В период с 2018 по 2022 годы в Российской Федерации зарегистрировано 214 случаев редких гельминтозов. Доля детского населения в структуре инвазированных колебалась от 9,6% до 37,2%. В 2022 году на территории Российской Федерации зарегистрировано 37 случаев редких гельминтозов. Случаи зарегистрированы в 21 субъекте Российской Федерации. В структуре редких гельминтозов наибольший вес имели анизакидоз (21,6%), стронгилоидоз, метагонимоз и дикроцелиоз (по 13,5%), другие (37,9%). В Республике Коми в 2022 году имелся 1 случай клонорхоза, 2 случая стронгилоидоза.

 **Анизакидоз** отмечался преимущественно на территории Дальнего Востока: в Хабаровском (16 случаев за последние 5 лет), Приморском (9 случаев) краях, Сахалинской и Магаданской областях (по 2 случая). По одному завозному случаю анизакидоза регистрировалось в Москве и республике Мордовии. Во всех случаях причиной заражения стало употребление сырой, слабосолёной и недостаточно термически обработанной рыбы (сельдь, треска, кета, горбуша, семга), заражённой личинками нематод семейства Anisakidae. Яркость клинических проявлений данного гельминтоза может варьировать в широком диапазоне: от отсутствия какой-либо симптоматики до крайне тяжёлых, приводящих к летальному исходу. При острой стадии заболевания характерны сильная боль в животе, тошнота, рвота (иногда с примесью крови), метеоризм, диарея с примесью слизи и крови. Могут наблюдаться лихорадка, озноб, высыпания по типу крапивницы. В редких случаях возможно возникновение симптомокомплекса острого живота, непроходимости кишечника. В хронической стадии заболевания вокруг личинок формируются абсцессы, которые примерно через 6 месяцев замещаются грануляционной тканью. В брюшной полости и различных органах личинки сохраняются жизнеспособными многие месяцы и даже годы, поддерживая патологические процессы, проявляющиеся различными симптомами заболевания в зависимости от локализации паразитов. Продукты распада погибших личинок вызывают усиление аллергического воспаления в поражённых органах и обострение течения заболевания. Постановке правильного диагноза может способствовать эндоскопическое исследование слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, при котором обнаруживаются личинки.

 Инвазия с**тронгилоидозом** эндемична для тропических и субтропических стран, но встречается и в странах в умеренным климатом. На территории Российской Федерации за последние пять лет случаи стронгилоидоза отмечались в 18 субъектах всех федеральных округов. В 2022 году 2 случая зарегистрированы в Республике Коми. При контакте с кожей человека инвазионные личинки размером 0,5-0,6\*0,01 мм внедряются в неё, проникают в капилляры и мигрируют по кровеносным сосудам в лёгкие. Затем поднимаются в глотку и ротовую полость, попадают в кишечник и развиваются там до половой зрелости. Больные стронгилоидозом предъявляют жалобы на снижение аппетита, боли в верхних отделах живота, диарею, аллергические высыпания, потерю веса. Например, у ребёнка 12 лет из Пермского края, стронгилоидоз выражался отставанием в развитии, увеличением числа респираторных заболеваний, аллергической сыпью, болями в животе. Диагноз данного заболевания устанавливается на основании обнаружения личинок стронгилоидов при исследовании кала.

 Случаи **дикроцелиоза** за пятилетний период отмечены в 12 субъектах страны. Наиболее часто случаи заболевания регистрировались в Ханты-Мансийском округе, Ямало-Ненецком округе, Амурской области. В качестве фактора заражения указывается на употребление немытых овощей и зелени. Заражение дикроцелиозом возможно при случайном заглатывании инвазированных муравьёв с овощами, ягодами, дикорастущими съедобными травянистыми растениями. При малой интенсивности инвазии заболевание протекает субклинически или бессимптомно. При интенсивной инвазии возникают холангит, ангиохолит, дискинезии желчевыводящих путей, иногда развивается гепатит. Болезнь в данном случае протекает остро: повышается температура тела, возникают тошнота, рвота, горечь во рту, головные боли, боли в правой половине живота или в эпигастрии. Печень увеличивается, иногда увеличена и селезёнка. Диагноз дикроцелиоза устанавливают при обнаружении яиц в дуоденальном содержимом или в испражнениях больного.

 При **метагонимозе** заражение происходит при употреблении сырой, слабосолёной и недостаточно термически обработанной рыбы. Личинки прокладывают в толще слизистой тонкого кишечника человека ходы, повреждая её целостность, и способствуют проникновению вторичной инфекции. Продукты жизнедеятельности паразита сенсибилизируют организм, вследствие чего возникают аллергические реакции. Диагноз устанавливают при обнаружении в кале яиц гельминта.