Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «2» октября 2026 года
Протокол №262

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ОПИСТОРХОЗ У ВЗРОСЛЫХ

I. Вводная часть

1.1. Код(ы) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) / Международной классификации болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11):

КодМКБ-10/МКБ-11	Наименование заболеваний и состояний
B66.0/ 1F84	Описторхоз

1.2 Дата разработки и пересмотра клинического протокола: 2015 год, (пересмотр 2026 год).

1.3 Сокращения, используемые в клиническом протоколе:

АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ГГТ	Гаммаглютамилтранспептидаза
ДНК	Дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖВП	Желчевыводящие пути
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
ИФА	Иммуноферментный анализ
КТ	Компьютерная томография
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
МКБ-11	Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье 11-го пересмотра
МРТ	Магнитно-резонансная томография
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
СОЭ	Скорость оседания эритроцитов
ССС	Сердечно-сосудистая система
УЗИ	Ультразвуковое исследование
УД	Уровень доказательности

ЭКГ	Электрокардиография
IgM	Иммуноглобулин класса М
IgG	Иммуноглобулин класса G

1.4 Пользователи клинического протокола: врачи-инфекционисты, врачи общей практики, терапевты, гастроэнтерологи, хирурги, аллергологи-иммунологи, дерматовенерологи, кардиологи, пульмонологи, неврологи, онкологи.

1.5 Категория пациентов: взрослые, беременные.

1.6 Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандоминизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

1.7 Термины и определения: [1]

Описторхоз (лат. opisthorchosis, англ. opisthorchiasis, франц.opisthorchiase) – природно-очаговый биогельминтоз с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя O. felineus, характеризующийся длительным течением и преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы.

1.8 Классификация заболевания или состояния:

Клиническая классификация: [1]

Инкубационный период — от момента заражения до первых симптомов (обычно 2-6 недель).

По форме:

1. Острый описторхоз (ранняя фаза) - от нескольких дней до 4-8 и более недель:

- бессимптомная форма;

-манифестная форма.
2. Хронический описторхоз (поздняя фаза).
3. Инаппарантная (субклиническая) форма описторхоза - случайное выявление эозинофилии при исследовании ОАК.

По степени тяжести:
- лёгкая;
- среднетяжёлая;
- тяжёлая.

Осложнения [2, 4, 5, 21,23]**:**
- гнойный восходящий холангит, холецистит;
- абсцессы печени;
- разрыв паразитарной кисты;
- перитонит;
- острый и хронический панкреатит;
- первичный рак печени.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

2.1. Диагностические критерии: [1-10,21,23]

Жалобы:

Острый описторхоз:

1. Бессимптомная форма: жалобы отсутствуют.

2. Манифестная форма:
- лихорадка от 3-4 дней до нескольких недель;
- тошнота, повторная рвота;
- вздутие живота;
- жидкий стул;
- спонтанные упорные боли в верхних отделах живота и в правом подреберье приступообразного характера;
- желтушность кожи и склер;
- кожный зуд;
- кожные высыпания;
- темная моча, светлый стул;
- кашель;
- боли в грудной клетке при дыхании;
- слабость;
- головная боль;
- снижение аппетита;
- заторможенность или возбуждение;
- бессонница;
- боли в мышцах конечностей;
- боли в суставах.

Хронический описторхоз:
- температура нормальная или субфебрильная;
- снижение аппетита;
- рвота;

- чувство тяжести и распирания в эпигастральной области;
- боли в правом подреберье;
- раздражительность, плаксивость, плохой и тревожный сон;
- снижение работоспособности, утомляемость;
-вегето-сосудистые кризы;
- диэнцефальные кризы;
-нервно-психические нарушения (ипохондрический, депрессивный, психопатический, психоастенический синдромы);
-отсутствие каких-либо жалоб при латентном течении хронической формы.

Анамнез:
острое начало болезни с повышением температуры.
Эпидемиологический анамнез:
- проживание больного в эндемичном по описторхозу районах, прилегающих к крупнейшему Обь-Иртышскому бассейну (область Абай, Восточно-Казахстанская, Павлодарская, Актюбинская, Акмолинская области);
- употребление в пищу сырой, недостаточно термически обработанной и слабопросоленной, мороженой (строганины) рыбы;
- принадлежность больного к группам населения, которые, согласно существующим национальным традициям, используют рыбу в качестве основного продукта питания, в том числе строганину;
- работники речного судоходства.

Физикальное обследование:
Острый описторхоз:
- лихорадка от 3-4 дней до нескольких недель;
- желтушность склер, кожи;
- экзантема уртикарная, макулопапулезная, розеолезная с локализацией на туловище (грудь, живот, спина),верхних конечностях, появляется в первую неделю заболевания, сохраняется 3-10 дней, затем бесследноисчезает;
- гепато-спленомегалия;
- положительные пузырные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси;
- вздутие, урчание живота;
- болезненность при пальпации живота в эпигастрии, правом подреберье;
- жидкий стул со слизью;
- темная моча, светлый стул;
- увеличение периферических и мезентериальных лимфоузлов;
- гиперемия зева, задней стенки глотки;
- астматоидный бронхит;
- острый миокардит;
- острый эпидермальный некролиз (синдром Лайелла);
- синдром Стивена-Джонсона;
- отек Квинке.
Хронический описторхоз:
- желтушность склер, кожи (при обострении);

- болезненность при пальпации живота в эпигастрии, правом, левом подреберьях;
- положительный левосторонний френикус-феномен;
- гепатоспленомегалия;
- положительные пузырные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси;
- землисто-серый цвет кожных покровов (при отсутствии желтухи);
- симптом «красных капелек» на коже (симптом Тужилина).

При латентном течении хронического описторхоза физикальные данные могут отсутствовать.

Лабораторные исследования:

Основная неспецифическая лабораторная диагностика:

ОАК: лейкоцитоз от умеренного до выраженного, эозинофилия (до 80-90%), снижение количества эритроцитов и гемоглобина, увеличение СОЭ. При хроническом течении инвазии содержание эозинофилов в пределах нормальных значений или умеренно повышено (10-20%).

ОАМ: незначительная альбуминурия, цилиндрурия.

Биохимический анализ крови: повышение уровня билирубина и его фракций, повышение активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) в 2-7 раз, повышение щелочной фосфатазы и ГГТ, снижение количества альбуминов и повышение гамма-глобулинов.

Копрологическое исследование: обнаружение яиц гельминта Opisthorchisfelineus и выявление воспалительных изменений и признаков мальабсорбции.

Основная специфическая лабораторная диагностика.

Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов:

- обнаружение яиц гельминта Opisthorchis felineus.

Микроскопическое исследование дуоденального содержимого:

- обнаружение яиц гельминта Opisthorchisfelineusв порциях дуоденального содержимого в порциях А(дуоденальное содержимое), В (пузырная желчь), С (желчь из внутрипеченочных протоков).

- ИФА: определение антител классов М, G (IgM, IgG) к Opisthorchis felineus в крови.

Дополнительная специфическая лабораторная диагностика:

ПЦР-диагностика — возможно использование в научных и специализированных лабораториях; в рутинной практике применяется ограниченно.

Инструментальные исследования:

Основные инструментальные исследования:

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, мезентериальных лимфоузлов, выявление осложнений заболевания (холецистит, панкреатит, цирроз печени, новообразования).

Дополнительные инструментальные исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия: выявление эрозивных и язвенных поражений верхнего отдела пищеварительного тракта, варикозного расширения вен пищевода при портальной гипертензии.
Компьютерная томография органов брюшной полости: выявление осложнений заболевания (холангит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, новообразования).
Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости: выявление осложнений заболевания (холангит, холецистит, панкреатит, цирроз печени, новообразования).
ЭКГ: выявление нарушений сократительной способности сердца, гипертрофии миокарда желудочков.

Консультация профильного специалиста с описанием показаний и цели консультации: [1]

- консультация гастроэнтеролога – для диагностики и лечения поражений ЖКТ, гепатобилиарной системы и поджелудочной железы;
- консультация хирурга – для определения показаний к хирургическому лечению при развитии хирургических осложнений (абсцесс печени, желчный перитонит и др.);
- консультация аллерголога-иммунолога – для диагностики и коррекции тяжелых токсико-аллергических реакций;
- консультация дерматовенеролога – для диагностики и лечения аллергических поражений кожи;
- консультация кардиолога – для диагностики и лечения поражений ССС, в том числе при симптомах миокардита;
- консультация пульмонолога – для диагностики и лечения бронхолегочных проявлений заболевания;
- консультация невропатолога – для диагностики и коррекции неврологических и нервно-психических расстройств (ипохондрический, депрессивный, психопатический, психоастенический синдромы);
- консультация онколога – для исключения или подтверждения онкологических осложнений (холангиокарцинома и др.) и определения дальнейшей тактики ведения пациента.

2.2 Алгоритм диагностики описторхоза:



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Вирусные гепатиты	Холестатический, цитолитический синдромы	ПЦР и серологическая диагностика	Значительное повышение АЛТ, АСТ, отсутствие эозинофилии, положительные серологические маркеры
Калькулезный холецистит	Желтушный, диспепсический синдромы	УЗИ органов брюшной полости	На УЗИ конкременты или моторная дисфункция, отсутствие эозинофилии, четкая связь с употреблением жирной пищи, наличие болевого синдрома
Кишечный иерсиниоз	Желтушный, диспепсический синдромы	Бактериологический метод Серологическая диагностика (РКА, РА, РИГА)	Нейтрофильный лейкоцитоз, диарея, пятнисто-папулезная сыпь в виде «перчаток и носков»
Токсокароз	Эозинофили	ИФА на токсокароз	Висцеральные поражения без билиарной локализации

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ. [1-3, 6-23]

Проводится при хронических формах описторхоза лёгкой и средней степени тяжести без осложнений, а также на реабилитационном этапе после стационарного лечения.

Цели лечения

- элиминация Opisthorchis felineus;
- купирование клинических симптомов заболевания, сокращение размеров печени и селезёнки, восстановление функции ЖКТ;
- нормализация показателей ОАК (эозинофилы) и биохимических показателей крови (билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза);
- предупреждение прогрессирования патологического процесса, обусловленного заболеванием;
- предупреждение развития осложнений;
- предупреждение формирования остаточных явлений, рецидивирующего и хронического течения заболевания.

3.1 Немедикаментозное лечение:

- Режим — общий (домашний).
- Лечебное питание — диета (механически и химически щадящая, ограничение жиров, исключение жареного, копчёного, острого).
- Обильное питьё: 20–40 мл/кг/сутки (чай, фруктовые и овощные соки, морсы, минеральная вода).

3.2 Медикаментозное лечение:

При назначении лечения учитывается фаза болезни, вариант течения с учётом всех клинических синдромов, степень тяжести и особенности организма (возраст, сопутствующие заболевания и т.д.), возможность супер- и реинвазии. Лечение проводится в три этапа:

I этап (от 5-7 дней до 2-3 недель) — подготовительная патогенетическая терапия.

Детоксикационная терапия:

- при легких и средних степенях тяжести заболевания: обильное питье из расчета 20-40 мл/кг жидкости в сутки в виде чая, фруктовых и овощных соков, морсов, минеральной воды.

Десенсибилизирующая терапия:

- кетотифен, таблетки 1 мг, перорально 2 раза в сутки (утром, вечером) [УД – С;
- или лоратадин, таблетки 10 мг, перорально 1 раз в сутки; курс 3–5 дней [УД – С];

Спазмолитические средства для обеспечения должного оттока из желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы:

- мебеверин, капсулы 200 мг, перорально 2 раза в сутки за 20 мин до еды; курс 1–3 мес [УД С];

или

- дротаверин, таблетки 40 мг или 80 мг, перорально 2–3 раза в сутки раствор 40 мг/2 мл, по 2–4 мл в сутки в/м [УД С].

При холестазе:

- урсодезоксихолевая кислота 250 мг, 10-15 мг/кг в сутки в 2-3 приема перорально, курс лечения от 1 до 3 месяцев [УД С].

С заместительной целью терапия ферментными препаратами:

- панкреатин, капсулы 10 000 ЕД / 25 000 ЕД, перорально 3-6 раз в сутки во время или после еды, запивая жидкостью, курс лечения от нескольких дней до месяцев [УД С].

II этап — специфическая химиотерапия (только после нормализации функции гепатобилиарной системы):

1. Препарат выбора:

Празиквантел: 25 мг/кг перорально 3 раза в сутки с интервалом 4-6 часов, одни сутки. При длительном хроническом течении болезни с выраженными изменениях в желчных протоках, при высокой паразитарной нагрузке и значительном количестве выявленных паразитов курс может быть увеличен до 2-3 последовательных дней [УД – А].

2. Альтернативный препарат (при непереносимости празиквантела или при его недоступности):

Альбендазол: 10 мг/кг/сутки перорально в 2 приема в течение 7 дней (прием с жирной пищей) [УД – В].

Через 3–4 часа после последнего приёма антигельминтного препарата— беззондовое (слепое) дуоденальное зондирование с минеральной водой, сорбитом или ксилитом.

III этап (курс до 3 мес.) — реабилитационная патогенетическая терапия (беззондовые тюбажи (1-я неделя 2–3 раза, далее 1–2 раза в неделю) или магния сульфат курсом 10 дней; спазмолитики по потребности, восстановление биоценоза кишечника, продолжение детоксикационной и десенсибилизирующей терапии).

Критерии смены терапии: отсутствие клинического ответа после завершения I этапа - продление подготовительной терапии или госпитализация; непереносимость, замена препарата на другой из той же фармакологической группы; неэффективность празиквантела (положительная копроовоскопия через 3 мес.), повторный курс через 4-6 мес. при условии нормальной функции гепатобилиарной системы.

Основные лекарственные средства:

Фармако-терапевтическая группа	МНН	Способ применения	УД
Первая линия лекарственного средства			
Антигельминтные (трематодоцидные)	Празиквантел (Praziquantel)	25 мг/кг перорально 3 раза в сутки с интервалом 4-6 часов, от 1 до 2-3 последовательных дней (прием с пищей)	A
Вторая линия лекарственного средства			
Антигельминтные (бензимидазолы)	Альбендазол (Albendazole)	10 мг/кг/сутки перорально в 2 приема в течение 7 дней (прием с жирной пищей)	B

Дополнительные лекарственные средства:

Фармако-терапевтическая группа	МНН	Способ применения	УД
Ненаркотические анальгетики	Парацетамол	таблетки 500мг, по 500 - 1000 мг перорально до 4 раз/сутки при необходимости	C
Желчные кислоты и их производные	Урсодезоксихолевая кислота	капсулы 10-15 мг/кг/сутки перорально в 2-3 приема, курс лечения от 1 до 3 месяцев	C
Блокатор Н1-гистаминовых рецепторов	Кетотифен	таблетки 1 мг, перорально 2 раза в сутки (утром, вечером), курс до купирования аллергических проявлений.	C
Блокатор Н1-гистаминовых рецепторов	Лоратадин	таблетки 10 мг, перорально 1 раз в сутки; курс 3-5 дней	C
Миотропный спазмолитик	Мебеверин	капсулы 200 мг, 2 перорально раза в сутки за 20 мин до еды; курс 1–3 мес.	C

Миотропный спазмолитик	Дротаверин	таблетки 40 мг или 80 мг, перорально 2-3 раза в сутки внутрь; раствор 40 мг/2 мл, по 2-4 мл в сутки в/м.	C
Полиферментный препарат	Панкреатин	капсулы 10 000 ЕД / 25 000 ЕД, перорально 3-6 раз в сутки во время или после еды.	C

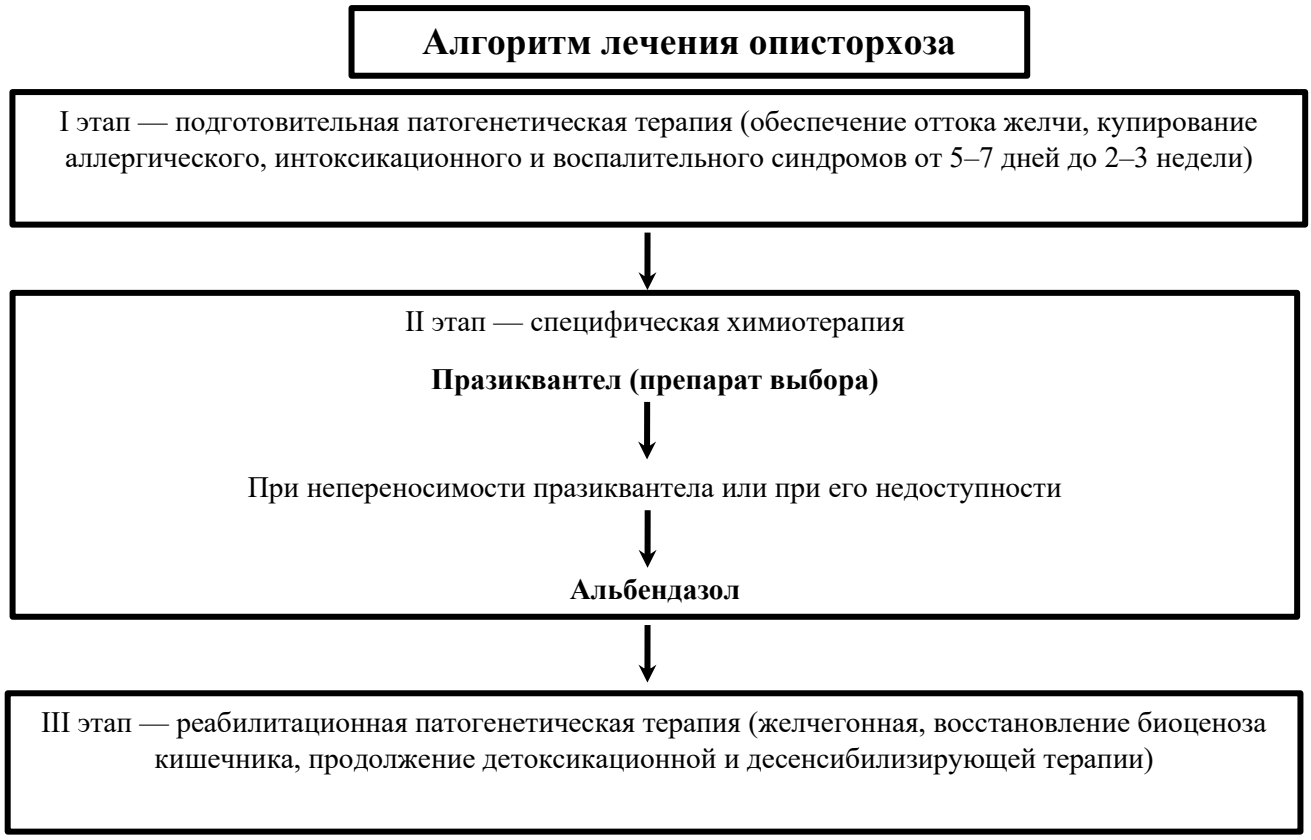
2. Особые клинические ситуации

Беременность и лактация

Первый триместр: избегать применения празиквантела и альбендазола (эмбриотоксичность/тератогенность в животных исследованиях)

Второй и третий триместр: Альбендазол разрешен по решению WHO (при отсутствии альтернатив).

Лактация: противопоказаний нет, но рекомендуется временно прекратить кормление грудью на 72 часа после приема празиквантела.



3.3. Хирургическое лечение:

В амбулаторных условиях хирургическое лечение не проводится. При развитии осложнений пациент госпитализируется в экстренном порядке для хирургического вмешательства в стационарных условиях.

4. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:[1]

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- острые формы описторхоза;
- хронические формы описторхоза с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями;

• случаи безуспешного амбулаторного лечения.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:
Больные с осложнениями описторхоза:
• инфицирование желчных путей (гнойный холангит);
• желчный перитонит;
• острый холецистит;
• острый панкреатит;
• подозрение на первичный рак печени (холангиокарцинома).

5. Тактика лечения в стационарных условиях [1-5,7-8,11-13,15-19,21-23]
5.1. Немедикаментозное лечение:
• Режим: стационарный (палатный / полупостельный в зависимости от тяжести).
• Лечебное питание: диета (механически и химически щадящая, ограничение жиров, исключение жареного, копчёного, острого).

5.2. Медикаментозное лечение:
При назначении лечения учитывается фаза болезни, вариант течения с учётом всех клинических синдромов, степень тяжести и особенности организма (возраст, сопутствующие заболевания и т.д.), возможность супер- и реинвазии. Лечение проводится в три этапа:

I этап (от 5-7 дней до 2-3 недель) - подготовительная патогенетическая терапия.
Детоксикационная терапия:
• при легких и средних степенях тяжести заболевания: обильное питье из расчета 20-40 мл/кг жидкости в сутки в виде чая, фруктовых и овощных соков, морсов, минеральной воды.
• при тяжелой степени заболевания, токсико-аллергических, гепатоцитотоксических реакциях: парентеральное введение кристаллоидов (0,9% раствор хлорида натрия) в общем объеме 800-1200 мл в течение 3-5 дней [УД В].

Десенсибилизирующая терапия:
• кетотифен, таблетки 1 мг, перорально 2 раза в сутки (утром, вечером) [УД С];
или
• лоратадин, таблетки 10 мг, перорально 1 раз в сутки; курс 3–5 дней [УД – С].

Спазмолитические средства для обеспечения должного оттока из желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы:
• мебеверин, капсулы 200 мг, перорально 2 раза в сутки за 20 мин до еды; курс 1-3 мес [УД С];
или
• дротаверин, таблетки 40 мг или 80 мг, перорально 2-3 раза в сутки раствор 40 мг/2 мл, по 2–4 мл в сутки в/м [УД С].

При холестазе:

- урсодезоксихолевая кислота 250 мг, 10-15 мг/кг в сутки в 2-3 приема перорально, курс лечения от 1 до 3 месяцев [УД С].

С заместительной целью терапия ферментными препаратами:

- панкреатин, капсулы 10 000 ЕД / 25 000 ЕД, перорально 3–6 раз в сутки во время или после еды, запивая жидкостью, курс лечения от нескольких дней до месяцев [УД С].

II этап – специфическая химиотерапия (только после нормализации функции гепатобилиарной системы):

1. Препарат выбора:

Празиквантел: 25 мг/кг перорально 3 раза в сутки с интервалом 4-6 часов, одни сутки. При длительном хроническом течении болезни с выраженными изменениях в желчных протоках, при высокой паразитарной нагрузке и значительном количестве выявленных паразитов курс может быть увеличен до 2-3 последовательных дней [УД А].

2. Альтернативный препарат (при непереносимости празиквантела или при его недоступности):

Альбендазол: 10 мг/кг/сутки перорально в 2 приема в течение 7 дней (прием с жирной пищей) [УД В].

Через 3-4 часа после последнего приёма антигельминтного препарата— беззондовое (слепое) дуоденальное зондирование с минеральной водой, сорбитом или ксилитом.

III этап (курс до 3 мес.) – реабилитационная патогенетическая терапия (беззондовые тюбажи (1-я неделя 2–3 раза, далее 1–2 раза в неделю) или магния сульфат курсом 10 дней; спазмолитики по потребности, восстановление биоценоза кишечника, продолжение детоксикационной и десенсибилизирующей терапии).

Критерии смены терапии: отсутствие клинического ответа после завершения I этапа, продление подготовительной терапии или госпитализация; непереносимость – замена препарата на другой из той же фармакологической группы; неэффективность празиквантела (положительная копроовоскопия через 3 месяц) – повторный курс через 4-6 месяц при условии нормальной функции гепатобилиарной системы.

Основные лекарственные средства:

Фармако-терапевтическая группа	МНН	Способ применения	УД
Первая линия лекарственного средства			
Антигельминтные (трематодоцидные)	Празиквантел (Praziquantel)	25 мг/кг перорально 3 раза в сутки с интервалом 4-6 часов, от 1 до 2-3 последовательных дней (прием с пищей)	А
Вторая линия лекарственного средства			

Антигельминтные (бензимидазолы)	Альбендазол (Albendazole)	10 мг/кг/сутки перорально в 2 приема в течение 7 дней (прием с жирной пищей)	B

Дополнительные лекарственные средства

Фармако-терапевтическая группа	МНН	Способ применения	УД
Ненаркотические анальгетики	Парацетамол	таблетки 500мг, по 500 - 1000 мг перорально до 4 раз/сутки при необходимости	C
Желчные кислоты и их производные	Урсо-дезоксихолевая кислота	капсулы 10-15 мг/кг/сутки перорально в 2-3 приема, курс лечения от 1 до 3 месяцев	C
Блокатор Н1-гистаминовых рецепторов	Кетотифен	таблетки 1 мг, перорально 2 раза в сутки (утром, вечером), курс до купирования аллергических проявлений.	C
Блокатор Н1-гистаминовых рецепторов	Лоратадин	таблетки 10 мг, перорально 1 раз в сутки; курс 3–5 дней	C
Миотропный спазмолитик	Мебеверин	капсулы 200 мг, 2 перорально раза в сутки за 20 мин до еды; курс 1–3 мес.	C
Миотропный спазмолитик	Дротаверин	таблетки 40 мг или 80 мг, перорально 2-3 раза в сутки внутрь; раствор 40 мг/2 мл, по 2-4 мл в сутки в/м.	C
Полиферментный препарат	Панкреатин	капсулы 10 000 ЕД / 25 000 ЕД, перорально 3-6 раз в сутки во время или после еды.	C
Изотонический раствор	Натрия хлорид	раствор 0,9% – 400 мл в/в капельно.	C
Глюкокортикостероид	Преднизолон	раствор 25 мг/мл или 30 мг/мл — в/в или в/м по показаниям.	B

2. Особые клинические ситуации

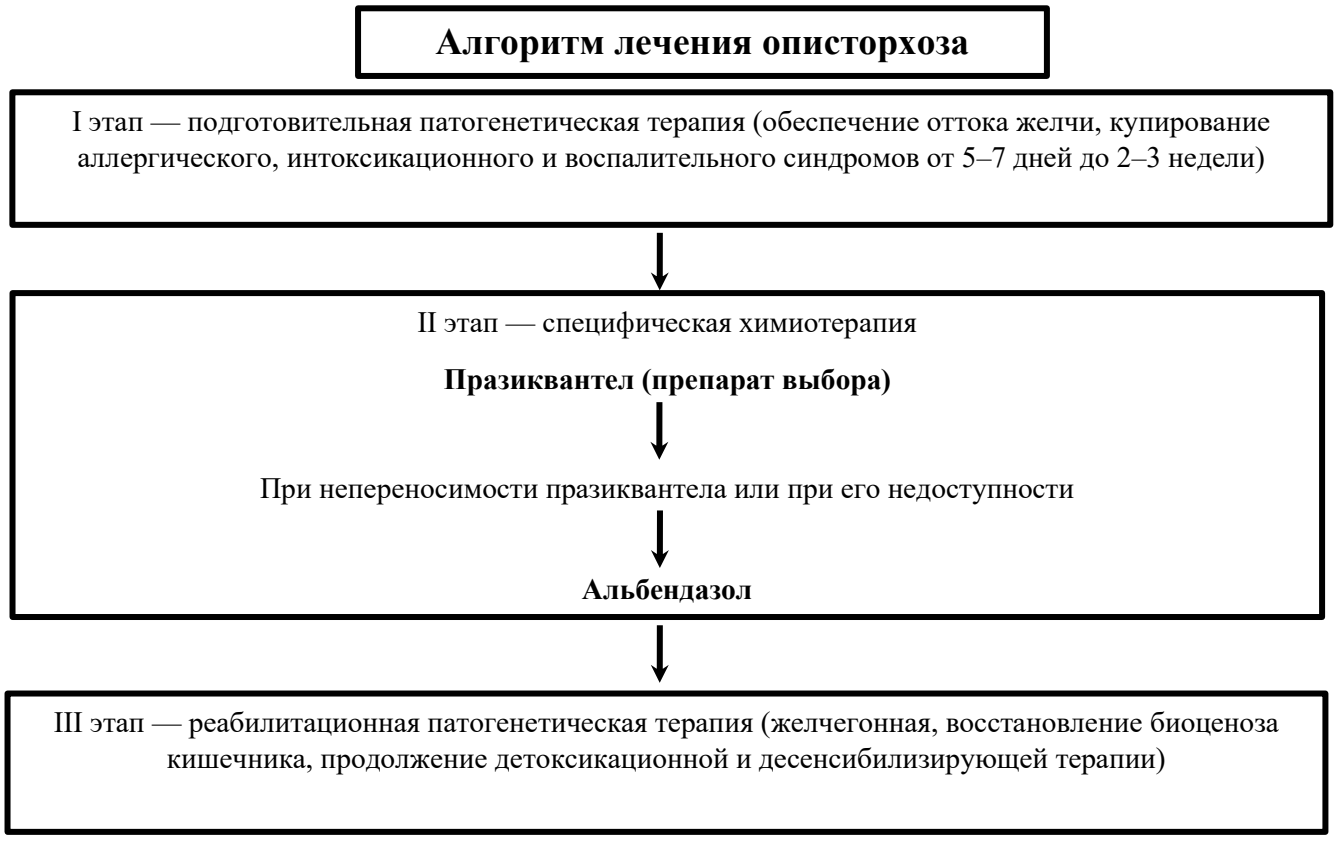
Беременность и лактация [4,8,11,15-16, 18]

Первый триместр: избегать применения празиквантела и альбендазола (эмбриотоксичность/тератогенность в животных исследованиях)

Второй и третий триместр: Альбендазол разрешен по решению WHO (при отсутствии альтернатив).

Лактация: противопоказаний нет, но рекомендуется временно прекратить кормление грудью на 72 часа после приема празиквантела.

Алгоритм лечения:



5.3. Хирургическое лечение: [1, 2, 21]

Показания: осложнённые формы описторхоза.

Методы хирургического вмешательства:

• холецистэктомия — при деструктивном холецистите, ЖКБ на фоне описторхоза;

• наложение холедоходуоденоанастомоза — при стриктурах желчевыводящих путей;

• наданастомозное дренирование — для последующей санации внепечёночных желчных протоков;

• резекция печени — при кистах печени;

• дренирование абсцессов печени;

• резекция паренхимных отделов поджелудочной железы с кистой — при кистах хвоста и тела ПЖ;

• резекция передней стенки кисты и криодеструкция оставшихся стенок — при кисте головки поджелудочной железы.

Анестезиологическое пособие: общая анестезия (комбинированный эндотрахеальный наркоз) — при полостных вмешательствах; регионарная или местная анестезия — при малоинвазивных манипуляциях (дренирование) по показаниям. Выбор метода — по заключению анестезиолога с учётом тяжести состояния, функции печени и сопутствующей патологии.

Риски и возможные осложнения: интра- и послеоперационное кровотечение, несостоятельность анастомоза, развитие желчного перитонита, нагноение раны, тромбоэмболические осложнения, реакции на анестезию.

В случаях, когда хирургическое лечение не показано, применяются методы медикаментозной и физиотерапевтической коррекции (микроволновая терапия, магнитотерапия — для спазмолитического, нейротрофического действия и улучшения микроциркуляции).

5.4. Дальнейшее ведение [1,2,4,5,21]

Диспансерное наблюдение пациентов, перенёсших описторхоз, осуществляется в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ) поликлиники или в гельминтном центре/кабинете в течение 1 года с контрольными обследованиями через 3, 6 и 12 месяцев после дегельминтизации.

Объём контрольного обследования:

- клинический осмотр врача-инфекциониста;
- общий анализ крови, общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза);

по показаниям - УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ЭКГ;

Хотя оптимальный подход к мониторингу холангиокарциномы неизвестен, может потребоваться ежегодное ультразвуковое исследование после лечения инфекции [УД В].

- копроовоскопия;
- исследование дуоденального содержимого — 3-кратно с интервалом 7 дней;
- ИФА - оценка снижения титров специфических антител.
- При длительной инфекции (>10 лет) - обязательное обследование на холангиокарциному (УЗИ, МРТ/КТ желчных протоков).
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) при обструкции желчных протоков.

Профилактическая, превентивная химиотерапия (массовая дегельминтизация) [4,7,19]

- **Условие:** распространенность инфекции >10% в популяции
- **Режим:** празиквантел 40 мг/кг перорально однократно, повторять каждые 12 месяцев.
- **Доступ:** программа пожертвований WHO-Bayer (бесплатное предоставление препаратов эндемичным странам)

Послеоперационное наблюдение: после хирургических вмешательств — стандартное ведение согласно профильным клиническим протоколам (абдоминальная хирургия); сроки снятия швов, контроль дренажей, контрольная УЗИ/КТ по показаниям. Клиническая реабилитация — при наличии резидуальных проявлений.

5.5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения.

Критерии эффективности: [2,5,23]

• отрицательные результаты исследования желчи и/или 3-кратной копроовоскопии с интервалом 7 дней (паразитологическая эффективность);
• снижение титров специфических антител в ИФА в динамике;
• нормализация клинических показателей: уменьшение/купирование болевого, диспепсического, аллергического синдромов; сокращение размеров печени и селезёнки;
• нормализация лабораторных показателей: эозинофилы ОАК, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза;
• отсутствие прогрессирования заболевания и послеоперационных осложнений.

Сроки оценки эффективности:

• ближайшая оценка — на момент выписки из стационара;
• контрольные точки — через 3, 6 и 12 месяцев после завершения дегельминтизации.

Перечень обязательных и дополнительных исследований для оценки эффективности и контроля безопасности:

• обязательные: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза), копроовоскопия 3-кратно, исследование дуоденального содержимого, УЗИ органов брюшной полости;
• дополнительные (по показаниям): ФГДС, ЭКГ, ИФА, МРТ/МРХПГ, КТ органов брюшной полости.

При неэффективности лечения создаётся мультидисциплинарная группа и/или консилиум специалистов (инфекционист, гастроэнтеролог, хирург, онколог по показаниям) для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

Мониторинг эффективности лечения:

Критерии излечения:

• отсутствие яиц паразита в кале через 3-6 месяцев после лечения (метод отстаивания);
• снижение уровня эозинофилии;
• регресс клинических симптомов (абдоминальная боль, диспепсия);
• **повторное лечение:** при сохранении яиц в кале через 3 месяца - повторный курс празиквантела в стандартной дозировке.

6. Организационные аспекты клинического протокола:

6.1. Наименование организации разработчика:

1) НАО «Национальный медицинский университет имени Төрегелді Шарманова»
2) НАО «Карагандинский медицинский университет имени П. Поспелова»
3) НАО «Медицинский университет Семей»
4) ГКП на ПХВ «Городской инфекционный центр» Управление общественного здравоохранения акимата города Астаны

6.2. Пофамильный список разработчиков клинического протокола с указанием квалификационных данных:

1) Кулжанова Шолпан Адлгазыевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней и фтизиатрии НАО «Национальный медицинский университет имени Төрегелді Шарманова», врач инфекционист высшая квалификационная категория.

2) Кошерова Бахыт Нургалиевна – доктор медицинских наук, профессор, Председатель Правления – Ректор НАО «Карагандинский медицинский университет имени П. Поспелова», главный внештатный взрослый инфекционист Министерства здравоохранения Республики Казахстан, врач инфекционист высшая квалификационная категория.

3) Ахмадьяр Нуржамал Садыровна – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии НАО «Национальный медицинский университет имени Төрегелді Шарманова», врач клинический фармаколог высшая квалификационная категория.

4) Маукаева Сауле Боранбаевна – кандидат медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней, дерматовенерологии и иммунологии НАО «Медицинский университет Семей», врач инфекционист высшая квалификационная категория.

5) Бейсенбиева Назира Есенбаевна – доктор PhD, доцент кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии НАО «Национальный медицинский университет имени Төрегелді Шарманова», врач инфекционист высшая квалификационная категория.

6) Муковозова Лидия Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней, дерматовенерологии и иммунологии НАО «Медицинский университет Семей», врач инфекционист высшая квалификационная категория.

7) Смаил Ербол Муслимович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней, дерматовенерологии и иммунологии НАО «Медицинский университет Семей».

8) Атыгаева Сауле Кабиевна – кандидат медицинских наук, заместитель директора по лечебной работе ГКП на ПХВ «Городской инфекционный центр» Управление общественного здравоохранения акимата города Астаны, главный внештатный инфекционист Управления общественного здравоохранения акимата города Астаны, врач инфекционист высшая квалификационная категория.

9) Нурахметова Гаухар Ануарбековна – ассистент кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии НАО «Национальный медицинский университет имени Төрегелді Шарманова», врач инфекционист высшая квалификационная категория.

10) Омарбеков Ардак Жарылкасынович – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор научно-образованного центра хирургии имени профессора Г.В. Цоя НАО «Национальный медицинский университет имени Төрегелді Шарманова», врач хирург высшая квалификационная категория.

6.3 Информация о наличии/отсутствия конфликта интересов: нет.

6.4. **Данные рецензентов:**

1) Абуова Гульжан Наркеновна – доктор медицинских наук, профессор, АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», заведующая кафедрой инфекционных болезней и дерматовенерологии.
2) Досхожаева Сауле Темирбулатовна – доктор медицинских наук, ассоциированный профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней, ТОО «Научно-исследовательский международный институт последипломного образования».
3) Баешева Динагуль Аяпбековна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней НАО «Национальный медицинский университет имени Төрегелді Шарманова», главный внештатный детский инфекционист Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Председатель РОО «Общество врачей инфекционистов».

6.5. Указания условий пересмотра клинического протокола:
1) пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности;
2) включение/исключение лекарственных средств в соответствии с рекомендациями Формулярной комиссии.

6.6. Список использованной литературы:
1. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М., 2023; 1104 с.
2. Qian M-B, Keiser J, Utzinger J, Zhou X-N. Clonorchiasis and opisthorchiasis: epidemiology, transmission, clinical features, morbidity, diagnosis, treatment, and control. Clin Microbiol Rev 2024; 37:e0000923.
3. Fedorova OS, Fedotova MM, Zvonareva OI, et al. Opisthorchis felineus infection, risks, and morbidity in rural Western Siberia, Russian Federation. PLoSNegl Trop Dis 2020; 14:e0008421.
4. WHO. Report of the WHO Expert Consultation on Foodborne Trematodiases (Clonorchiasis, Opisthorchiasis, and Paragonimiasis). World Health Organization expert report, 2023.
5. CDC. Clinical Overview of Opisthorchis (liver flukes). CentersforDiseaseControlandPrevention; 2024 (клиническое руководство по диагностике и лечению описторхоза) https://www.cdc.gov/liver-flukes/hcp/clinical-overview-opisthorchis/index.html.
6. CDC. Clinical Overview of Clonorchis | Liver Flukes. 2024. https://www.cdc.gov/liver-flukes/hcp/clinical-overview-clonorchis/index.html.
7. WHO. Supporting countries in their foodborne trematode infections control efforts. 2025. https://www.who.int/activities/supporting-countries-in-their-foodborne-trematode-infections-control-efforts
8. WHO-PQ. Recommended Patient Information Leaflet: Praziquantel. 2024. https://extranet.who.int/prequal/sites/default/files/whopar_files/nt011part3v2.pdf
9. UK Guidelines for the Investigation and Management of Eosinophilia in Returning Travellers and Migrants. Journal of Infection, 2025. https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(24)00262-7/fulltext

10. Wiki Tropica. State of the Art Treatment of Tropical Diseases. Version July 2024. https://wikitropica.org/wp-content/uploads/2024/08/SotA_July_2024.pdf
11. Mayo Clinic. Praziquantel (oral route) — Proper Use. 2024. https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/praziquantel-oral-route/description/drg-20065610
12. Drugs.com. Praziquantel Dosage Guide. 2026. https://www.drugs.com/dosage/praziquantel.html
13. Medscape. Biltricide (praziquantel) dosing, indications, interactions. 2024. https://reference.medscape.com/drug/biltricide-praziquantel-342666
14. Medscape. Intestinal Flukes Treatment & Management. 2023. https://emedicine.medscape.com/article/219662-treatment
15. GSK. Zentel (Albendazole) Prescribing Information. https://assets.gskstatic.com/pharma/PM-PI_portal/Uganda/zentel_tablets_ug.pdf
16. Rwanda FDA. Aldaz (Albendazole 400 mg) Summary of Product Characteristics. 2024. https://rwandafda.gov.rw/wp-content/uploads/2024/02/ALDAZ%20400%20-%20Albendazole%20400%20mg%20Chewable%20Uncoated%20Tablets%20-%20SmPC.pdf
17. Drugs.com. Albendazole Dosage Guide. 2025. https://www.drugs.com/dosage/albendazole.html
18. MSF Medical Guidelines. Albendazole oral. 2024.https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/EssDr/english/albendazole-oral-16684993.html
19. WHO. Donated NTD medicines and health products by disease. 2025. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ntds/neglected-tropical-diseases-non-disease-specific/ntd-medicine-donation.pdf
20. Taylor-Robinson DC et al. Shortage of praziquantel in Europe: a clarion call for urgent action. 2025. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12329531/
21. Pal M. Current Understanding on Opisthorchiasis. International Journal of Veterinary and Public Health. 2025. https://ijvph.org/wp-content/uploads/2025/01/03.-Rev_Pal_IJVPH-42.pdf
22. Cleveland Clinic. Liver Fluke: Fascioliasis, Causes, Symptoms & Treatments. 2024. https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/liver-fluke
23. CDC. About Opisthorchis | Liver Flukes. 2024. https://www.cdc.gov/liver-flukes/opisthorchis/index.html.