

Завозной описторхоз в Москве и обоснование альтернативной концепции гематогенного пути миграции личинок описторхов

Росина А. Л.¹, Чуелов С. Б.¹, Кондратенко Н. В.², Ильинская А. С.², Омаров А. Х.², Смирнова Г. В.², Грушицкая Е. В.², Жданова О. И.²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Пироговский Университет), Москва

²Детская городская клиническая больница №9 им Г. Н. Сперанского, Москва, Россия

Актуальность проблемы описторхоза обусловлена широкой распространенностью данного гельминтоза в дикой природе на территории России, способностью поражать человека при употреблении в пищу рыбы, не подвергнутой должной кулинарной обработке. **Целью** работы является изложение имеющихся в литературе данных, касающихся эпидемиологии, клинико-лабораторных проявлений и диагностики описторхоза, проиллюстрированных собственным клиническим примером, а также изложение альтернативной теории гематогенного пути миграции паразита в организме окончательного хозяина. **Материалы и методы:** проведен обзор отечественной и зарубежной литературы за последние годы, в том числе, Интернет-ресурсов, касающихся ситуации по описторхозу в России и Москве, патогенеза описторхоза, и приведено собственное клиническое наблюдение за больным с завозным описторхозом в Москве. **Заключение.** Диагноз описторхоза основывается на результатах эпидемиологического анамнеза, клинической картины, эозинофилии, обнаружении множественных очагов воспалительного характера в печени и подтверждается копроовоскопическим, серологическим методами. Очаговые изменения в паренхиме печени могут быть объяснены гематогенным путем миграции личинок описторхов.

Ключевые слова: описторхоз, *Opisthorchis felineus*, очаговые изменения, печень, УЗИ, КТ, МРТ, личинки, метацеркарии, патогенез, гематогенный, миграция, дети

Imported Opisthorchiasis in Moscow and a substantiation of an alternative concept for the hematogenous migration of *Opisthorchis* larvae

Rossina A. L.¹, Chuelov S. B.¹, Kondratenko N. V.², Ilyinskaya A. S.², Omarov A. Kh.², Smirnova G. V.², Grushitskaya E. V.², Zhdanova O. I.²

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

²Speransky Children's City Clinical Hospital No. 9, Moscow, Russia

The relevance of opisthorchiasis is due to its widespread prevalence in the wild in Russia and its ability to infect humans through the consumption of improperly cooked fish. **The aim** of this paper is to present available literature data on the epidemiology, clinical and laboratory manifestations, and diagnosis of opisthorchiasis, illustrated by a clinical example. This paper also presents an alternative theory for the hematogenous path of parasite migration in the definitive host. **Materials and Methods:** A review of recent Russian and international literature, including online resources, was conducted on the situation with opisthorchiasis in Russia and Moscow, as well as the pathogenesis of opisthorchiasis. A clinical observation of a patient with imported opisthorchiasis in Moscow was presented. **Conclusion.** The diagnosis of opisthorchiasis is based on the epidemiological history, clinical presentation, eosinophilia, and detection of multiple inflammatory foci in the liver. This diagnosis is confirmed by coproovoscopic and serological methods. Focal changes in the liver parenchyma can be explained by the hematogenous migration of opisthorchis larvae.

Keywords: opisthorchiasis, *Opisthorchis felineus*, focal changes, liver, ultrasound, CT, MRI, larvae, metacercariae, pathogenesis, hematogenous, migration, children

Для цитирования: Росина А.Л., Чуелов С.Б., Кондратенко Н.В., Ильинская А.С., Омаров А.Х., Смирнова Г.В., Грушицкая Е.В., Жданова О.И. Завозной описторхоз в Москве и обоснование альтернативной концепции гематогенного пути миграции личинок описторхов. *Детские инфекции.* 2026; 25(1):44-47. doi.org/10.22627/2072-8107-2026-25-1-44-47

For citation: Rossina A.L., Chuelov S.B., Kondratenko N.V., Ilyinskaya A.S., Omarov A.Kh., Smirnova G.V., Grushitskaya E.V., Zhdanova O.I. Imported opisthorchiasis in Moscow and substantiation of the alternative concept of hematogenous migration of opisthorchis larvae. *Detskie Infektsii = Children Infections.* 2026; 25(1):44-47. doi.org/10.22627/2072-8107-2026-25-1-44-47

Информация об авторах:

Росина Анна Львовна (Rossina A.L.), к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней у детей РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, rosann@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5914-8427>

Чуелов Сергей Борисович (Chuelov S.B.), д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней у детей РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, chuelovsb@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6737-4184>

Кондратенко Наталья Владимировна (Kondratenko N.V.), клинический фармаколог ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, KondratenkoNV@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6137-2359>

Ильинская Анастасия Станиславовна (Ilyinskaya A.S.), заведующая инфекционным отделением, врач-инфекционист ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, IlyinskayaAS@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0007-5347-3716>

Омаров Али Хизриевич (Omarov A.Kh.), врач-инфекционист ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, OmarovAK@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0004-8504-0980>

Смирнова Галина Вячеславовна (Smirnova G.V.), врач-педиатр ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, SmirnovaGV10@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0009-9697-9252>

Грушицкая Елена Владимировна (Grushitskaya E.V.), клинический фармаколог ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, GrushitskayaEV@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8399-2687>

Жданова Ольга Ивановна (Zhdanova O.I.), заместитель главного врача по организации стационарной помощи ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, ZhdanovaOI@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1444-1512>

Описторхоз — это биогельминтоз с преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Возбудителями являются *Opisthorchis felineus* и *Opisthorchis viverrini*, которые принадлежат семейству *Opisthorchiidae*, роду *Opisthorchis*. Роль в патологии человека других представителей рода предстоит уточнить. Половозрелые описторхи у человека

и млекопитающих обитают в крупных желчных протоках, желчном пузыре и протоках поджелудочной железы, выделяя яйца. С желчью, панкреатическим соком яйца попадают в кишечник, и с фекалиями — в окружающую среду [1].

Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы за последние годы, в том числе, Интернет-ресурсов, касаю-

щихся ситуации по описторхозу в России и Москве, патогенеза описторхоза, и приведено собственное клиническое наблюдение за больным с завозным описторхозом в Москве.

В России описторхоз вызывается видом *Opisthorchis felineus*. Цикл развития включает смену двух промежуточных хозяев (моллюск и рыба). Заражение человека происходит при употреблении в пищу рыбы, в особенности семейства карповых, зараженной метацеркариями (личинками) паразита, выловленной в пресноводных водоемах от западных границ страны до бассейна р. Енисей на востоке. Наиболее крупным очагом описторхоза является Обь-Иртышский бассейн в Западной Сибири (Сибирский и Уральский федеральные округа) и в Восточном Казахстане [1]. В России в 2024 г. зарегистрировано 13 757 случаев описторхоза (9,40 на 100 тыс. населения). Доля детей до 17 лет, заболевших описторхозом, составила 9,3% (1282 случаев; 4,26 на 100 тыс. населения данной возрастной группы) [2].

Попав в организм человека, личинки под влиянием желчи и пищеварительных соков экцистируются, и мигрируют по общему желчному протоку во внутривенечные желчные ходы; по другим данным описторхи попадают в желчные протоки гематогенным путем через систему воротной вены. После достижения половой зрелости и оплодотворения, через 30–40 дней паразиты начинают откладывать яйца [1].

Основные звенья патогенеза описторхоза включают: механическое повреждение, воздействие токсических метаболитов гельминта, токсико-аллергические реакции, рефлекторные нарушения функций ЖКТ. В миграционной фазе отмечаются, в основном, токсико-аллергические проявления, в хронической фазе развивается холангиохолецистит [1].

Клиническая симптоматика острого описторхоза при манифестных формах возникает через 2–4 недели после заражения и проявляется общепаразитарным синдромом, токсико-аллергическими реакциями, диспептическим синдромом, гепатоспленомегалией. Острый период длится 1–4 недели с постепенным стиханием всех явлений. В хронической стадии описторхоза основными проявлениями заболевания являются холангит и холецистит, протекающие с чередованием периодов обострения и ремиссии. Заболевание опасно развитием осложнений, таких как вторичная бактериальная инфекция желчевыводящих путей, абсцессы печени, билиарная обструкция с механической желтухой, панкреатит, хронические гастрит, дуоденит, цирроз печени, портальная гипертензия, опухоли гепатобилиарной системы [1].

Лабораторная диагностика осуществляется на основании обнаружения яиц описторхов в фекалиях и желчи не ранее чем через 1–1,5 месяца после заражения; при отрицательном результате исследование фекалий повторяют. Целесообразно использование методов обогащения. В острой фазе описторхоза у большинства больных обнаруживаются специфические антитела классов М и G методом ИФА; в хронической стадии диагностическая ценность серологических тестов снижается [1].

Этиотропная терапия проводится празиквантелом в дозе 75 мг/кг/сут. в три приема после еды в течение 1–3 дней [1]. Основным методом индивидуальной профилактики описторхоза у детей и взрослых является употребление в пищу рыбы в термически обработанном виде, а также после соления и копчения с соблюдением технических регламентов [1].

В Московском регионе заболеваемость описторхозом спорадическая. В основном, регистрируются случаи описторхоза, связанные с употреблением в пищу завозной рыбы или у лиц, посетивших эндемичные очаги в России [3]. Учитывая это, несомненный интерес представляет история болезни девочки-подростка с завозным описторхозом.

Клинический случай. У ребенка 14 лет с 22.07.2025 отмечено повышение температуры тела до 38,5°C, преимущественно в вечернее время. 27.07.25 в клиническом анализе крови выявлена эозинофилия. 31.07.2025 больная была гос-

питализирована в инфекционный стационар города Москвы для обследования, где была выполнена компьютерная томография органов грудной клетки, по данным которой патологических изменений не выявлено. 02.08.2025 появились боли в правой подвздошной области, возникающие при смене положения тела. 03.08.2025 было выполнено УЗИ органов брюшной полости: в правой и левой подвздошной области была обнаружена свободная жидкость до 25 мм, в малом тазу — до 23 мм, выявлены увеличенные лимфатические узлы ворот печени и парапанкреальные. С подозрением на острый аппендицит девочка была переведена в ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ.

При поступлении в нашу клинику 03.08.2025 состояние ребенка было расценено как среднетяжелое, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, живот мягкий, болезненный при пальпации в правых отделах, аппендикулярных и перитонеальных симптомов нет, печень выступает на 1 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется, стул оформленный.

В клиническом анализе крови при поступлении отмечена эозинофилия до 54,7% при уровне лейкоцитов 9,8 тыс./мкл; остальные показатели в пределах нормативных значений. В биохимическом анализе крови повышен уровень сывороточных трансаминаз (АлАТ 166,4 ЕД/л, АсАТ 62 ЕД/л); билирубин общий составил 6,3 мкмоль/л. При дальнейшем обследовании вирусные гепатиты В и С были исключены.

Также отмечено повышение уровня СРБ до 31,7 мг/л, концентрации фибриногена до 5,06 г/л и D-димеров до 4069 нг/мл.

Тогда же, 03.08.2025, выполнено УЗИ органов брюшной полости: свободная жидкость определяется в малом тазу до 31 мм, в правом латеральном канале до 13 мм, в левом латеральном канале до 11 мм. Печень: размеры долей не изменены, капсула на визуализируемых участках без особенностей, внутривенечные структуры хорошо дифференцированы, паренхима гомогенная, без признаков очаговых изменений. Желчный пузырь частично сокращен, полость анэхогенна, конкременты отсутствуют. Внепеченочные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа обычной формы, размеры сегментов не изменены, контуры ровные, нечеткие (аэроколия), сохранены, рисунок структур хорошо дифференцирован, капсула не утолщена, паренхима гомогенная, без признаков очаговых изменений. Визуализируемые фрагменты вирсунгова протока не дилатированы, структура его стенок не изменена. Интра- и параорганных дополнительных включений не дифференцируется. Селезенка: размеры в пределах возрастных параметров, контуры ровные, четкие, паренхима гомогенная, без очаговых изменений и дополнительных включений. Мезентериальные лимфоузлы не визуализируются из-за повышенного газонаполнения кишечной трубки.

По результатам КТ органов брюшной полости от 03.08.2025, отмечены признаки гепатомегалии, множественных гиподенсивных очагов печени, вероятно воспалительного характера (рис. 1), перипортального отека, лимфаденопатии в области ворот печени, минимального выпота в брюшной полости, энтерита; аппендикс не изменен.

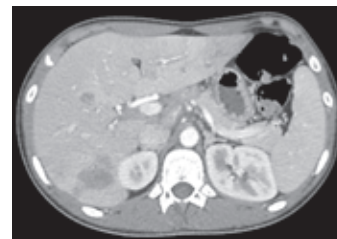


Рисунок 1. КТ органов брюшной полости от 03.08.2025
Figure 1. CT scan of the abdominal organs, August 3, 2025

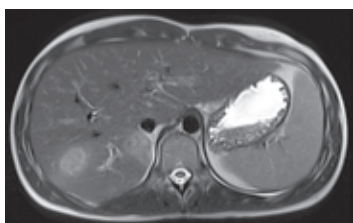


Рисунок 2. МРТ органов брюшной полости от 08.08.2025
Figure 2. MRI of the abdominal organs, August 8, 2025

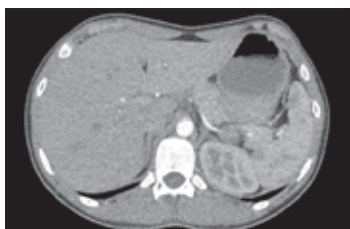


Рисунок 3. КТ органов брюшной полости от 15.09.2025
Figure 3. CT scan of the abdominal organs, September 15, 2025

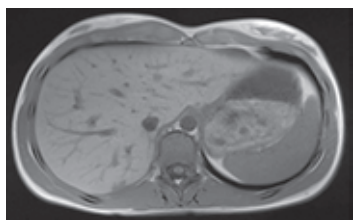


Рисунок 4. МРТ органов брюшной полости от 15.09.2025
Figure 4. MRI of the abdominal organs, September 15, 2025

Для уточнения характера изменений в печени 08.08.2025 проведена МРТ органов брюшной полости, по данным которой: паренхима печени неоднородна, с наличием фокусов расположенных интрапаренхиматозно и субкапсулярно слабогиперинтенсивного МР-сигнала в режиме T2—ВИ, гипоинтенсивным сигналом в T1—ВИ, ограничением диффузии (рис. 2). Максимальные размеры очагов на уровне 6, 7 сегментов. В режиме DWI отмечается ограничение диффузии в сегментах 6—7, 2—3 клиновидной формы. Внутривенные желчные протоки не расширены. Общий печеночный проток до 3 мм в диаметре (не расширен), стенка не утолщена, содержимое без особенностей. Общий желчный проток до 2,5—3 мм в диаметре, стенка не утолщена, содержимое без особенностей. Желчный пузырь уменьшен в размерах, стенка минимально утолщена, с перивизикальным выпотом. Поджелудочная железа: обычных размеров, паренхима структурно не изменена, протоковая система не расширена.

По данным эзофагогастродуоденоскопии имел место рефлюкс-эзофагит, эрозивно-геморрагический гастрит, дуоденит.

Учитывая клинико-лабораторные и инструментальные данные (лихорадка, боли в животе, эозинофилия, очаги в печени), можно было думать о паразитарном заболевании, сопровождающимся миграцией личинок гельминта. Был собран дополнительный анамнез, который позволил установить, что девочка с 07.06.2025 по 17.07.2025 находилась в г. Магнитогорске и окружающей сельской местности (Челябинская область), где употребляла в пищу вяленую, не соленую, не обработанную термически речную рыбу семейства карповых (чебак —

сибирская плотва), выловленную в реке Урал. Было проведено серологическое обследование и обнаружены антитела к описторхам класса IgM (коэффициент позитивности 3,53); антитела к описторхам класса IgG — отрицательные. В кале выявлены яйца *Opisthorchis felineus*.

Были исключены другие инфекционные и паразитарные заболевания. Антитела к сальмонеллам, шигеллам, иерсиниям, аскаридам, токсокарам, анизакидам, трихинеллам, эхинококкам не обнаружены. Исследования на респираторные вирусы, ЭБВ, ЦМВ — отрицательные. Анализ кала на кишечную группу — рост микроорганизмов не выявлен. Личинки *Strongyloides stercoralis* в кале не обнаружены, соскоб на энтеробиоз — отрицательный. Малярийные плазмодии в крови отсутствуют. Посев крови на стерильность — рост микрофлоры не выявлен.

Был диагностирован описторхоз, и, 07.08.2025 проведена этиотропная терапия празиквантелом по 1200 мг x 3 раза, длительность лечения составила одни сутки.

С 08.08.2025 температура не повышалась, оставаясь в пределах нормальных значений, с 07.08.2025 боли в животе не фиксировались. В клиническом анализе крови от 09.08.2025 было отмечено снижение уровня эозинофилов до 28,9%. При биохимическом исследовании крови выявлено снижение концентрации сывороточных трансаминаз (АлАТ — до 76,9 ЕД/л, АсАТ — до 15 ЕД/л).

12.08.2025 проведено повторное УЗИ органов брюшной полости. Отмечено, что печень увеличена в размерах, переднезадний размер правой доли — 144 мм, левой доли — 61 мм, экзогенность не изменена, эхоструктура неоднородна за счет множественных гипоэхогенных участков: в 6 сегменте с четким неровным контуром неправильной формы размерами 18 x 19 мм, в 8 сегменте с нечеткими неровными контурами, повышением эхгенности по периферии размерами 21 x 18 мм. Сосудистый рисунок паренхимы усилен. В воротах печени обнаруживаются множественные лимфатические узлы обычной эхоструктуры размерами 18 x 9 мм. Желчный пузырь обычной формы, стенки не утолщены, полость анэхогенна. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа не изменена. Селезенка размером 98 x 37 мм, контуры ровные, четкие, экзогенность паренхимы не изменена, эхоструктура однородная. Определяется свободная жидкость в малом тазу до 24 мм. Мезентериальные лимфоузлы в мезогастрии справа множественные максимальным размером 12 x 5 мм, обычной эхоструктуры с ровными, четкими контурами.

Учитывая положительную динамику клинико-лабораторных показателей, девочка была выписана домой.

Повторная госпитализация в нашу клинику для контрольного обследования состоялась 14-15.09.2025. За истекший период боли в животе не регистрировались, температура тела не повышалась, аппетит оставался удовлетворительным. При осмотре: живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не пальпируется. В клиническом анализе крови уровень эозинофилов составил 5,5 %, количество лейкоцитов 5,44 тыс./мкл. В биохимическом анализе крови — АлАТ, АсАТ, СРБ в пределах нормы.

Выполнено УЗИ органов брюшной полости. Размеры печени составили: правая доля — 119 мм, левая доля — 54 мм. Экзогенность не изменена, сосудистый рисунок не изменен, дополнительных образований в проекции печени не выявлено. Желчный пузырь с лабильным перегибом в шейке, стенки не утолщены, полость анэхогенна, внепеченочные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа не изменена. Селезенка размером 80 x 34 мм, эхоструктура и экзогенность не изменены. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Мезентериальные лимфатические узлы не визуализируются.

Проведено КТ органов брюшной полости (рис. 3). Печень тех же размеров, в паренхиме сохраняются небольшие гиподенсные (максимально до 13 мм) гиподенсные участки в 6, 7 сегментах, выраженная положительная динамика. Желчный пузырь не изменен, с изгибом в области дна. Внепеченочные желчные про-

токи не расширены. Поджелудочная железа без изменений. Селезенка контуры ровные, четкие; структура однородная. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены.

Проведена МРТ органов брюшной полости (рис. 4). Печень не увеличена в размерах, соотношение долей не нарушено, неоднородна, в 7, 6 сегментах правой доли сохраняются немногочисленные фокусы измененного МР-сигнала (гипоинтенсивного МР-сигнала в Т1-ВИ, слабогиперинтенсивного в режиме Т2-ВИ, без ограничения диффузии) диаметром 10–14 мм (около 5 шт); в левой доле печени фокус в субкапсулярном 2 сегменте диаметром до 14 мм. Внутривенные желчные протоки не расширены, общий печеночный проток не расширен, стенка не утолщена, содержимое без особенностей, общий желчный проток не расширен до 3 мм, стенка не утолщена, содержимое однородно. Желчный пузырь обычных размеров, в просвете тела пузыря неоднородное жидкостное содержимое, с признаками седиментации. Поджелудочная железа обычных размеров, паренхима структурно не изменена, протоковая система не расширена. При сравнении с исследованием от 08.08.2025 г отмечается уменьшение количества и размеров очагов патологического МР-сигнала в печени — признаки обратного развития воспалительных изменений.

Ребенок был выписан из стационара.

Таким образом, у девочки, неоднократно употреблявшей в пищу термически необработанную рыбу (поэтому достоверно установить продолжительность инкубационного периода невозможно), отмечены повышение температуры тела до фебрильных цифр, появление болей в животе, эозифилия, гипертрансаминаземия. В печени при УЗИ, КТ, МРТ обнаруживались множественные очаги. Диагноз описторхоза был подтвержден обнаружением яиц паразита в фекалиях и обнаружением специфических антител класса М в сыворотке крови. После приема празиквантела отмечена нормализация клинико-лабораторных показателей и уменьшение воспалительных очагов в печени.

Список литературы:

1. Чуелов С.Б., Россина А.Л. Трёматодозы печени, желчных и панкреатических протоков (инвазии, вызванные печеночными сосальщиками). *Детские инфекции*. 2020;19(3):26–33. doi: 10.22627/2072-8107-2020-19-3-26-33
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2024 году» Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2025. Режим доступа: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=30171
3. Бронштейн А.М., Бузова С.В., Малышев Н.А., Давыдова И.В. Аутохтонные случаи острого описторхоза в Московской области. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2020;25(5):228–232. doi: 10.17816/EID64211
4. Коваленко Ф.П., Черникова Е.А., Михелев В.Ю., Шатверян Г.А. Экспериментальное обоснование новой концепции становления инвазии *Opisthorchis felineus* у окончательного хозяина. *Паразитология*. 2005;39(3):257–262. URL: https://www.zin.ru/journals/parazitologiya/content/2005/prz_2005_3_9_Kovalenko.pdf
5. Тер-Багдасарян Л.В., Сергеева О.Н., Ратникова Л.И. Трудности диагностики описторхоза в неэндемичном регионе. *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2025;14(1):112–122. doi: 10.33029/2305-3496-2025-14-1-112-122

Заключение

Описторхоз является эндемичным для России паразитарным заболеванием и встречается во многих регионах страны. Опасность представляет рыба, не подвергнутая должной кулинарной обработке. Таким образом, эпидемиологический анамнез в совокупности с клинической картиной и эозинофилией помогают продвигаться в направлении правильного диагноза.

В данном клиническом примере особый интерес представляют выявленные при инструментальных обследованиях (УЗИ, КТ, МРТ) очаги в печени. Несомненным представляется тот факт, что указанные изменения возникли в результате миграции личинок описторхов через печеночную ткань, что не согласуется с классической теорией патогенеза описторхоза, согласно которой личинки гельминта мигрируют в желчные протоки из кишечника через фатеров сосок. Ранее были проведены экспериментальные исследования, которые показали, что после введения неэксцистированных метацеркариев описторхов в желудок хомьякам с перевязанным общим желчным протоком, паразиты обнаруживались затем в желчных протоках, также, как после инъекции эксцистированных метацеркариев в систему воротной вены. Предложена альтернативная концепция гематогенного пути миграции описторхов, согласно которой личинки паразита проникают из кишечника через слизистую оболочку в сосуды портальной системы, а по ним — с током крови в печень, далее через паренхиму печени в желчные протоки [4]. Имеются клинические наблюдения, подтверждающие вышеприведенные экспериментальные данные, при которых авторами так же, как и нами были обнаружены множественные очаги в печени [5].

Таким образом, альтернативная концепция патогенеза описторхоза, в соответствии с которой личинки описторхов, по крайней мере, их часть, проникают в печень гематогенным путем, может объяснить клинические проявления токсико-аллергического характера, которые отмечаются у многих больных в миграционную фазу описторхоза, а также возникновение множественных очагов в печени.

References:

1. Chuelov S.B., Rossina A.L. Trematodozy pecheni, zhelchnykh i pankreaticheskikh protokov (invazii, vyzvannye pechenochnymi sosals'chikami) [Trematodiasis of the liver, bile and pancreatic ducts (invasions caused by liver flukes)]. *Detskie Infektsii=Children Infections*. 2020;19(3):26–33. (In Russ.) doi:10.22627/2072-8107-2020-19-3-26-33
2. Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing. Gosudarstvennyy doklad «O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya Rossiyskoy Federatsii v 2024 godu» [State report «On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population of the Russian Federation in 2024»] [Internet]. Moscow; 2025 Available from: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=30171 (In Russ.)
3. Bronshteyn AM, Burova SV, Malyshev NA, Davydova IV. Autochthonnye sluchai ostrogo opistorkhoza v Moskovskoy oblasti [Autochthonous cases of acute opisthorchiasis in the Moscow region]. *Epidemiologiya i Infektsionnye Bolezni*. 2020;25(5):228–232. (In Russ.) doi:10.17816/EID64211
4. Kovalenko FP, Chernikova EA, Mikhel'ev VYu, Shatveryan GA. Eksperimental'noe obosnovanie novoy kontseptsii stanovleniya invazii *Opisthorchis felineus* u okonchatel'nogo khozayaina [Experimental substantiation of a new concept of *Opisthorchis felineus* invasion establishment in the definitive host]. *Parazitologiya*. 2005;39(3):257–262. (In Russ.) Available from: https://www.zin.ru/journals/parazitologiya/content/2005/prz_2005_3_9_Kovalenko.pdf
5. Ter-Bagdasaryan LV, Sergeeva ON, Ratnikova LI. Trudnosti diagnostiki opistorkhoza v neendemichnom regione [Difficulties in diagnosing opisthorchiasis in a non-endemic region]. *Infektsionnye Bolezni: Novosti, Mneniya, Obuchenie*. 2025;14(1):112–122. (In Russ.) doi:10.33029/2305-3496-2025-14-1-112-122

Статья поступила 21.01.2026

Конфликт интересов: Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest: The authors confirmed the absence conflicts of interest, financial support, which should be reported