

Клинический случай

УДК 616-002.8/9

<https://doi.org/10.24866/3033-5485/2025-3/5-12>

Необычный случай сочетанной паразитарной инвазии кишечной и внекишечной локализации у ребенка

Анастасия Анатольевна Черникова^{1,2,✉}, Ольга Геннадьевна Кладкевич³,
Владимир Юрьевич Докучаев⁴, Светлана Николаевна Бениова^{1,2}

¹ Дальневосточный федеральный университет, Владивосток, Российская Федерация

² Краевая клиническая больница № 2, Владивосток, Российская Федерация

³ Владивостокская детская поликлиника № 5, Владивосток, Российская Федерация

⁴ Артёмовская детская больница, Артём, Российская Федерация

✉ tai359t@mail.ru

Аннотация. Зоонозные гельминтозы распространены повсеместно. В связи с этим цель работы – демонстрация необычного клинического случая паразитарной инвазии кишечной и внекишечной локализации, протекавшего под маской вирусного гепатита, у ребёнка. При клинико-лабораторном наблюдении отмечалось нетипичное начало заболевания с гипертермии, пожелтения кожных покровов с повышением активности печёночных ферментов и определения Ig класса G к токсокарам и аскаридам на фоне анемии железодефицитной лёгкой степени тяжести. В нашем наблюдении удалось достичь быстрого восстановления функции печени. Гиперферментемия была купирована в течение двух недель с момента поступления пациента в стационар. Через 20 дней от начала заболевания наблюдалось отчетливое улучшение самочувствия, что позволило выписать пациента на амбулаторное долечивание.

Ключевые слова: токсокароз, аскаридоз, гепатит, дети, паразитарные болезни, анемия

Для цитирования: Черникова А.А., Кладкевич О.Г., Докучаев В.Ю., Бениова С.Н. Необычный случай сочетанной паразитарной инвазии кишечной и внекишечной локализации у ребёнка // Клиническая и фундаментальная медицина. 2025. Т. 1, № 3. С. 5–12.

Clinical case

An unusual case of combined parasitic invasion of intestinal and extraintestinal localization in a child

Anastasia A. Chernikova^{1,2,✉}, Olga G. Kladkevich³, Vladimir Yu. Dokuchaev⁴, Svetlana N. Beniova^{1,2}

¹ Far Eastern Federal University, Vladivostok, Russian Federation

² Regional Clinical Hospital No. 2, Vladivostok, Russian Federation

³ Vladivostok Children's Polyclinic No. 5, Vladivostok, Russian Federation

⁴ Artemovskaya Children's Hospital, Artem, Russian Federation

✉ tai359t@mail.ru

Abstract. Zoonotic helminthiases are widespread. In this regard, the aim of the work is to demonstrate an unusual clinical case of parasitic invasion of intestinal and extraintestinal localization, occurring under the guise of viral hepatitis, in a child. Clinical and laboratory observation revealed an atypical onset of the disease with hyperthermia, yellowing of the skin with an increase in the activity of liver enzymes and determination of Ig class G to toxocara and ascaris against the background of mild iron deficiency anemia. In our observation, we managed to achieve rapid recovery of liver function. Hyperfermentemia was stopped within two weeks

from the moment the patient was admitted to the hospital. 20 days after the onset of the disease, a clear improvement in well-being was observed, which allowed the patient to be discharged for outpatient follow-up treatment.

Keywords: toxocariasis, ascariasis, hepatitis, children, parasitic diseases, anemia

For citation: Chernikova A.A., Kladkevich O.G., Dokuchaev V.Yu., Beniova S.N. An unusual case of combined parasitic invasion of intestinal and extraintestinal localization in a child. *Clinical and Fundamental Medicine*, 2025, vol. 1, no. 3, pp. 5–12. (In Russ.).

Зоонозные гельминтозы распространены повсеместно. Лидирующую позицию занимает токсокароз (Тохосарозис), который вызывается личинками токсокар и протекает с поражением и внутренних органов, и глаз [1, 2]. Выделяют среди токсокар гельминты, поражающие семейство псовых *Toxocara canis*, и несколько реже встречается возбудитель *mystax*, паразитирующий у семейства кошачьих. Инфицированность собак в отдельных регионах России доходит до 100%, кошек – до 44%. В России заболеваемость населения токсокарозом остаётся на достаточно высоких цифрах. По ежегодным сводкам, в стране выявляется до 5 тысяч случаев токсокароза. Среди других зоонозных гельминтозов, которые подлежат регистрации, он занимает второе место по распространённости. Приморский край не исключение в этой печальной статистике, и случаи данного заболевания регистрируются во всех субъектах региона. Причина этого повсеместного выявления – загрязнения внешней среды токсокарами [2]. Заболевание зачастую скрывается под другой соматической патологией, в связи с чем часть форм остаётся нераспознанной и не фиксируется в официальной статистике [3, 4]. Заболевание характеризуется достаточно тяжёлым, часто длительным, иногда непрерывно рецидивирующим течением, с крайним полиморфизмом клиники, что обусловлено миграцией личинок токсокар в различные ткани и органы [1, 5].

Актуальность. Значимость вклада токсокароза в статистику заболевания гельминтозами у людей в Приморском крае высока, так как каждый случай регистрируется в официальных статистических отчётах и звучит в официальном государственном докладе. Но истинные цифры заболеваемости при данной инвазии, на наш взгляд, значительно выше официального статистического показателя. Этому есть несколько причин: недостаточная настороженность врачей-терапевтов и педиатров к данной нозологии, недостаточно широкое использование серологических тестов при проведении дифференциальной диагностики и профилактического обследования групп риска. В Приморском крае отмечается высокая контаминация яйцами токсокар объектов окружающей среды. Ветреная погода способствует распространению яиц токсокар в окружающей среде из фекалий животных на большие территории. При прогулках взрослые и дети вдыхают этот аэрозоль и инвазируются. С каждым годом растёт численность семей, которые держат в семье домашнего питомца, а поражённость токсокарами собак, которые являются окончательным хозяином токсокароза, очень высока. Рост числа собак в городах, их высокая поражённость токсокарами ведёт к повышению числа случаев заболевания среди населения.

Дополнительно следует отметить, что яйца токсокар оседают в почве и со сточными водами переносятся повсеместно, обсеменяя покосы для животных, различные природные объекты, садово-огороднические участки, усиливая антропогенную нагрузку на окружающую среду. Причиной заражения у людей также может быть склонность к употреблению в пищу

немых фруктов и овощей с грядки. Для некоторых детей свойственно поедание почвы (геофагия), а также привычка грызть ногти (онихофагия). Яйца токсокар способны создавать донные отложения в водоёмах, используемых для летнего купания [6]. Но заражение человека может произойти и в других условиях. В связи с тем, что к промежуточным хозяевам паразита относятся домашние млекопитающие, а также птицы, описаны случаи заболевания населения после употребления в пищу вяленого мяса или строганины, приготовленных из сырой говядины, баранины, курицы, а также утиной печени [7, 8]. В литературе описаны казуистические случаи трансплацентарного заражения младенца [1].

Цикл развития токсокар хорошо известен. После попадания яиц гельминта в организм человека в начальном отделе тонкого кишечника происходит процесс превращения их в личиночную стадию паразита. Вылупившиеся личинки активно пробуравливают слизистую оболочку кишки, затем попадают в кровоток и с ним разносятся в различные паренхиматозные органы: в лёгкие, печень, поджелудочную железу, реже в глаза, в головной мозг. В месте внедрения в органе-мишени формируются гранулемы с развитием не только хронического воспаления, а также развития геморрагий и даже некрозов [5, 7].

Токсокароз может проявляться значительной вариабельностью жалоб и клинических симптомов, поэтому для врача на амбулаторном приёме достаточно трудно провести дифференциально-диагностический поиск ввиду ограниченности времени приёма пациента и ориентированности в большинстве случаев на банальную соматическую патологию [4, 6, 8]. Проявления гельминтоза зависят в первую очередь от локализации личинок паразитов, интенсивности инвазии и непременно от характера иммунного ответа хозяина. В современной классификации выделяют висцеральную, глазную и комбинированную форму токсокароза.

При висцеральном токсокарозе начало заболевания постепенное. Пациенты жалуются на повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр с длительностью лихорадочного периода от 2 недель до 1 года. Поэтому с вышеуказанными жалобами пациента чаще всего направляют к врачу-инфекционисту. В связи с тем, что часто имеют место гастроинтестинальные проявления (боли в животе без чёткой локализации, изменение аппетита, постоянная тошнота, периодическая рвота, неустойчивый характер стула), пациент становится на учёт к гастроэнтерологу и проходит большое количество различных лабораторных и инструментальных видов исследования. При проведении эзофагодуоденоскопии у пациента могут быть признаки гастродуоденита. При жалобах на упорный кашель больному назначают проведение рентгенографии органов грудной клетки. Следует отметить, что на снимках могут быть признаки бронхита, бронхопневмонии, в виде усиления лёгочного рисунка за счёт периваскулярных, перибронхиальных уплотнений и инфильтративных изменений, что потребует госпитализации в пульмонологическое отделение. Большую часть пациентов беспокоят полиморфные высыпания на коже, которые расценивают как проявления дерматита, но, несмотря на терапию эмолянтами и антигистаминными препаратами, они рецидивируют и не поддаются стандартному лечению. Токсокароз головного мозга – редкая патология и чаще встречается у лиц с иммунодефицитами. Церебральная симптоматика проявляется судорогами, эпилептиформными припадками, параличами, парезами, изменениями в поведении. Общим во всех этих случаях является реакция со стороны периферической крови – в гемограмме обнаруживается развитие анемии с выраженным лимфоцитозом и эозинофилией в лейкоцитарной формуле.

Токсокароз глаз – в основном проблема, характерная для детей. Данная патология протекает без интоксикации, лихорадки и специфической эозинофилии в крови. Основная причина обращения к офтальмологу – необъяснимое снижение остроты зрения, а также выпадение части поля зрения, которые родители связывают с частым использованием ребёнком гаджетов, и зачастую визит к врачу бывает отложенным. Первая помощь ребёнку – это изъятие сотового телефона у детей и строгий родительский контроль. Поскольку при этой форме в патологический процесс вовлекается только глаз, других жалоб не бывает. Тактика врача-офтальмолога при подозрении на токсокароз глазного яблока – экстренное проведение офтальмоскопии. При данном инструментальном исследовании специалист может обнаружить в стекловидном теле личинки токсокар, также их наличие по периферии сетчатки, в области зрительного нерва или в макулярной области. Нелеченый токсокароз с поражением зрительного нерва – это всегда односторонняя слепота. В запущенных случаях происходит имбиция лимфоцитами, эозинофилами и плазматическими клетками как диска, так и окружающей сетчатки.

При комбинированном токсокарозе происходит сочетание клинических проявлений токсокароза глаз и внутренних органов. Чаще первым поражается глаз. Комбинированный токсокароз, как правило, связан с повторным заражением ребёнка с уже существующим токсокарозным поражением органа зрения. В клиническом анализе крови отмечается эозинофилия.

Лабораторная диагностика. В настоящее время достоверный метод верификации диагноза – это обнаружение иммуноглобулинов класса IgG в сыворотке крови. Этиологический диагноз заболевания подтверждает наличие повышенного уровня специфических антител к *Toxosaga canis* у лиц с характерным симптомокомплексом: наличие характерного эпиданмнеза, эозинофильный тип лейкоцитарной реакции, явления бронхита, рецидивирующая бронхиальная астма неясного генеза, лимфаденопатия, гепатомегалия, уртикарная сыпь торпидная к стандартной терапии на фоне эозинофилии крови. При комбинированных формах в серологических тестах титры с антигенами токсокар значительно повышены и составляют 1:800 и более [4, 8].

С целью демонстрации разнообразия клинических симптомов приводим собственное наблюдение случая токсокароза у мальчика 8 лет. Информированное согласие родителей получено и вклеено в медицинскую документацию.

Клиническое наблюдение

Мальчик К., 8 лет, заболел остро 04.01.22 года, когда появилась температура до фебрильных цифр, максимально до 40,0 °С, пожелтение кожных покровов, однократно рвота, выраженная слабость, вялость, отказ от еды, жёлтый цвет лица. Обратились к участковому педиатру, получали лечение: арбидол, амоксициллин. Без улучшения. На 5-й день болезни было дано направление на госпитализацию, бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приёмный покой КГБУЗ «Артёмовская детская больница».

Анамнез жизни. Ребёнок от 1-й беременности, срочных родов. Родился доношенный с весом 3600 и ростом 52 см. Период новорождённости протекал без особенностей. Вскармливание грудное с рождения до 1 года. Голову держит с 1,5 месяцев, сидит с 8 месяцев, ходит с 13 месяцев, прорезывание зубов – с 12 мес. Аллергоанамнез не отягощён. Травм, операций не было. Болеет ОРИ редко. Со слов мамы, профилактические прививки сделаны по возрасту. Рубчик БЦЖ – 5 мм.

Эпидемиологический анамнез. Ребёнок проживает в частном доме, в доме централизованный водопровод, пьют сырую воду из-под крана, покупную бутылированную воду. В эпид. анамнезе «собачий» фактор – в доме живут собаки. Во дворе домашние животные: баран, коза, гуси. В бассейне, аквапарке не был. Сырое коровье и козье молоко не пьёт. Пьёт только «молоко в коробках покупное». Из колодца, скважин не пил. Кушал за несколько дней до заболевания домашнее мясо индейки и крупного рогатого скота (со слов, ели все, термически обработанное хорошо, домашние животные не болели). Мясо диких животных не ели. В семье трое детей. Дома, со слов матери, все здоровы. Мальчик неорганизованный, на домашнем обучении. Переехали с семьёй из Ставропольского края в Приморье 3 года назад. За пределы Приморья и РФ не выезжали, ковид 19 и гриппом в ближайшие 14 дней никто не болел. Папа и дед работают во всех уголках Приморского края, занимаясь торговлей.

При поступлении состояние ребёнка средней степени тяжести, за счёт интоксикации, кожного синдрома. Рост – 125 см, 4 коридор (50% рц). Вес – 26 кг. Развитие гармоничное, 4 коридор (50% рц). Физическое развитие среднее, гармоничное. Самочувствие соответствует заболеванию. Аппетит резко снижен, воду пьёт активно. Ребёнок вялый, адинамичный. Телосложение: правильное, питание: удовлетворительное. Костно-мышечная система без видимых уродств и деформаций. Форма головы: правильная. Грудная клетка: цилиндрическая. Кожные покровы: с желтушным оттенком, сухие, сыпи нет. Выражена инъецированность сосудов склер («кроличьи глаза»). Тургор тканей, эластичность кожи сохранены. Видимые слизистые умеренно влажные, в зеве неяркая гиперемия дужек, язычка, задней стенки глотки. Миндалины умеренно гипертрофированы, увеличены до 1 ст., налётов нет. Периферические лимфоузлы: не пальпируются. Носовое дыхание свободное. ЧД – 19 в 1 мин. Одышки нет. Перкуторно над лёгкими: ясный лёгочный звук. Аускультативно дыхание: везикулярное, хрипов нет. Органы кровообращения: АД – 100/65 мм рт. ст., пульс – 105 в 1 мин. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, тоны сердца: громкие, ритмичные. Органы пищеварения: язык влажный, обложен белым налётом, не обильно. Живот: мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень: +1,0+1,5 из-под рёберной дуги, край безболезненный при пальпации. Селезёнка: не пальпируется. Стула не было. Мочеполовая система: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание: свободное, безболезненное. Моча жёлтая прозрачная. Менингеальные знаки: отрицательные. При поступлении в клиническом анализе крови: анемия – Hb – 98 г/л, эритроциты – $3,63 \times 10^{12}/л$, лейкоциты (верхняя граница нормы) – $10,1 \times 10^9/л$, нейтрофилез – 62%, эозинофилия – до 9%. В биохимическом анализе крови явления цитолиза: АЛТ – 72,8 Ед/л, АСТ – 60,43 Ед/л, повышение прямого билирубина до 10,23 мкмоль. Учитывая данные анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, лабораторных изменений, выставлен предварительный диагноз: В19.9 Вирусный гепатит неуточнённый. Лептоспироз? Сопутствующий диагноз: D50.9 Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести.

Назначена антибактериальная терапия: цефтриаксон (Ceftriaxon) по 1,0 г x 2 раза в день внутримышечно с 14.01.22 г., продолжен приём капсул умифеновира (Umifenoviri) по 100 мг x 4 раза в день внутрь, инфузионная терапия из расчёта 30 мг/кг внутривенно капельно. Патогенетическая терапия: урсодеохсихолевая кислота по 250 мг – 1 капс – 1 раз в день на ночь с 14.01.22 по 17.01.2022 г. Сохранялись лабораторные признаки течения тяжёлого инфекционного процесса от 14.01.2022 года: на снижение печёночных функций указывало уменьше-

ние количества альбуминов в крови до 30 г/л и гипопроотеинемия 45 г/л, на воспалительный процесс: повышение цифр СРБ до 24,6 мг/л, повышение цифр альфа-амилазы общей до 137,6 МЕ/л, на анемию: понижение железа – 6,23 ммоль/л.

На 15.01.2022 г. на фоне инфузионной терапии появились отёки в области кистей обеих рук, отёки стоп, голеней, половых органов (внутривенная инфузия отменена). Сохранялась инъецированность сосудов склер. Выявлялись изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс до 91 в мин, и органов пищеварения: слизистые полости рта влажные. Язык влажный, обложен. Живот подвздут. Гепатоспленомегалия: печень увеличена – +1,5+2,0 см из-под края рёберной дуги, селезёнка увеличена – +1,0 см из-под левого подреберья. Стул оформленный (окрашен, коричневый, со слов, плотный, без патологических примесей). Мочевыделительная система: область почек визуально не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное и достаточное (со слов, мочился после внутривенной капельной инфузии 2 раза обильно, затем 2 раза ночью обильно). Моча светло-жёлтая, без примесей.

Результаты обследования. По данным УЗИ органов брюшной полости от 17.01.2022 – Эхо-признаки диффузных изменений печени, гепатоспленомегалии, незначительное количество жидкости в брюшной полости. Проводилась дифференциальная диагностика с лептоспирозом, ГЛПС, кишечным иерсиниозом, псевдотуберкулёзом, лямблиозом, описторхозом, токсоплазмозом. В ИФА крови антитела к указанным возбудителям не обнаружены.

Маркерограмма на вирусные гепатиты А, В, С отрицательная.

От 17.01.2022 г. выявлены в ИФА Ig G к аскаридам КП 2,1, к токсокарам – Ig G, КП – 5,4.

Следует отметить, что возбудители токсокароза и аскаридоза относятся к геогельминтозам и проходят одинаковые циклы развития. Яйца созревают в грунте, откуда заглатываются вместе с пищей и водой. Из кишечника личинки мигрируют в лёгкие, созревают и при кашле попадают в глотку. Отсюда заглатываются в пищеварительный тракт, где паразитируют ещё несколько лет. Но основное отличие токсокары от аскариды в том, что она не развивается до взрослой особи в организме человека, а остаётся на личиночной стадии, разносится по организму и оседает в глазах, мозге, мышцах и других органах.

Пациенту была начата терапия альбендазолом (Albendazoli) в средних терапевтических дозировках 10 мг/кг с режимом дозирования 2 раза в сутки, в два приёма. На 18.01.22 г. сохранялось повышение температуры до 38,5 °С один раз в течение дня, однократно. Состояние оставалось средней степени тяжести за счёт интоксикации. Сознание ясное. Appetit был резко снижен, воду пил охотно. Сон не нарушен. Ребёнок вялый, адинамичный. 18.01.2022 г. осмотрен врачом-неврологом. Заключение: Выраженный астенический синдром на фоне инфекционного заболевания.

На 7-е сутки специфической терапии, 24.01.2022 г., состояние пациента стабилизировалось. Самочувствие улучшилось. В биохимическом анализе крови от 24.01.2022 г. общий билирубин – 16,9 мкмоль/л, АЛТ – 24,2 Ед/л, АСТ – 13,8 Ед/л, СРБ – 4 мг/л, сохранялись повышенные цифры ЛДГ – 456 ммоль/л. При пальпации были признаки гепатоспленомегалии. Ребёнок выписан на амбулаторное долечивание в удовлетворительном состоянии с диагнозом: V83.0 Токсокароз, висцеральная форма, средней степени тяжести. Гепатит. Астенический синдром. D50.9 Анемия железodefицитная, лёгкой степени тяжести. Серопозитивный акаридоз.

Данный случай описывает нетипичное течение висцерального токсокароза. Особенностью случая является сочетание токсокароза с аскаридозом с развитием клиники паренхиматозного гепатита с повышением активности печёночных ферментов и развитием анемии железодефицитной лёгкой степени тяжести. В нашем наблюдении удалось достичь быстрого восстановления функции печени. Гиперферментемия была купирована в течение двух недель с момента поступления пациента в стационар.

Таким образом, паразитарные инвазии кишечной и внекишечной локализации в настоящее время остаются социально значимой проблемой здравоохранения. Это обусловлено многообразием клинических проявлений и форм, отсутствием патогномичных признаков гельминтозов и быстрых методов специфической диагностики, вследствие чего имеют место ошибки и поздняя диагностика заболевания.

Вклад авторов / Contribution of the authors

А.А. Черникова – разработка концепции и дизайна исследования, подготовка и редактирование текста; О.Г. Кладкевич, В.Ю. Докучаев – сбор данных; С.Н. Бениова – редактирование текста. Все авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

A.A. Chernikova – development of the concept and design of the study, preparation and editing of the text; O.G. Kladkevich, V.Yu. Dokuchaev – data collection; S.N. Beniova – text editing. All authors read and approved the final version of the manuscript.

Соблюдение этических стандартов / Compliance with ethical standards

Все процедуры в рамках данного исследования с участием людей как объектов исследования были выполнены в соответствии с этическими стандартами этического комитета ДВФУ и в соответствии с Хельсинкской декларацией 1964 года и последующими ее изменениями или с сопоставимыми этическими стандартами. Информированное согласие было получено от всех участников исследования.

All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the FEFU ethical committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

Список источников / References

1. Андреева А.О., Головченко Н.В., Журавлёв А.С. Токсокароз у детей: эпидемиологические, клинические лабораторные аспекты // Российский медицинский журнал. 2020. № 4(11). С. 670–675. DOI: <https://doi.org/10.32364/2587-6821-2020-4-11-670-675>
Andreeva A.O., Golovchenko N.V., Zhuravlev A.S. Toxocariasis in children: epidemiological, clinical laboratory aspects. *Russian Medical Journal*, 2020, no. 4(11), pp. 670–675. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.32364/2587-6821-2020-4-11-670-675>
2. Нестерова Ю.В., Барткова А.Д., Захарова Г.А. Токсокароз – важная проблема для Приморского края // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2017. № 33. С. 43–45.
Nesterova Yu.V., Bartkova A.D., Zakharova G.A. Toxocarosis – current issue in the Primorsk Territory. *Far Eastern Journal of Infectious Pathology*, 2017, no. 33, pp. 43–45. (In Russ.).
3. Утенкова Е.О. Токсокароз как возможная причина заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей // Детские инфекции. 2021. № 20(1). С. 56–59. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2021-20-1-56-59>
Utenkova E.O. Toxocarosis as a possible cause of gastrointestinal diseases in children. *Childhood Infections*, 2021, no. 20(1), pp. 56–59. (In Russ.). <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2021-20-1-56-59>

4. Старостина О.Ю., Березина Е.С., Романова С.Н. Токсокароз: современное состояние проблемы в Российской Федерации Сообщение 1: Риск заражения населения токсокарозом на территории России // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2015. Т. 14, № 2(81). С. 13–18. DOI: <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2015-14-2-13-18>
Starostina O.Yu., Berezina E.S., Romanova S.N. Toxocariasis: Current State of the Russian Federation Message 1: Risk of Toxocariasis Infection of the Population on the Territory of the Russian Federation. *Epidemiology and Vaccine Prevention*, 2015, vol. 14, no. 2(81), pp. 13–18. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2015-14-2-13-18>
5. Байкеева К.Т., Умешова Л.А., Садыкова А.М., Утаганов Б.К. Токсокароз в практике врача // Вестник КазНМУ. 2017. № 1. С. 118–120.
Bayyеkeyeva K.T., Umeshova L.A., Sadykova A.M., Utaganov B.K. Toxocariasis in the practice of a physician. *Bulletin of KazNMU*, 2017, no. 1, pp. 118–120. (In Russ.).
6. Мамчиц Л.П., Кривостаненко Т.Д., Бортновский В.Н., Кривостаненко М.В. Эколого-эпидемиологическая характеристика распространения токсокароза в Гомеле и Гомельском районе республики Беларусь // Вестник Российской академии естественных наук. 2022. № 4. С. 80–87. DOI: <https://doi.org/10.52531/1682-1696-2022-22-4-80-87>
Mamchits L.P., Krivostanenko T.D., Bortnovskiy V.N., Krivostanenko M.V. Ecological and epidemiological characteristics of the spread of toxocariasis in Gomel and the Gomel region of the Republic of Belarus. *Bulletin of the Russian Academy of Natural Sciences*, 2022, no. 4, pp. 80–87. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.52531/1682-1696-2022-22-4-80-87>
7. Chen J., Liu Q., Liu G.H. et al. Toxocariasis: a silent threat with a progressive public health impact. *Infectious Diseases of Poverty*, 2018, no. 7, p. 59. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40249-018-0437-0>
8. Holland C.V. Knowledge gaps in the epidemiology of Toxocara: the enigma remains. *Parasitology*, 2017, no. 144, pp. 81–94. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0031182015001407>

Информация об авторах / Information about the authors

Черникова Анастасия Анатольевна – кандидат медицинских наук, доцент Школы медицины и наук о жизни, Дальневосточный федеральный университет (Владивосток, Российская Федерация); врач-педиатр высшей категории, врач-инфекционист Краевой клинической больницы № 2 (Владивосток, Российская Федерация), ✉ tai359t@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0522-1633>

Anastasia A. Chernikova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the School of Medicine and Life Sciences, Far Eastern Federal University (Vladivostok, Russian Federation); Pediatrician of the highest category, Infectious Disease specialist, Regional Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok, Russian Federation).

Кладкевич Ольга Геннадьевна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе, Владивостокская детская поликлиника № 5 (Владивосток, Российская Федерация), ✉ savinaog@yandex.ru

Olga G. Kladkevich – Candidate of Medical Sciences, Deputy Chief Physician for Clinical Expertise Work, Vladivostok Children's Polyclinic No. 5 (Vladivostok, Russian Federation).

Докучаев Владимир Юрьевич – заместитель главного врача по медицинской части, Артёмовская детская больница (Артём, Российская Федерация), ✉ vgmi88@yandex.ru

Vladimir Yu. Dokuchaev – Deputy Chief Physician for Medical Affairs, Artemovskaya Children's Hospital (Artem, Russian Federation).

Бениова Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, профессор Школы медицины и наук о жизни, Дальневосточный федеральный университет (Владивосток, Российская Федерация); главный врач, Краевая клиническая больница № 2 (Владивосток, Российская Федерация), ✉ snbeniova@mail.ru

Svetlana N. Beniova – Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the School of Medicine and Life Sciences, Far Eastern Federal University (Vladivostok, Russian Federation); Chief Physician, Regional Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok, Russian Federation).

Статья поступила / Received: 28.08.2025.

Одобрена после рецензирования / Revised: 11.09.2025.

Принята к публикации / Accepted: 22.09.2025.