а доля детей среди заболевших — более 95% [2]. Эпидемиология Источник инвазии – больной человек. Механизм Путь передачи гельминтоза – контактно-бытовой, меньшее значение имеет. Существует воздушно-пылевой путь передачи энтеробиоза. Основным фактором передачи являются руки, загрязненные яйцами гельминта. К факторам передачи относят также грязное нательное и постельное белье, грязный пол, предметы ухода, игрушки, посуду и т.д. Инвазия и реинвазия происходят при проглатывании инвазионных яиц гельминта. В случае ретроинвазии после созревания яиц остриц в перианальной области, личинки заползают обратно в прямую кишку и дают начало новому поколению гельминта.

Международная классификация болезней – МКБ-10/11 код (ы):

МКБ-10		МКБ-11	
Код	Название	Код	Название
B80	Энтеробиоз <i>Enterobius vermicularis</i>	1F65	Энтеробиоз <i>Enterobius vermicularis</i>
	https://mkb-10.com/index.php?pid=786		https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#580098307

Дата разработки и пересмотра протокола:

- 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.
- Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний.

УЧАСТНИКИ В РАЗРАБОТКЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ И СТАНДАРТОВ:

1.	Таджиева Нигора Убайдуллаевна	Заместитель директора по научной работе, д.м.н., профессор	РСНПМЦЭМИПЗ
2.	Урунова Дилбар Махмудовна	Руководитель отдела, к.м.н.	РСНПМЦЭМИПЗ
3.	Осипова Светлана Олеговна	Руководитель отдела, к.м.н.	РСНПМЦЭМИПЗ
4.	Шаисламова Мукамбар Саидивалиевна	Старший научный сотрудник, PhD	РСНПМЦЭМИПЗ
5.	Холматова Камола Шавкатовна	Заместитель главного врача по лечебным делам	РСНПМЦЭМИПЗ
6.	Махмудова Лола Бахроновна	Директор, PhD	НИИ микробиологии, вирусологии, инфекционных и паразитарных заболеваний им. Л.М. Исаева
7.	Абдиев Фарход Тельманович	зав.отделением, кандидат медицинских наук	НИИ микробиологии, вирусологии, инфекционных и паразитарных заболеваний им. Л.М. Исаева

Список основных авторов:

- 1. Таджиева Нигора Убайдуллаевна** - РСНПМЦЭМИПЗ, заместитель директора по научной работе, д.м.н., доцент
- 2. Урунова Дилбар Махмудовна** – РСНПМЦЭМИПЗ, заведующая лабораторией, к.м.н.
- 3. Шаисламова Мукамбар Саидивалиевна** - Старший научный сотрудник, PhD Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний;

Рецензенты:

**Ташпулатова Шахноза
Абдулахатовна**

к.м.н., доцент кафедры инфекционных
и детских инфекционных заболеваний
Ташкентского медицинского
университета

Смаил Ербол Муслимович

к.м.н., доцент кафедры
инфекционных болезней,
дерматовенерологии и иммунологии
НАО Медицинский университет Семей

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Сопещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПМЦЭМИПЗ и заместителей), врачей региональных учреждений системы инфекционной службы в онлайн-формате 15 июля 2025 г., протокол №2.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Выписка из протокола заседания Координационного совета при Минздраве (дата _____, номер _____)

ШКАЛА ОЦЕНКИ КЛАССОВ РЕКОМЕНДАЦИЙ

КЛАСС	ОПРЕДЕЛЕНИЕ	ПРОВЕДЕНИЕ
I	Конкретные методы лечения / тестирования / лечения / лечения доказаны или общеприняты, а потенциальные выгоды ясны и значительно выше потенциального риска.	Рекомендуется
II	Интенсивность данных и / или мышления различия или операция эффективности / рискованному балансу / балансу риска, которые противоречат преимуществам конкретного лечения / тестирования / лечения / вмешательства.	Согласно цели
IIa	Большинство данных / мнения показывают преимущества / эффективность.	
IIb	Данные / Не очень убеждены в преимуществах / эффективности данных / мнений.	С крайней осторожностью

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Уровни убедительности рекомендаций	
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ

«ЭНТЕРОБИОЗ».....4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ

«ЭНТЕРОБИОЗ».....23

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ПО НОЗОЛОГИИ

«ЭНТЕРОБИОЗ».....28

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПЦР	полимеразная цепная реакция
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ДНК	Дезоксирибонуклеиновая кислота
УЗИ	Ультразвуковое исследование

2. Основная часть

Энтеробиоз (шифр по В80 по МКБ-10, 1F65) – контактный антропонозный гельминтоз, вызываемый острицами (*Enterobius vermicularis*), характеризующийся перианальным зудом и диспептическими расстройствами.

Энтеробиоз является самым распространенным гельминтозом человека, встречается во всем мире, но наиболее распространен в странах умеренного климата. В мире этим гельминтозом поражено более 350 млн. человек, преимущественно дети дошкольного и младшего школьного возраста. По данным ВОЗ, более 4,5 миллиарда человек во всём мире страдают от паразитарных заболеваний. Ежегодно около 460 миллионов человек заражаются энтеробиозом — инфекцией, которую вызывают острицы [1]. Ежегодный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составляет более 1100 случаев, а доля детей среди заболевших — более 95% [2]. Эпидемиология Источник инвазии – больной человек. Механизм Путь передачи гельминтоза – контактно-бытовой, меньшее значение имеет. Существует воздушно-пылевой путь передачи энтеробиоза. Основным фактором передачи являются руки, загрязненные яйцами гельминта. К факторам передачи относят также грязное нательное и постельное белье, грязный пол, предметы ухода, игрушки, посуду и т.д.

Целью данного протокола является предоставление рекомендаций для своевременного распознавания, диагностики, профилактики и лечения энтеробиоз на всех этапах медицинской помощи.

Эпидемиология

Источник инвазии – больной человек. Путь передачи гельминтоза – контактно-бытовой, меньшее значение имеет воздушно-пылевой путь. Основным фактором передачи являются руки, загрязненные яйцами гельминта. К факторам передачи относят также грязное нательное и постельное белье, грязный пол, предметы ухода, игрушки, посуду и т.д. Инвазия и реинвазия происходят при проглатывании инвазионных яиц гельминта. В случае ретроинвазии после созревания яиц остриц в перианальной области, личинки заползают обратно в прямую кишку и дают начало новому поколению гельминта.

Этиология и патогенез

Возбудителя энтеробиоза относят к типу *Nemathelminthes*, классу *Nematoda*, отряду *Oxyurida*, семейству *Oxyurida*, роду *Enterobius*. Гельминт имеет веретенообразную форму, бело-серый цвет. Длина самки составляет 9-13 мм, самца – 2-5 мм. У самца хвостовой конец спирально загнут на брюшную сторону, у самки хвостовой конец заостренный и прямой. Яйца остриц полупрозрачные, имеют двухконтурную оболочку, асимметричные, имеют форму неправильного овала размером 0,05-0,06×0,02-0,03 мм. Яйца

устойчивы во внешней среде, сохраняют инвазивность в течение 2-4 недель, высоко резистентны к действию дезинфицирующих средств.

Стадии патогенеза	Характеристика
Инвазирование	Через входные ворота (желудочно-кишечный тракт) зрелые яйца остриц попадают в желудочно-кишечный тракт, из них выходят личинки, которые через 12-14 дней достигают половой зрелости. Самцы погибают после копуляции, а самки начинают продуцировать яйца.
Паразитирование взрослых особей остриц в кишечнике	Взрослые особи остриц живут около одного месяца, паразитируя в дистальных отделах тонкой кишки, в слепой кишке, в проксимальной части ободочной кишки и питаясь кишечным содержимым.
Воздействие остриц на слизистую оболочку кишечника	Острицы механически и химически (за счет своего секрета) повреждают слизистую оболочку кишечника, что сопровождается воспалительным процессом с образованием мелких эрозий и точечных кровоизлияний. При глубоком проникновении личинок в стенку кишки до мышечного слоя возможно образование гранулем, состоящих из эпителиодных, гигантских клеток и эозинофилов. Повреждение слизистой оболочки кишечника острицами и сопутствующая инокуляция условно-патогенной микробной флоры при фиксации остриц приводят к развитию диспептических расстройств и абдоминального болевого синдрома, нарушению микробиоценоза кишечника.
Миграция взрослых особей остриц из кишечника	Для созревания яиц необходим кислород, поэтому самки спускаются в прямую кишку, выползают из анального отверстия и откладывают яйца в перианальных складках, после чего погибают. Выползание остриц в перианальную область и откладывание ими яиц происходит через 10-12 дней после заражения. Яйца достигают состояния инвазивности через 4-6 часов после откладывания.
Формирование осложнений	При миграции самок остриц возможно развитие вульвовагинита, энтеробиозного эндометрита. Присоединение бактериальной инфекции способствует развитию осложнений гнойного характера (аппендицит, тифлит, воспаление тазовой брюшины, сфинктерит, парапроктит, пиодермия). Механическое и химическое раздражение кожи перианальной области секретом остриц вызывает появление трещин, ссадин, экзематозных высыпаний, нейродермита. При длительной инвазии энтеробиозом формируется астено-невротический синдром.
Особенности	При энтеробиозе страдает общий и местный

иммунитета при энтеробиозе	неспецифический иммунитет, повышается восприимчивость к вирусным и бактериальным инфекциям, происходит снижение уровня интерферона в крови и падение активности лизоцима слюны. У детей с энтеробиозом падает напряженность поствакцинального иммунитета.
----------------------------	---

Клиническая картина и классификация

Наиболее частые симптомы и синдромы «Энтеробиоза»

Инкубационный период заболевания составляет 3-6 недель. Выраженность клинических проявлений зависит от реактивности макроорганизма и интенсивности заражения. Наиболее ранний симптом – зуд в перианальной области, возникающий чаще в ночное время, обусловленный выходом остриц из анального отверстия и раздражением ими кожи перианальной области. Зуд появляется периодически, продолжается 3-4 дня, затем проходит и возобновляется через 2-3 недели., что связано с созреванием самок остриц новых поколений, генерированных реинвазией.

В перианальной области пациентов на фоне расчесов отмечается образование ссадин, трещин, пиодермии, экзематозного воспалительного процесса. У девочек при попадании остриц во влагалище развиваются вульвит или вульвовагинит. Рецидивирующий перианальный зуд приводит к формированию астено-невротического синдрома, что проявляется раздражительностью, бессонницей, снижением работоспособности, головными болями, обморочными состояниями, утомляемостью, ночным энурезом. Наблюдаются абдоминальный болевой и диспептический синдромы: отмечаются периодические боли в животе с локализацией в параумбиликальной и гипогастральной областях, метеоризм, учащение стула, изменение его консистенции (полуоформленный, кашицеобразный), появление слизи в каловых массах, иногда – тошнота. В клиническом анализе крови при «свежем заражении» отмечается эозинофилия. Нередко наблюдается бессимптомная форма заболевания.

Жалобы и анамнез:	<ul style="list-style-type: none"> · зуд в области заднего прохода в вечернее или ночное время; · нарушение сна; · раздражительность; · повышенная утомляемость; · ночное недержание мочи (энурез); · никтурия · боли и урчание в животе; · метеоризм.
Физикальное обследование:	<ul style="list-style-type: none"> · расчесы в области заднего прохода, промежности и половых губ у девочек; · лихенизация кожи вокруг заднего прохода, промежности, половых

	губ с развитием экзематозного дерматита, пиодермии, сфинктерита, иногда парапроктита.
--	---

Осложнения. При миграции самок остриц возможно развитие вульвита, вульвовагинита, энтеробиозного эндометрита. Присоединение бактериальной инфекции способствует развитию осложнений гнойного характера (аппендицит, тифлит, воспаление тазовой брюшины, сфинктерит, парапроктит). Механическое и химическое раздражение кожи перианальной области (секретом остриц) вызывает появление трещин, ссадин, экзематозных высыпаний, нейродермита, пиодермии. При длительной инвазии энтеробиозом формируется астено-невротический синдром.

Прогноз. Неосложненное течение энтеробиоза характеризуется благоприятным прогнозом для жизни и здоровья.

Общие подходы к диагностике

Диагностику энтеробиоза проводят путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования. Она направлена на определение нозологии и клинической формы (манифестная, бессимптомная), выявление осложнений и их тяжести, показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Таковыми факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

Клинические критерии энтеробиоза

Признак	Описание
Синдром перианального Зуда	Зуд в перианальной области, особенно вечером и ночью, появляется периодически, продолжается 3-4 дня и повторяется с интервалом 2-3 дня. Что объясняется сменой вымиравших паразитов и новой генерацией при аутоинвазии. При интенсивной инвазии зуд и жжение становятся постоянными и мучительными (наиболее ранней патогномичный признак).
Поражение перианальной Области	На фоне расчесов отмечается образование ссадин, трещин, пиодермии, экзематозного воспалительного процесса
Абдоминальный болевой Синдром	Боли вокруг пупка, в эпигастральной области, потеря аппетита, бессоница, во сне скрипят зубами.
Диспептический синдром	Тошнота, метеоризм, учащение стула, иногда рвота, боли и урчание в животе.
Астено-невротический синдром	Головные боли, головокружения, повышенная утомляемость, нарушения сна, обморочные состояния, раздражительность, ночной энурез. Судорожный синдром, отставание в росте.
Синдром эозинофилии	Повышение абсолютного и относительного количества эозинофилов в периферической крови

Степень тяжести энтеробиоза

Признак	Описание		
	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Выраженность перианального зуда	Отсутствует или отмечается кратковременно ночью	Отмечается кратковременно ночью и в дневное время	Постоянный нестерпимый зуд в перианальной области
Характер и тяжесть поражений перианальной области	Отсутствуют или отмечаются в виде небольших ссадин	Ссадины, трещины, экзематозное воспаление перианальной области	Пиодермия, выраженный экзематозный воспалительный процесс
Выраженность абдоминального болевого синдрома	Отсутствует или незначительно выражен,	Периодические ноющие боли в животе локализацией	Схваткообразные и интенсивные повторные боли в животе

	кратковременны й	вокруг пупка, гипогастрии	локализацией в вокруг пупка, в гипогастрии и без четкой локализации
Выраженность диспептического о синдрома	Отсутствует или незначительно выражен	Периодически отмечается тошнота, отрыжка, метеоризм, флатуленция, учащение стула, появление слизи в каловых массах	Частые и выраженные диспептические расстройства верхнего и нижнего отдела пищеварительного тракта
Выраженность астено невротического синдрома	Отсутствует или незначительно выражен	Головные боли, утомляемость, нарушения сна, обморочные состояния, раздражительность , судорожный синдром, отставание в росте. Нарушение концентрации и внимания.	Головные боли, утомляемость, нарушения сна, обморочные состояния, раздражительность , ночной энурез, судорожный синдром, отставание в росте.
Выраженность эозинофилии	Незначительное повышение количества эозинофилов в периферической крови	Умеренное повышение количества эозинофилов в периферической крови	Значительное повышение количества эозинофилов в периферической крови
Осложнения	Нет	Нет или имеются (вульвит, вульвовагинит, сфинктерит, энтеробиозный эндометрит)	Парапроктит, аппендицит, воспаление тазовой брюшины

Диагностика

Методы исследования	Критерии диагностической значимости результатов
<p>Соскоб с перианальных складок</p> <p>Соскоб из под ногтевых пространств ребенка</p> <p>Паразитологический: метод соскоба; метод Грэхэма (с использованием липкой прозрачной пленки); метод Торгушина с ватным тампоном, смоченным глицерином; метод Кеворковой шпателем с ватным тампоном.</p> <p>Микроскопия подготовленных проб (при увеличении 10x10).</p>	<p>Этот метод является золотым стандартом диагностики энтеробиоза.</p> <p>Обнаружение яиц остриц с соскоба перианального отверстия или из подногтевых пространств по одному из приведенных методов считается доказательством диагноза. При отрицательном результате первого обследования рекомендуется проводить 3-х кратное обследование с интервалом в 2-3 дня.</p>
<p>Объективный осмотр пациента</p>	<p>Поражение перианальной области. На фоне расчесов отмечается образование ссадин, трещин, пиодермии, экзематозного воспалительного процесса. Эти изменения являются основанием для предварительного диагноза. Нахождение остриц при визуальном осмотре перианальной области является окончательным подтверждением диагноза.</p>
<p>Копрологический метод</p>	<p>Поиск яиц в фекалиях обычно безуспешен, так как самки остриц их не выделяют в кишечнике. Родители сами обнаруживают на поверхности фекалий ребенка «мелких маленьких червей» белого цвета (подтвержденный диагноз).</p>
<p>Общий анализ крови</p>	<p>Выявление эозинофилов, Лейкоцитоз, повышенная СОЭ указывает на наличие аллергического компонента, но эти данные не специфичны.</p>
<p>Инструментальный метод исследования (УЗИ органов брюшной полости)</p>	<p>Выявленные признаки не являются специфическими, они полезны в сочетании с эпиданамнезом и результатами лабораторных исследований</p>

Критерии лабораторного подтверждения диагноза

Признак	Критерии
*Яйца остриц в материале с перианальных складок *Соскоб из под ногтевых пространств ребенка	Выявление яиц остриц по данным микроскопического исследования материала с перианальных складок. Обнаружение яиц остриц с соскоба перианального отверстия или из подногтевых пространств по одному из приведенных методов считается доказательством диагноза. При отрицательном результате первого обследования рекомендуется проводить 3-х кратное обследование с интервалом в 2-3 дня.
*Выявление эозинофилии	Выявление эозинофилии по данным клинического анализа периферической крови. Данные не специфичны.

Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам лабораторной диагностики

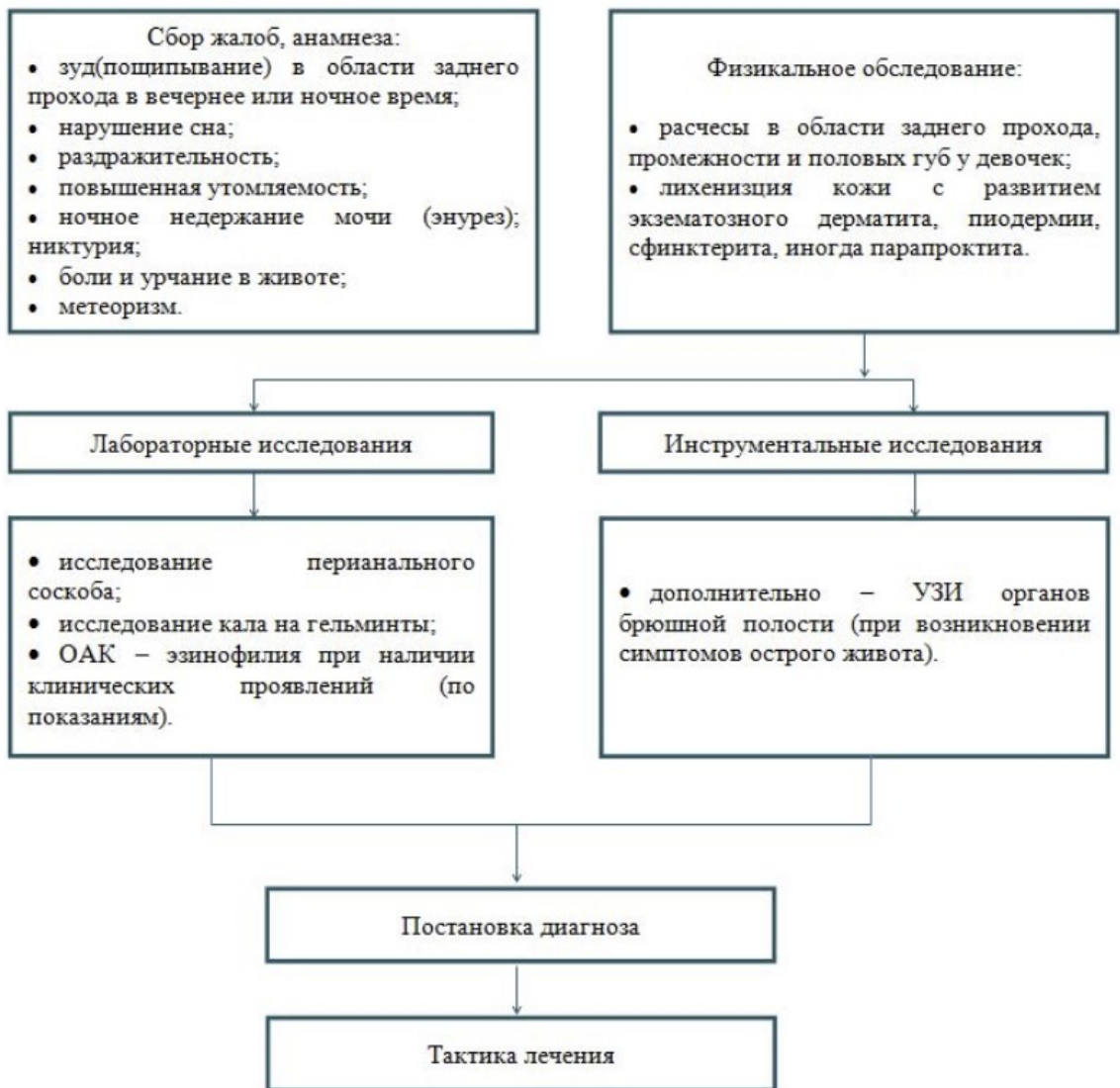
Признак	Описание		
	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Уровень повышения количества эозинофилов в периферической крови	До 10 %	До 20%	Более 20%
Уровень повышения продуктов недостаточного переваривания и всасывания питательных веществ по данным копрограммы (в крестах)	+	++	+++
Яйца остриц в материале с перианальных складок	-	++	Имеются
Острицы в фекалиях	-	Редко	Имеются

Обоснование и формулировка диагноза.

Диагноз «Энтеробиоз» устанавливается на основании клинико-лабораторных данных и указывается осложнения заболевания.

В обосновании указывают эпидемиологические, клинические, лабораторные, инструментальные данные и результаты специальных методов исследования, на основании которых подтвержден Энтеробиоз.

Диагностический алгоритм энтеробиоза:



Дифференциальный диагноз
Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Геморрой	перианальный зуд	Консультация хирурга	Запоры, увеличение диаметра, набухание, болезненность анальных вен, раздражение в прямой кишке, боль при дефекации, в кале - прожилки крови.
Язва прямой кишки	перианальный зуд	Консультация хирурга	Болезненная дефекация, боль в заднем проходе или по ходу прямой кишки в покое, выделения из анального отверстия кровяного характера или кровотечения, чаще после опорожнения кишечника.
Сахарный диабет	перианальный зуд	консультация эндокринолога	Снижение внимания, раздражительность, снижение зрения, потеря веса, кожные инфекционные поражения у мальчиков,

			<p>кандидозы у девочек, частые дневные мочеиспускания, ночные недержания мочи, приступы жажды. У детей до года частые опрелости в местах первичных половых органов.</p>
--	--	--	---

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«ЭНТЕРОБИОЗ»**

ТАШКЕНТ – 2025

Медицинские вмешательства при энтеробиозе направлены на комплексное синдромное лечение: этиотропное лечение, устранение ночного зуда, противоаллергические препараты и других проявлений заболевания. Лечение энтеробиоза проводят в амбулаторных условиях и условиях стационара.

В амбулаторных условиях осуществляется лечение детей с неосложненной формой энтеробиоза. В случае безуспешности проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривают вопрос о госпитализации в стационар.

Госпитализации в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям с инфекционными заболеваниями, подлежат дети, переносящие заболевание с осложнениями, а также по эпидемическим показаниям.

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

Лечение энтеробиоза проводят в амбулаторных условиях и условиях стационара.

В амбулаторных условиях осуществляется лечение детей с неосложненной формой энтеробиоза. В случае безуспешности проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривают вопрос о госпитализации в стационар.

Госпитализации в инфекционные отделения подлежат дети, переносящие заболевание с осложнениями, а также по эпидемическим показаниям.

Лечение энтеробиоза комплексное, включает в себя:

- санитарно-гигиенические мероприятия с обязательной влажной уборкой помещения и палатой больного;
- личной гигиены;
- одновременное лечение всех членов семьи;
- Патогенетическая терапия и симптоматическая терапия.

I. Санитарно-гигиенические мероприятия:

- кипячение постельного белья;
- тщательная глажка нательного белья с двух сторон;
- ежедневная влажная уборка с дез.средствами и тщательной обработкой ручек дверей;
- полная дезинфекция туалета и ванной комнаты;
- дезинфекция всех игрушек.

Методы лечения энтеробиоза:

Выбор метода лечения энтеробиоза зависит от клинической картины, степени проявлений симптомов, степени тяжести заболевания, наличия осложнений.

-Диета: исключаются из рациона сладкие продукты питания и витамины группы С.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии (таблица №1);
- средства симптоматической терапии (таблица №2);
- средства для нормализации кишечного микробиоценоза.

Методы не медикаментозного лечения:

- гигиенические мероприятия.

1-таблица**Список основных лекарственных препаратов (100% использование и эффективности): с уровнем доказательности**

Фармако-терапевтическая группа	Международное патентованное название препарата	инструкция	уровень доказательности
Препараты для лечения гельминтозов	Мебендазол	Клинически е проявления энтеробиоза у пациентов старше 2 лет; лечение бессимптомных форм энтеробиоза; противорецидивные курсы лечения	1 https://web.archive.org/web/20181207162817/https://www.cdc.gov/parasites/pinworm/treatment.html
	Альбендазол	Клинически е проявления энтеробиоза у пациентов старше 1 года; лечение бессимптомных форм энтеробиоза; противорецидивные курсы лечения	1 https://web.archive.org/web/20181207162817/https://www.cdc.gov/parasites/pinworm/treatment.html

	Пирантел	Клинически е проявления энтеробиоза в любом возрасте; лечение бессимптом ных форм энтеробиоза; противореци дивные курсы лечения	2 https://web.archive.org/web/20181207162817/https://www.cdc.gov/parasites/pinworm/treatment.html
--	----------	--	--

2-таблица

**Перечень дополнительных лекарственных препаратов для
медицинского применения, использующихся при лечении
энтеробиоза**

Фармако- терапевтическая группа	Международное патентированное название препарата	инструкция	уровень доказательности
Папаверин и его производные	Дротаверин Папаверин	С целью купирования абдоминального болевого синдрома	2 https://library.mededtech.ru/rest/documents/7776967b-05f3-4064-a999-f7cfa64e553b/
Антигистаминные средства системного действия	Цетиризин Кетотифен	С целью купирования аллергических проявлений	2 https://library.mededtech.ru/rest/documents/7776967b-05f3-4064-a999-f7cfa64e553b/

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

Этиотропная терапия:

А) При легких формах заболевания возможно лечение без медикаментозных антигельминтных препаратов за счет предотвращения реинвазии: в течении 3-х дней проводить влажную уборку помещений + соблюдение личной гигиены+ вечерние клизмы взрослым из 4-5 стаканов воды (детям 1-3 стакана) с добавлением по чайной ложке бикарбоната натрия (пищевой соды) на каждый стакан.

Б) Специфическая терапия:

Мебендазол 3-5лет -2,5-5мг/кг в сутки,6лет и старше -100мг в сутки,взрослым 100-200мг в сутки (максимальная доза 200мг) однократно, 1-2 дня

Альбендазол – 3-5лет 5мг /кг в сутки, 6лет и старше 400мг в сутки, взрослым 400мг однократно 1-2дня.

Пирантел - взрослым и детям 12,5 мг/1/сутки (1табл. на 10кг веса) однократно 1-2 дня.

Все антигельминтные препараты принимают повторно через 2 недели. При легких и средне-тяжелых. При тяжелом течении третий прием еще через 2 недели в тех же дозировках. Для успешной дегельминтизации необходимо одновременное лечение всех членов семьи и детского коллектива.

III. Патогенетическая и симптоматическая терапия:

По показаниям назначают:

Антигистаминные препараты;

Антиспазматические препараты;

Противозудной целью: Смазывание перианальной области мазью, содержащий 5% анестезин;

Для лечения энтеробиозных проктосигмоидитов и сфинктеритов применяются клизмы с ванилином (бальзам Шостаковского);

Фитотерапия (душицы мелкоцветная трава, полынь горькая трава, трава зверобоя, сбор ветрогонный, цветки ромашки и др.).

Препарат	Клиническое течение	Дозировка	Побочные эффекты, лекарственное взаимодействие	Примечания
Мебендазол	Первичная инфекция	3-5 лет -2,5-5 мг на кг в сутки, 6 лет и старше -100 мг в сутки, взрослым 100-200 мг в сутки (максимальная доза 200 мг) однократно 1-2 дня Повторное лечение После 14 и 28 дней	Обычно хорошо переносится; часто: тошнота, рвота, диарея, метеоризм; нельзя применять вместе с метронидазолом, циметидином, празиквантелом и дексаметазоном	Является препаратом выбора у детей старше 2 лет и у взрослых без осложнений
				Лекарство принимается всеми членами семьи
Пирантел	Первичная инфекция	Детям 12,5 мг (1 таблетка 125 мг 10 кг веса) однократно. У детей старше 7 месячного возраста до 3 лет суспензия из расчета - до 10 кг 1 мерная ложка, до 20 кг 2 мерная ложка. Взрослым из расчета 12,5 мг/кг веса (1 таблетка 125 мг на 10 кг веса) 1-2 дня. Повторное лечение После 14 и 28 дней	Максимально допустимая дозировка 1 g; обычно хорошо переносится, иногда: потеря аппетита, бессонница, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, диарея; повышение уровня трансаминаз; противопоказан при заболеваниях печени; осторожно применять вместе с пиперазином и теofilлином	Ограничения к применению: возраст младше 6 месяцев
Альбендазол	Первичная инфекция	Взрослым 400 мг однократно. Детям старше 3-х до 5 лет 5 мг/кг/сут однократно. 1-2 дня. 6 лет и старше 5-10 мг/кг/сут. в сутки однократно 1-2 дня. Повторное лечение После 14 и 28 дней	Обычно хорошо переносится; часто: тошнота, рвота; потенциально тератогенный и гепатотоксичный, осторожно применять вместе с метронидазолом, циметидином, празиквантелом и дексаметазоном	Обычно применяется при экстраинтестинальной инфекции или реинфекции
				Лекарство принимается всеми членами семьи
				Более эффективен по сравнению с мебендазолом

При хроническом течении при лабораторном обнаружении яиц остриц лечение проводят как при первичной инвазии.

Хирургическое вмешательство: нет.

Принципы лечения больных энтеробиозом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием;

предупреждение развития и купирование патологических процессов осложнений;

предупреждение формирования остаточных явлений, рецидивирующего и хронического течения.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

период болезни;

тяжесть заболевания;

возраст больного;

наличие и характер осложнений;

доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи

1) цель проведения процедуры или вмешательства:

А	<ul style="list-style-type: none">• первичной медико-санитарной помощи;• скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;• специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
----------	---

2) противопоказания к процедуре или вмешательству: - нет;

3) показания к процедуре или вмешательству:

А	<ul style="list-style-type: none">- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).
----------	--

Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичную доврачебную медико-санитарную помощь детям в амбулаторных условиях осуществляют в фельдшерско-акушерских пунктах, родильных домах, перинатальных центрах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждений, учреждений начального и среднего профессионального образования средним медицинским персоналом. При наличии в этих учреждениях врача, медицинскую помощь оказывают в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи. После оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи больной в обязательном порядке направляется на этап оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Первичную врачебную медико-санитарную помощь детям осуществляют: участковый, врач общей практики (семейный врач) в амбулаторных условиях.

При подозрении или выявлении у ребенка энтеробиоза, не требующего лечения в условиях стационара, врач-педиатр участковый (врачи общей практики (семейные врачи), средние медицинские работники медицинских организаций или образовательных организаций) при наличии медицинских показаний направляют ребенка на консультацию в детский кабинет инфекционных заболеваний медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичную специализированную медико-санитарную помощь детям осуществляет врач-инфекционист медицинской организации, оказывающий медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях (детская поликлиника).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение детей осуществляют в условиях стационара по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

Требования к лечению в амбулаторных условиях

В амбулаторных условиях осуществляется лечение детей только с бессимптомными и легкими формами энтеробиоза при отсутствии осложнений и наличии возможности организовать изоляцию больного ребенка от здоровых детей. Лечение предусматривает назначение патогенетических и симптоматических лекарственных средств.

Этиотропные средства могут применяться под контролем фельдшера по назначению врача после оказания больному первичной врачебной или первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Немедикаментозная помощь направлена на:

- уменьшение симптомов астенизации;
- устранение симптомов поражения перианальной области;
- устранение или уменьшение выраженности абдоминальной боли;
- устранение или уменьшение тяжести диспептических расстройств;
- предупреждение развития осложнений.

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи пациенту оказывают с применением симптоматических и патогенетических средств.

Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения в среднем 5 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка в детский коллектив при клиническом выздоровлении и полном исчезновении яиц остриц в соскобе с кожи перианальных складок;
- рекомендации для пациента – диетическое питание в течение 1 месяца; диспансерное наблюдение не проводится;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение общей и личной гигиены.

Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной специализированной медико-санитарной помощи пациенту оказывают медицинскую помощь с применением этиотропных, патогенетических и симптоматических лекарственных средств.

Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения в среднем 5 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка в детский коллектив при клиническом выздоровлении и полном исчезновении яиц остриц с кожи перианальных складок;
- рекомендации для пациента – диетическое питание в течение 1 месяца; диспансерное наблюдение не требуется;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение общей и личной гигиены.

Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения дополнительных мероприятий к лечению, пациента переводят в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками энтеробиоза медицинская помощь пациенту оказывают в соответствии с требованиями этого протокола и протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ НОЗОЛОГИИ «ЭНТЕРОБИОЗ»**

ТАШКЕНТ – 2025

1. Основная часть

Введение: Энтеробиоз это антропонозное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое паразитированием в нижнем отделе толстого кишечника и прямом кишечнике гельминтов *Enterobius vermicularis*. Клинически характеризуется функциональными расстройствами ЖКТ, токсико-аллергическими и астеноневротическими явлениями (преимущественно у детей). При отсутствии осложнений прогноз заболевания благоприятный. При появлении осложнений, особенно запущенных и длительно нелеченных, возможно стойкое нарушение функции поражённых органов, а также изменения психического статуса. Летальных исходов при неосложнённом энтеробиозе не наблюдается.

Профилактика энтеробиоза включает комплекс мероприятий;

- выявление больных (паразитоносителей) энтеробиозом;
- обследование лиц, относящихся к декретированному контингенту;
- лечение выявленных инвазированных лиц и химиопрофилактику лиц, находившихся в контакте с инвазированными;
- санитарно-паразитологический контроль объектов внешней среды, в том числе предметов обихода, воды в бассейнах, песка песочниц, воды
- мониторинг циркуляции возбудителя энтеробиоза в группах повышенного риска заражения;
- осуществление санитарно-гигиенических мероприятий в соответствии с нормативными документами по соблюдению противоэпидемического
- определение уровня риска заражения в соответствии с эпидемиологической ситуацией и результатами санитарно-паразитологического контроля и (или) уровнем поражённости обследованных лиц в очаге;
- разработку комплексных планов, целевых программ по профилактике паразитарных болезней (в том числе по энтеробиозу);
- гигиеническое воспитание населения.
- Выявление больных (паразитоносителей) энтеробиозом.
- Выявление больных и паразитоносителей проводится при профилактических, плановых, предварительных при поступлении на работу и периодических обследованиях в соответствии с порядком и кратностью, определёнными нормативными документами.

Обследованию на энтеробиоз подлежат:

- дети дошкольных образовательных организаций;
- персонал дошкольных образовательных организаций;
- школьники младших классов (1— 4);
- дети, подростки, лица, относящиеся к декретированному контингенту, при диспансеризации и профилактических осмотрах;
- дети, подростки по эпидемическим показаниям (часто болеющие острыми кишечными инфекциями, проживающие в антисанитарных условиях и социально неблагополучных семьях);

- дети, оформляющиеся в дошкольные и другие образовательные организации, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации;
- амбулаторные и стационарные больные детских поликлиник и больниц;
- декретированные и приравняемые к ним контингенты лиц;
- лица, контактные с больным (паразитоносителем) энтеробиозом;
- лица, получающие допуск для посещения плавательного бассейна.

Плановые профилактические обследования детей и обслуживающего персонала в детских дошкольных коллективах и коллективах младшего школьного возраста проводятся 1 раз в год (после летнего периода, при формировании коллектива) и (или) по эпидемическим показаниям.

- Периодическому профилактическому плановому обследованию на энтеробиоз один раз в год подлежат лица, относящиеся к декретированному контингенту.

- Руководители организаций, учреждений, индивидуальные предприниматели обеспечивают выполнение профилактических мероприятий.

Больного изолируют в домашних условиях или в условиях стационара в отдельном боксе или с детьми, имеющими аналогичную нозологию до полного клинического выздоровления (в среднем на 1-2 недели).

Больному рекомендуется соблюдение личной гигиены: тщательное мытье рук после каждого посещения туалета, коротко подстриженные ногти, частая смена белья, стирка белья в горячей воде и проглаживание всех вещей горячим утюгом, воздержание от расчесывания зудящих мест. В помещении, где находится больной, производят ежедневную влажную уборку. Гигиенический режим при энтеробиозе следует соблюдать 2-3 недели.

После клинического выздоровления ребенка допускают в образовательную организацию без противоэпидемических ограничений. Мероприятия в очаге не проводят. Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода.

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организуются.

Специфическая профилактика энтеробиоза не разработана.

Противоэпидемические мероприятия

-Противоэпидемические мероприятия в очаге энтеробиоза включают:

- выявление источников инвазии;
- установление очагов и определение их типов;
- оценка эпидемиологической ситуации с учетом степени риска заражения;
- лечение больных энтеробиозом с учетом типов очагов;
- санация очагов энтеробиоза, в том числе дезинвазионные мероприятия независимо от типа очага;
- дезинвазионные мероприятия проводят отдельно или в сочетании с другими профилактическими (в том числе санитарно-гигиеническими) и противоэпидемическими мероприятиями.

-Дезинвазионные мероприятия проводятся в период лечения детей, а также в течение 3 дней после его окончания. Предметы обихода на 3 дня убираются в кладовые до завершения дезинвазии или подвергаются камерной дезинфекции. Наблюдение за очагом энтеробиоза осуществляется от 2-3 месяцев до года в зависимости от степени риска заражения.

-Дезинвазионные мероприятия, не приведшие к уничтожению возбудителя энтеробиоза в окружающей среде, являются основанием для вынесения решения о проведении дополнительных противоэпидемических мероприятий.

Порядок отстранения инвазированных острицами лиц от работы (учебы) и допуска к работе (учебе) после лечения

Инвазированные острицами подлежат обязательному лечению в амбулаторных или стационарных условиях (при необходимости изоляции по эпидемиологическим показаниям) на основании их добровольного информированного согласия и с учетом права на отказ от медицинского вмешательства.

Инвазированные острицами лица, относящиеся по роду своей профессиональной деятельности к декретированному контингенту, на период лечения (в соответствии с трудовым законодательством) переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения энтеробиоза. При невозможности перевода таких работников временно (на период лечения и контрольного лабораторного обследования) отстраняют от работы с выплатой компенсации в установленном законодательством порядке. Взрослое население, профессионально не относящееся к декретированным контингентам, на период лечения от работы не отстраняется.

Детей, инвазированных острицами, являющихся источниками распространения энтеробиоза, не допускают в дошкольные образовательные организации на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

При плановых профилактических обследованиях детей в организованных коллективах и выявлении 20 % и более инвазированных острицами на период лечения из детского коллектива не отстраняют.

Химиопрофилактику проводят одновременно всем детям и персоналу препаратами, разрешенными для этих целей, в установленном порядке в соответствии с инструкцией на препарат.

На период проведения лечебно-профилактических мероприятий впервые поступающих детей или длительно отсутствовавших в детский коллектив не принимают.

Мероприятия по обеспечению государственного санитарно-эпидемиологического надзора

Мероприятия по обеспечению государственного санитарно-эпидемиологического надзора за энтеробиозом представляют собой динамическое наблюдение за эпидемическим процессом энтеробиоза, целью которого является разработка противоэпидемических,

профилактических мер, направленных на снижение заболеваемости энтеробиозом, предупреждение возникновения очагов с учетом оценки ситуации.

Мероприятия по обеспечению государственного санитарно-эпидемиологического надзора за энтеробиозом включают:

- мониторинг заболеваемости (пораженности) энтеробиозом;
- мониторинг охвата населения обследованием на энтеробиоз;
- мониторинг циркуляции возбудителя;
- контроль за организацией и проведением профилактических мероприятий;
- оценку эффективности проводимых мероприятий.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за энтеробиозом проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Гигиеническое воспитание населения

1. Гигиеническое воспитание населения является основным методом профилактики энтеробиоза.
2. Гигиеническое воспитание населения включает представление населению подробной информации об энтеробиозе, мерах общественной и личной профилактики с использованием средств массовой информации, информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», листовок, плакатов, бюллетеней, а также путем проведения индивидуальных бесед.
3. Организацию и проведение информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, медицинские организации, центры медицинской профилактики.
4. Инструкция по правильной митьё рук <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/hand-hygiene/index.html>

Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

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

функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

Критерии выздоровления:

- отсутствие признаков выраженной астенизации;
- отсутствие или значительное уменьшение выраженности поражений перианальной области
- отсутствие или значительное уменьшение выраженности аллергических проявлений;
- отсутствие диспептических симптомов и абдоминальной боли;
- нормализация показателей клинического анализа крови;
- отрицательные результаты трехкратных микроскопических исследований материала с перианальной области (с использованием липкой ленты по методу Грэхэма) на яйца остриц через 14 дней после проведения курса дегельментизации (при отсутствии эффекта курс лечения повторяют через 2 нед.)

Диспансерное наблюдение

диспансерное наблюдение за переболевшими лицами энтеробиозом проводится в течение 10 – 14 дней с обязательным взятием двух анализов с интервалом три дня;

не излеченные от энтеробиоза больные повторно подвергаются лечению, но не ранее, чем через две недели после окончания первого курса лечения с продлением диспансерного наблюдения до 1 месяца.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

- * купирование клинических симптомов заболевания;
- * отрицательные результаты двух–кратных исследований соскобов с перианальных складок на яйца остриц, взятых через 2 недели после проведения курса дегельминтизации с интервалом три дня.

Список использованной литературы:

1. Centers for Disease Control and Prevention: Enterobiasis. www.cdc.gov/parasites/pinworm
2. Friesen J, Bergmann C, Neuber R, et al.: Detection of *Enterobius vermicularis* in greater Berlin, 2007–2017: seasonality and increased frequency of detection. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2019. doi: 10.1007/s10096–019–03495–1 (Epub ahead of print).
3. Kubiak K, Dzika E, Pauksztó L: Enterobiasis epidemiology and molecular characterization of *Enterobius vermicularis* in healthy children in north-eastern Poland. *Helminthologia* 2017; 54:284–91.
4. Reinhard KJ, Araújo A, Morrow JJ: Temporal and spatial distribution of *Enterobius vermicularis* (Nematoda: Oxyuridae) in the prehistoric Americas. *Korean J Parasitol* 2016; 54: 591–603.
5. Cranston I, Potgieter N, Mathebula S, Ensink JHJ: Transmission of *Enterobius vermicularis* eggs through hands of school children in rural South Africa. *Acta Trop* 2015; 150: 94–6.
6. Powell G, Sarmah P, Sethi B, Ganesan R: *Enterobius vermicularis* infection of the ovary. *BMJ Case Rep* 2013; doi: 10.1136/bcr-2013–201146.
7. Tsai CY, Junod R, Jacot-Guillarmod M, Beniere C, Ziadi S, Bongiovanni M: Vaginal *Enterobius vermicularis* diagnosed on liquid-based cytology during Papanicolaou test cervical cancer screening: a report of two cases and a review of the literature. *Diagn Cytopathol* 2018; 46:179–86.
8. Li HM, Zhou CH, Li ZS, et al.: Risk factors for *Enterobius vermicularis* infection in children in Gaozhou, Guangdong, China. *Infect Dis Poverty* 2015; 4: 28.
9. Chen KY, Yen CM, Hwang KP, Wang LC: *Enterobius vermicularis* infection and its risk factors among pre-school children in Taipei, Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2018; 51: 559–64.
10. Sebastian W, Henning T, Stefan S, et. al.: The Diagnosis and Treatment of Pinworm Infection. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 213–9. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0213.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

