



# Возможные причины развития синдрома боли в правом подреберье: в фокусе описторхоз

Д.И. Трухан, М.Ю. Рожкова, Д.С. Иванова, Л.Ю. Трухан, В.В. Голошубина, Н.В. Багишева

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия  
dmitry\_trukhan@mail.ru

## Аннотация

Терапевту и врачу общей практики в реальной клинической практике часто приходится сталкиваться с «синдромом правого подреберья». Одной из возможных причин развития «синдрома правого подреберья» является описторхоз. Описторхоз – это природно-очаговый антропоозооз, вызываемый трематодой *Opisthorchis felineus*, который характеризуется вовлечением в паразитарный процесс, наряду с органами обитания паразитов, важнейших функциональных систем организма с латентным или клинически манифестным течением в острой и хронической стадиях, с различными вариантами их проявлений. Описторхоз из эндемической региональной патологии, вследствие активной миграции населения в современной России, становится всеобщей проблемой, с которой сегодня могут столкнуться в своей практической деятельности врачи в любом регионе страны. Рассмотрены актуальные аспекты клиники и диагностики описторхоза. В заключение приведены два клинических примера, которые демонстрируют целесообразность рассмотрения описторхоза как возможной причины развития «синдрома правого подреберья» при проведении дифференциальной диагностики как в эндемичных, так и в неэндемичных по описторхозу регионах.

**Ключевые слова:** синдром боли в правом подреберье, описторхоз, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.

**Для цитирования:** Трухан Д.И., Рожкова М.Ю., Иванова Д.С. и др. Возможные причины развития синдрома боли в правом подреберье: в фокусе описторхоз. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 10: 20–25. DOI: 10.47407/kr2021.2.10.00114

## Possible causes of pain syndrome development in the right hypochondrium: in the focus of opistorchosis

Dmitry I. Trukhan, Mariya Yu. Rozhkova, Dar'ya S. Ivanova, Larisa Yu. Trukhan, Viktoriia V. Goloshubina, Nataliya V. Bagisheva

Omsk State Medical University, Omsk, Russia  
dmitry\_trukhan@mail.ru

## Abstract

In real clinical practice, the therapist and general practitioner often have to deal with the "right hypochondrium syndrome". One of the possible reasons for the development of "right hypochondrium syndrome" is opistorchosis. Opistorchosis is a natural focal anthroozoonosis caused by the trematode *Opisthorchis felineus*, which is characterized by the involvement in the parasitic process, along with the parasite habitat, of the most important functional systems of the body with a latent or clinically manifest course in the acute and chronic stages, with various variants of their manifestations. Opistorchosis from an endemic regional pathology, due to the active migration of the population in modern Russia, is becoming a general problem that doctors in any region of the country may face in their practice today. The current aspects of the clinic and diagnosis of opistorchosis are considered. In the conclusion, 2 clinical examples are given that demonstrate the advisability of considering opistorchosis as a possible cause of the development of "right hypochondrium syndrome" when conducting differential diagnostics in both endemic and non-endemic regions for opistorchosis.

**Key words:** pain syndrome in the right hypochondrium, opistorchosis, clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis.

**For citation:** Trukhan D.I., Rozhkova M.Yu., Ivanova D.S. et al. Possible causes of pain syndrome development in the right hypochondrium: in the focus of opistorchosis. Clinical review for general practice. 2021; 10: 20–25. DOI: 10.47407/kr2021.2.10.00114

Терапевту и врачу общей практики в реальной клинической практике часто приходится сталкиваться с «синдромом правого подреберья». Пациенты при этом жалуются на боли, чувство тяжести и распирания в правом подреберье.

«Синдром правого подреберья» или «синдром боли в правом подреберье» чаще всего обусловлен наличием у пациента патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей [1–3]. При патологии билиарного тракта

причиной формирования клинической симптоматики и, прежде всего, боли в правом подреберье являются расстройства сократительной функции желчного пузыря, желчных протоков, сфинктеров или их тонуса, а также нарушение синхронности в работе желчного пузыря и сфинктерного аппарата [4, 5].

Реже причиной боли в правом подреберье является гепатомегалия любой этиологии. Боль в правом подреберье может отмечаться в клинической картине у паци-

ентов с патологией со стороны других органов пищеварительной системы (поджелудочной железы, желудка, кишечника), а также может сопровождать патологию почек, легких и грудной клетки и целом ряде других состояний и заболеваний [3, 6, 7].

### Описторхоз

Одной из возможных причин развития «синдрома правого подреберья» является описторхоз [8, 9].

Описторхоз (B66.0 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра) – зооантропонозный природно-очаговый биогельминтоз из группы трематодозов, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, преимущественно поражающий гепатобилиарную систему и поджелудочную железу, возбудителями которого являются *Opisthorchis felinus* и *Opisthorchis viverrini*. Путь передачи – пищевой, фактор передачи – рыба семейства карповых (сырая, малосоленая, вяленая, недостаточно термически обработанная). В острой стадии протекает с общими аллергическими явлениями, иногда с поражением внутренних органов, в хронической – с симптомами поражения билиарной системы, гастродуоденитом, панкреатитом [10].

Возбудителями описторхоза у человека служат три вида: *O. felinus* – приурочен к речным системам, занимающим пространство от бассейна реки Оби (по последним данным – реки Ангары) до западной оконечности Европы; *O. felinus arvicola* – бассейн реки Шидерты в Казахстане; *O. viverrini* – охватывает страны Южной и Юго-Восточной Азии [10].

Наиболее крупным эндемичным очагом описторхоза является Обь-Иртышский бассейн (в настоящее время охватывает более 10 краев и областей России и Казахстана), а мировым центром этой инвазии – Тобольск. Небольшие эндемичные очаги описторхоза находятся на Южном Урале, в бассейнах Волги и Камы, на Украине и в Прибалтике, в бассейнах Днепра, Днестра и Северной Двины (Даугавы) [11].

В целом в настоящее время сложились условия для формирования очагов и зарегистрированы местные случаи описторхоза в 26 субъектах Российской Федерации. В то же время в начале второго десятилетия XXI в. случаи описторхоза были зарегистрированы в 63 субъектах РФ [12]. В неэндемичных регионах заражение происходит при употреблении недостаточно термически обработанной рыбы, выловленной на эндемичных территориях, или регистрируются завозные случаи. Таким образом, описторхоз из эндемичной региональной патологии, вследствие активной миграции населения в РФ, становится всеобщей проблемой, с которой сегодня могут столкнуться в своей практической деятельности врачи в любом регионе нашей страны [7, 8].

Об актуальности проблемы описторхоза свидетельствует увеличение числа публикаций по этой проблеме. Так, по запросу «описторхоз» в научной электронной библиотеке eLibrary.Ru от 17.12.2021 за период 2010–2015 гг. найдены 274 источника, а за 2016–2021 гг. – 476 источников. Различным аспектам клиники, диаг-

ностики и лечения описторхоза посвящен целый ряд обзоров и исследований, опубликованных в последние годы [13–20]. Приходится сожалеть, что в eLibrary.Ru недостаточно публикаций по проблеме описторхоза, опубликованных в XX в.

Вопросы биологии возбудителя, его биологический цикл развития, патогенез и морфология описторхозной инвазии подробно изложены нами ранее [11] и не рассматриваются в рамках данной статьи. Отметим лишь, что наши исследования позволяют предполагать меньшую интенсивность инвазии у пациентов с наличием HLA антигенов A2 и B7 [21, 22].

### Клинические проявления описторхоза

Остановимся на клинических проявлениях описторхоза [7, 11]. Латентное течение как этап развития гельминтоза наблюдается при всех случаях острого описторхоза, а среди иммунных контингентов в эпидемическом очаге наблюдается довольно часто в хронической фазе.

При остром описторхозе первые клинические симптомы часто неспецифичны для паразитарной инвазии и сводятся к высокой лихорадке и тяжелой интоксикации с резкой головной болью, общей слабостью, судорожным синдромом. В периферической крови выявляется лейкоцитоз, высокая СОЭ и очень часто – эозинофилия. Нередко – большая эозинофилия крови (свыше 15%), может быть эозинофильная лейкомоидная реакция. С учетом эпидемиологического анамнеза это уже ориентирует врача на активный поиск описторхозной инвазии. Незнание этого приводит к ошибочной диагностике пневмонии, брюшного или сыпного тифа, вирусного гепатита, диффузного заболевания соединительной ткани, лейкоза, экссудативного плеврита и даже инфаркта миокарда [11].

Там, где преобладают симптомы лихорадки и интоксикации, следует думать о тифоподобном варианте. При явлениях гастроэнтероколита с тошнотой, обильной повторной рвотой речь должна идти о энтероколитическом варианте. Выступающие на первый план боли в правом подреберье, желтуха и гепатомегалия – холангитическом или холангиолитическом вариантах острого описторхоза.

При бронхолегочном варианте на первый план в клинической картине выходят кашель, боли в грудной клетке, одышка или приступы удушья, которые могут сопровождаться клиническими и рентгенологическими признаками наличия эозинофильных легочных инфильтратов.

При клинически манифестном хроническом описторхозе варианты его обозначаются по ведущему клиническому синдрому, который предопределен преимущественным нарушением функции той или иной системы организма. Хроническая стадия описторхоза может продолжаться десятилетиями, так как без реинвазии половозрелые особи (мариты описторхисов) могут оставаться жизнеспособными 30 и более лет. При этом периоды обострений с ухудшением самочувствия сме-

няются большей или меньшей продолжительности ремиссиями, т.е. полного или частичного благополучия.

Клиническая картина хронического описторхоза весьма полиморфна. Это обусловлено как индивидуальными особенностями пациента, так и интенсивностью инвазии и ее продолжительностью, а также ассоциацией с имеющейся висцеральной патологией. Давая характеристику клиники хронического описторхоза, наши учителя обозначали ее как «обезьяну» в гастроэнтерологии, акцентируя внимание на их способность к активному гримасничанью.

Выделяют несколько синдромов хронического описторхоза, которые встречаются изолированно или группами: боль в правом подреберье; абдоминальный болевой синдром; синдром гастродуоденальной диспепсии; синдром ангиохолецистита; синдром холангиолита; синдром панкреатита; астеновегетативный синдром; бронхоспастический (бронхообструктивный) синдром. Реже встречаются синдром длительного субфебрилитета и синдром артралгии.

При описторхозе, таким образом, могут развиваться патологические изменения во многих органах и системах за пределами обитания паразита. Объясняется это не только аллергической перестройкой организма, но и вовлечением в паразитарный процесс интегративных систем организма – нейроэндокринной и иммунной. Следовательно, можно рассматривать как системное заболевание, вызываемое трематодой *O. felinus*, паразитирующей в протоках печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, оказывающей механическое, аллергическое и нейрогенное воздействие с возможным присоединением вторичной инфекции, поражающей органы постоянного обитания паразита (желчевыводящие пути, желчный пузырь, поджелудочную железу), органы, расположенные на путях миграции (пищевод, желудок, тонкая кишка), а также интактные органы и системы.

### Диагностика описторхоза

Основой клинической диагностики всех форм острого и хронического описторхоза является тщательно собранный анамнез с указанием на употребление в пищу не подвергнутой достаточной кулинарной обработке речной рыбы семейства карповых из эндемичного очага этого паразита.

Определенным диагностическим ориентиром могут быть результаты реакции иммуноферментного анализа (ИФА) с описторхозным антигеном. Однако верификация диагноза описторхоза до настоящего времени остается основанной на гельминтологическом исследовании кала по Като–Миура (или методом уксусно-эфирного осаждения) и обнаружении яиц гельминтов или самих гельминтов в дуоденальном аспирате. Гельминтологические основания должны быть положены и в оценку эффективности проведенного специфического противопаразитарного лечения.

В общем анализе крови часто отмечается лейкоцитоз с эозинофилией периферической крови в пределах

5–7% при хроническом описторхозе и выше – при острым описторхозе.

Биохимические исследования выявляют отклонения показателей функции печени – белково-синтетической, углеводной, пигментной. Они диагностируются при обострении описторхоза – гиперферментемия (повышение аланинаминотрансферазы – АЛТ и аспаратаминотрансферазы – АСТ, гамма-глутамилтранспептидазы – ГГТП), диспротеинемия (гипоальбуминемия при гипергаммаглобулинемии), внутриспеченочного холестаза с повышением уровня щелочной фосфатазы, конъюгированного билирубина.

**Иммунологические исследования.** В настоящее время не вызывают сомнения и потому общепризнаны при хроническом описторхозе изменения параметров клеточного и гуморального иммунитета. Это используется в широкой клинической практике для раннего выявления острого описторхоза и иммунологической диагностики при хроническом течении инвазии в методике ИФА с описторхозным антигеном.

На территориях со средним и низким уровнем инвазированности населения описторхозисами целесообразно использовать комплекс методов, включающий исследование ИФА с описторхозным антигеном и двух- или трехкратное исследование кала двумя копроовоскопическими методами [23].

**Инструментальная диагностика.** Используются традиционные инструментальные методы оценки состояния органов пищеварения – эндоскопические, ультразвуковые, рентгенологические. При исследовании функции внешнего дыхания – симптомы скрытой, а затем выраженной бронхообструкции при бронхоспастическом синдроме.

Можно выделить следующий диагностический стандарт описторхоза:

- наличие характерных анамнеза и жалоб;
- наличие в общем анализе крови лейкоцитоза, преимущественно за счет увеличения количества эозинофилов;
- наличие в дуоденальном содержимом самих *O. felinus* и их яиц;
- наличие в кале яиц *O. felinus*;
- положительный тест реакции ИФА на описторхозные антигены.

Рассмотрим два клинических примера, в которых причиной развития «синдрома правого подреберья» у пациентов был острый и хронический описторхоз.

### Клинический пример 1

Пациент С, 43 лет, заболел остро, когда появились боли ноющего характера в правом подреберье, общая слабость, повышение температуры до 37,7 °С. Спустя 3 дня на фоне сохранения температуры около 38,0 °С отметил появление мочи «цвета крепкого чая», желтушное окрашивание кожи и склер и обратился к участковому терапевту.

При осмотре выявлено желтушное окрашивание кожи и склер, язык влажный, поверхность языка ярко-

красного цвета, блестящая, сосочки атрофированы. Живот не увеличен в размерах, симметричный, при пальпации передняя брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации болезненность в проекции желчного пузыря. При пальпации край печени определяется на 3 см ниже реберной дуги, средней плотности, острый, чувствительный. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания слабopоложительный справа.

Был осмотрен инфекционистом, диагноз вирусного гепатита был исключен. При сборе эпидемиологического анамнеза выяснилось, что неделю назад употреблял в пищу вяленую рыбу, приготовленную в домашних условиях.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований. Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $12,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 25%, СОЭ – 34 мм/ч. Биохимический анализ крови: АЛТ – 80 ед/л, АСТ – 64 ед/л, общий билирубин – 62,8 мкмоль/л, прямой – 44,1 мкмоль/л, амилаза крови – 60 ед/л, протромбиновый индекс (ПТИ) – 90%, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, маркеры вирусных гепатитов В и С – отрицательные.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Печень увеличена. Контур четкий, ровный, структура несколько неоднородная. Желчный пузырь болезненный при исследовании, увеличен в размерах (110×40 мм), стенка уплотнена, в полости – застойное содержимое.

При дальнейшем обследовании выявлены яйца описторхисов в дуоденальном аспирате. ИФА с описторхозным антигеном – выявлены антитела класса IgM в титре 1:400.

Комментарий: причиной развития «синдрома правого подреберья» является холангитический вариант острого описторхоза.

## Клинический пример 2

Пациентка К, 53 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на периодически возникающие боли и дискомфорт в правом подреберье, эпизодически отмечает тошноту, кожный зуд, повышение температуры тела до 37,4 °С, снижение аппетита и массы тела (на 4,5 кг за 2 мес), общую слабость, боли в мышцах и мелких суставах кистей рук.

Anamnesis morbi. Около 10 лет назад отмечалось периодическое повышение температуры тела до 37,5 °С, слабость, беспокоили боли в суставах, выявлено ускорение СОЭ – 25 мм/ч. Обследовалась на бруцеллез. Диагноз не подтвержден.

Присоединились симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта: периодически беспокоили боли и дискомфорт в правом подреберье, беспокоили горечь во рту, кожный зуд. Эпизоды субфебрилитета, сопровождающиеся общей слабостью. Около 3 мес назад усилилась слабость, вновь повысилась температура тела. Самостоятельно принимала ацетилсалициловую кислоту и эритромицин без эффекта. В общем анализе

крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты  $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $5,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 14%, СОЭ – 32 мм/ч.

Anamnesis vitae. Родилась и до 30 лет проживала в Ставропольском крае. Образование высшее. Работает в управляющей компании паспортисткой. Туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию отрицает.

Аллергологический анамнез: на пенициллин – крапивница. Употребляет в пищу речную и морскую рыбу. Вредные привычки, производственные вредности отрицает.

Status praesens. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Астенический тип конституции. Температура тела – 36,9 °С. Масса тела – 52 кг. Рост – 168 см. Слизистые субиктеричные. Кожа сухая с грязно-серым оттенком, со следами расчесов. Единичные сосудистые звездочки на груди, спине. Периферических отеков нет. Пальпируются шейные лимфатические узлы размером до горошины. Щитовидная железа пальпируется мягко-эластической консистенции, однородная, по классификации ВОЗ – 1-й степени. Молочные железы без очаговых образований. Кости при пальпации и перкуссии безболезненные. Конфигурация суставов не изменена, функция в полном объеме, болезненности при активных и пассивных движениях нет. Мышцы гипотрофичны, безболезненные, тонус снижен, сила сохранена. Пальпация остистых отростков позвоночника и паравертебральных точек безболезненная, объем движений в позвоночнике сохранен. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, одинаковый на симметричных участках. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений – 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 70 в минуту. Артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, налет желтовато-коричневого цвета на спинке языка, ограниченная желтушность по наружному краю мягкого неба. Живот в размерах не увеличен, симметричный, умеренно вздут. Передняя брюшная стенка мягкая, безболезненная. Жидкость в брюшной полости не определяется. При глубокой пальпации – чувствительный в правом подреберье. При перкуссии по Курлову размеры печени не увеличены, при пальпации край печени определяется на 1,0 см ниже реберной дуги, мягкий, острый, чувствительный. Симптомы Орнтера, Кера отрицательные. При надавливании в точке желчного пузыря отмечается болезненность. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований. Общий анализ крови: Hb – 122 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $6,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 15%, СОЭ – 48 мм/ч. Биохимический анализ крови: АЛТ – 49 ед/л, АСТ – 48 ед/л, сывороточное железо – 15,5 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 1263 ед/л, ГТПП – 384 ед/л, холестерин – 5,2 ммоль/л. Триглицериды –

0,85 ммоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, прямой – 4,1 мкмоль/л, амилаза крови – 55 ед/л, ПТИ – 85%, кальций сыворотки – 2,1 ммоль/л, общий белок – 73 г/л, альбумины – 49 г/л, гамма-глобулины – 29,8%, глюкоза крови – 5,4 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контур четкий, ровный, желчный пузырь увеличен в размерах (114×34 мм), стенка уплотнена, в полости – застойное содержимое.

При дальнейшем обследовании выявлены яйца описторхисов при просмотре копроматериала методом Като–Миура, а эфирно-уксусный метод дал отрицательный результат. ИФА с описторхозным антигеном – выявлены антитела класса IgG в титре 1:200.

## Литература / References

1. Трухан Д.И., Викторова И.А. Боль в правом подреберье: вопросы дифференциальной диагностики. Справочник поликлинического врача. 2012; 1: 33–7. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21810718> [Trukhan D.I., Viktorova I.A. Bol' v pravom podreber'e: voprosy differentsial'noi diagnostiki. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2012; 1: 33–7. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21810718> (in Russian).]
2. Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Боль в правом подреберье: диагностическая тактика врача общей практики. Справочник врача общей практики. 2013; 5: 22–8. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20469518> [Tarasova L.V., Trukhan D.I. Bol' v pravom podreber'e: diagnosticheskaya taktika vracha obshchei praktiki. Spravochnik vracha obshchei praktiki. 2013; 5: 22–8. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20469518> (in Russian).]
3. Трухан Д.И. Боль в правом подреберье: актуальные вопросы диагностики и лечения. Справочник поликлинического врача. 2015; 06–08: 27–32. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24391859> [Trukhan D.I. Bol' v pravom podreber'e: aktual'nye voprosy diagnostiki i lecheniia. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2015; 06–08: 27–32. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24391859> (in Russian).]
4. Трухан Д.И., Викторова И.А., Лялюкова Е.А. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. СПб.: СпецЛит, 2011. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22308744> [Trukhan D.I., Viktorova I.A., Lialukova E.A. Bolezni zhelchnogo puzyrja i zhelchevyvodiashchikh putei. Saint Petersburg: SpetsLit, 2011. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22308744> (in Russian).]
5. Трухан Д.И. Синдром правого подреберья. Медицинский вестник. 2015; 25: 12. URL: <https://lib.medvestnik.ru/articles/Sindrom-pravogo-podreberya.html> [Trukhan D.I. Sindrom pravogo podreber'ia. Meditsinskii vestnik. 2015; 25: 12. URL: <https://lib.medvestnik.ru/articles/Sindrom-pravogo-podreberya.html> (in Russian).]
6. Трухан Д.И., Филимонов С.Н. Дифференциальный диагноз основных гастроэнтерологических синдромов и симптомов. Moscow: Практическая медицина, 2016. URL: <https://search.rsl.ru/ru/record/01008522480> [Trukhan D.I., Filimonov S.N. Differentsial'nyi diagnoz osnovnykh gastroenterologicheskikh sindromov i simptomov. M.: Prakticheskaja meditsina, 2016. URL: <https://search.rsl.ru/ru/record/01008522480> (in Russian).]
7. Трухан Д.И., Викторова И.А., Иванова Д.С. Актуальные аспекты диагностики и лечения заболеваний билиарного тракта. Омск, 2019. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41202403> [Trukhan D.I., Viktorova I.A., Ivanova D.S. Aktual'nye aspekty diagnostiki i lecheniia zabolevani biliar'nogo trakta. Omsk, 2019. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41202403> (in Russian).]
8. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Гельминтозы: актуальные вопросы. Consilium Medicum. 2013; 12: 52–56. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21077548> [Trukhan D.I., Tarasova L.V. Gel'mintozy: aktual'nye voprosy. Consilium Medicum. 2013; 12: 52–56. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21077548> (in Russian).]
9. Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Гельминтозы и протозоозы в клинической практике терапевта. Справочник поликлинического врача. 2014; 3: 56–60. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21642738> [Tarasova L.V., Trukhan D.I. Gel'mintozy i protozoozy v klinicheskoi praktike terapevta. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2014; 3: 56–60. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21642738> (in Russian).]
10. Описторхоз у взрослых. Клинические рекомендации. Утверждены решением Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 г. URL: <http://nauka.x-pdf.ru/17raznoe/476268-1-klinicheskie-rekomendacii-opistorhoz-vzroslih-utverzheni-resheniem-plenuma-pravleniya-nacionalnogo-nauchnogo-obschestva.php> [Opistorkhoz u vzroslykh. Klinicheskie rekomendatsii. Utverzheny resheniem Plenuma pravleniia Natsional'nogo nauchnogo obshchestva infektsionistov 30 oktiabria 2014 g. URL: <http://nauka.x-pdf.ru/17raznoe/476268-1-klinicheskie-rekomendacii-opistorhoz-vzroslih-utverzheni-resheniem-plenuma-pravleniya-nacionalnogo-nauchnogo-obschestva.php> (in Russian).]
11. Трухан Д.И., Викторова И.А., Сафонов А.Д. Болезни печени. СПб.: Фолиант, 2010. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19551702> [Trukhan D.I., Viktorova I.A., Safonov A.D. Bolezni pečeni. Saint Petersburg: Foliant, 2010. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19551702> (in Russian).]
12. Эпидемиологическая ситуация по описторхозу в РФ и г. Москве. Профилактика описторхоза. URL: <http://77.rospotrebnadzor.ru/index.php/san-epid/40-2009-08-20-06-08-14/972-profilaktika> [Epidemiologicheskaja situatsiia po opistorkhozu v RF i g. Moskve. Profilaktika opistorkhoza. URL: <http://77.rospotrebnadzor.ru/index.php/san-epid/40-2009-08-20-06-08-14/972-profilaktika> (in Russian).]
13. Плотникова Е.Ю., Баранова Е.Н. Описторхоз: осложнения и проблемы лечения. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2018; 3: 14–8. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32867324> [Plotnikova E.Yu., Baranova E.N. Opistorkhoz: oslozhneniia i problemy lecheniia. Gastroenterologija Sankt-Peterburga. 2018; 3: 14–8. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32867324> (in Russian).]
14. Мальшенко О.С., Раскина Т.А., Волькова М.А. и др. Описторхоз – долгий путь к постановке диагноза. Клиническая медицина и фармакология. 2018; 4: 2–4. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36897154>

- [Malyshenko O.S., Raskina T.A., Volykova M.A. et al. Opisthorkhoz – dolgii put' k postanovke diagnoza. Klinicheskaiia meditsina i farmakologiya. 2018;4: 2–4. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36897154> (in Russian).]
15. Плотникова Е.Ю., Баранова Е.Н. Проблемы лечения описторхозной инвазии. РМЖ. Медицинское обозрение. 2018; 3: 53–56. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=34966579> [Plotnikova E.Yu., Baranova E.N. Problemy lecheniia opisthorkhoznoi invazii. RMZh. Meditsinskoe obozrenie. 2018; 3: 53–56. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=34966579> (in Russian).]
  16. Цуканов В.В., Тонких Ю.Л., Гилуик А.В. и др. Диагностика, клиника и лечение описторхоза. Доктор.Ру. 2019; 8 (163): 49–53. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-163-8-49-53 [Tsukanov V.V., Tonkikh Yu.L., Giliuk A.V. et al. Diagnostika, klinika i lechenie opisthorkhoza. Doktor.Ru. 2019; 8 (163): 49–53. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-163-8-49-53 (in Russian).]
  17. Бибик О.И. Описторхоз – актуальная проблема здравоохранения (обзор и анализ проблемы). Российский паразитологический журнал. 2020; 4: 38–49. URL: <https://doi.org/10.31016/1998-8435-2020-14-4-38-49> [Bibik O.I. Opisthorkhoz – aktual'naia problema zdravookhraneniia (obzor i analiz problemy). Rossiiskii parazitologicheskii zhurnal. 2020; 4: 38–49. URL: <https://doi.org/10.31016/1998-8435-2020-14-4-38-49> (in Russian).]
  18. Макарова Н.А., Меркулова С.А., Михайлова Д.С. Острая фаза описторхоза и ее отсроченная диагностика. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020; 178 (6): 186–9. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-186-189 [Makarova N.A., Merkulova S.A., Mikhailova D.S. Ostraiia faza opisthorkhoza i ee otsrochennaiia diagnostika. Eksperimental'naia i klinicheskaiia gastroenterologiya. 2020; 178 (6): 186–9. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-186-189 (in Russian).]
  19. Цуканов В.В., Горчилова Е.Г., Тонких Ю.Л. и др. Клинико-биохимическая характеристика больных с инвазией *Opisthorchis felineus*. Медицинский совет. 2021; 5: 62–67. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-5-62-67 [Tsukanov V.V., Gorchilova E.G., Tonkikh Yu.L. et al. Kliniko-biokhimicheskaiia kharakteristika bol'nykh s invaziei Opisthorchis felineus. Meditsinskii sovet. 2021; 5: 62–67. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-5-62-67 (in Russian).]
  20. Кучеря Т.В., Харитонов Л.А., Ашманов К.Ю., Мишкин А.А. Дифференциальный диагноз описторхоза желчного пузыря и холелитиаза у подростка. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021; 185 (1): 191–6. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-185-1-191-196 [Kucheria T.V., Kharitonova L.A., Ashmanov K.Yu., Mishkin A.A. Diferentsial'nyi diagnost opisthorkhoza zhelchnogo puzyrja i kholelitiaza u podrostka. Eksperimental'naia i klinicheskaiia gastroenterologiya. 2021; 185 (1): 191–6. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-185-1-191-196 (in Russian).]
  21. Трухан Д.И. Иммуногенетические аспекты патогенеза острого панкреатита. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2000; 1: 8–10. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26003038> [Trukhan D.I. Immunogeneticheskie aspekty patogeneza ostrogo pankreatita. Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2000; 1: 8–10. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26003038> (in Russian).]
  22. Трухан Д.И. Клинико-иммунологические варианты течения хронического панкреатита. Терапевтический архив. 2001; 2: 20–4. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26003132> [Trukhan D.I. Kliniko-immunologicheskie varianty techeniia khronicheskogo pankreatita. Terapevticheskii arkhiv. 2001; 2: 20–4. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26003132> (in Russian).]
  23. Старостина О.Ю., Панюшкина И.И. Сравнительная характеристика методов лабораторной диагностики описторхоза. Клиническая лабораторная диагностика. 2014; 4: 44–6. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21559692> [Starostina O.Yu., Paniushkina I.I. Sravnitel'naiia kharakteristika metodov laboratornoi diagnostiki opisthorkhoza. Klinicheskaiia laboratornaia diagnostika. 2014; 4: 44–6. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21559692> (in Russian).]

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Трухан Дмитрий Иванович** – д-р мед. наук, доцент, проф. каф. поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: [dmitry\\_trukhan@mail.ru](mailto:dmitry_trukhan@mail.ru). ORCID: 0000-0002-1597-1876

**Dmitry I. Trukhan** – D. Sci. (Med.), Prof., Omsk State Medical University. E-mail: [dmitry\\_trukhan@mail.ru](mailto:dmitry_trukhan@mail.ru); ORCID: 0000-0002-1597-1876

**Рожкова Мария Юрьевна** – канд. мед. наук, доцент каф. поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: [marroj@mail.ru](mailto:marroj@mail.ru)

**Mariya Yu. Rozhkova** – Cand. Sci. (Med.), Omsk State Medical University. E-mail: [marroj@mail.ru](mailto:marroj@mail.ru)

**Иванова Дарья Сергеевна** – канд. мед. наук, доцент каф. поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: [darja.ordinator@mail.ru](mailto:darja.ordinator@mail.ru); ORCID: 0000-0002-4145-7969

**Dar'ya S. Ivanova** – Cand. Sci. (Med.), Omsk State Medical University. E-mail: [darja.ordinator@mail.ru](mailto:darja.ordinator@mail.ru); ORCID: 0000-0002-4145-7969

**Трухан Лариса Юрьевна** – канд. мед. наук, врач-стоматолог. E-mail: [larissa\\_trukhan@mail.ru](mailto:larissa_trukhan@mail.ru); ORCID: 0000-0002-4721-6605

**Larisa Yu. Trukhan** – Cand. Sci. (Med.), dentist. E-mail: [larissa\\_trukhan@mail.ru](mailto:larissa_trukhan@mail.ru); ORCID: 0000-0002-4721-6605

**Голошубина Виктория Владимировна** – канд. мед. наук, доцент каф. поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: [vikulka03@mail.ru](mailto:vikulka03@mail.ru)

**Viktoriia V. Goloshubina** – Cand. Sci. (Med.), Omsk State Medical University. E-mail: [vikulka03@mail.ru](mailto:vikulka03@mail.ru)

**Багисьева Наталья Викторовна** – канд. мед. наук, доцент каф. поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: [pp100@mail.ru](mailto:pp100@mail.ru); ORCID: 0000-0003-3668-1023

**Nataliia V. Bagisheva** – Cand. Sci. (Med.), Omsk State Medical University. E-mail: [pp100@mail.ru](mailto:pp100@mail.ru); ORCID: 0000-0003-3668-1023

Статья поступила в редакцию / The article received: 20.12.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.12.2021