

- Bakulina N.B., Tikhonov S.V., Okovityi S.V. et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of rebamipide. New possibilities of therapy: Review. Therapeutic archive. 2022; 94 (12): 1431–1437. (In Russ.). DOI: 10.26442/00403660.2022.12.202000
9. Андреев Д. Н. Механизмы действия ребамипида: систематизация литературных данных. Consilium Medicum. 2020; 22(8): 41–45. DOI: 10.26442/20751753.2020.8.200373
 - Andreev D.N. Mechanisms of action of rebamipide: systematic review. Consilium Medicum. 2020; 22(8): 41–45. (In Russ.). DOI: 10.26442/20751753.2020.8.200373
 10. Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л., Маев И. В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению *H. Pylori* у взрослых. РЖГК. 2022; 32 (6): 72–93. DOI: 10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93
 - Ivashkin V.T., Lapina T.L., Maev I.V. et al. Clinical microbiology and antimicrobial chemotherapy for *H. Pylori* diagnostic and treatment in adults. Clinical guidelines. RJGHC. 2022; 32 (6): 72–93. (In Russ.). DOI: 10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93
 11. Тихонов С. В., Симаненков В. И., Бакулина Н. В. и др. Мультиадресная терапия у пациентов с ГЭРБ и ожирением. Медицинский алфавит. 2021; (6): 8–13. DOI: 10.33667/2078-5631-2021-6-8-13
 - Tikhonov S.V., Simanenko V.I., Bakulina N.V. et al. Multitarget therapy in patients with GERD and obesity. Medical alphabet. 2021; (6): 8–13. (In Russ.). DOI: 10.33667/2078-5631-2021-6-8-13
 12. Lee J.S., Jeon S.W., Lee H.S. et al. Rebamipide for the improvement of gastric atrophy and intestinal metaplasia: a prospective, randomized, pilot study. Digestive Diseases and Sciences. 2022; 67 (6): 2395–2402. DOI: 10.1007/s10620-021-07038-7.
 13. Андреев Д. Н. Ребамипид: доказательная база применения в гастроэнтерологии. Терапевтический архив. 2020; 92 (12): 97–104. DOI: 10.26442/00403660.2020.12.200455
 - Andreev D.N., Maev I.V. Rebamipide: evidence base for use in gastroenterology. Therapeutic Archive. 2020; 92 (12): 97–104. (In Russ.). DOI: 10.26442/00403660.2020.12.200455
 14. Барышников Н. В. Эффективность Ребамипида-С3 в лечении эрозивных поражений слизистой оболочки желудка различной этиологии. Медицинский алфавит. Практическая гастроэнтерология. 2021; (40): 35–40. DOI: 10.33667/2078-5631-2021-40-35-40
 - Baryshnikova N.V. Effectiveness of rebamipide in treatment of erosions in stomach mucosa. Medical alphabet. 2021; (40): 35–40. (In Russ.). DOI: 10.33667/2078-5631-2021-40-35-40.
 15. Du Y. Antiinflammatory effects of rebamipide according to *Helicobacter pylori* status in patients with chronic erosive gastritis: a randomized sucralfate-controlled multicenter trial in China-STARs study. Diseases of the digestive system and science. 2008; (11): 2886–2895. DOI: 10.1007/s10620-007-0180-z

Статья поступила / Received 09.04.2025

Получена после рецензирования / Revised 23.04.2025

Принята в печать / Accepted 25.05.2025

Сведения об авторах

Петрова Людмила Андреевна, врач-эндоскопист¹.

Шуляшова Алла Григорьевна, д.м.н., профессор, руководитель курса эндоскопии². SPIN-код: 7382-7100. AuthorID: 694966

Данилов Дмитрий Вячеславович, к.м.н., доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопии¹. SPIN-код: 1199-7840. AuthorID: 931381

About authors

Petrova Lyudmila A., endoscopist¹.

Shuleshova Alla G., DM Sci (habil.), professor, head of the Endoscopy Course². SPIN code: 7382-7100. AuthorID: 694966

Danilov Dmitry V., PhD Med, associate professor at Surgery Dept with the Endoscopy Course¹. SPIN code: 1199-7840. AuthorID: 931381

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия
² ФКУЗ «Центральная поликлиника № 1 МБД России», Москва, Россия

¹ Central State Medical Academy of the Administrative Department of the
President of Russia, Moscow, Russia
² Central Polyclinic No. 1 Ministry of Internal Affairs of Russia, Moscow, Russia

Автор для переписки: Шуляшова Алла Григорьевна. E-mail: shuleshova@yandex.ru

Corresponding author: Shuleshova Alla G. E-mail: shuleshova@yandex.ru

Для цитирования: Петрова Л. А., Шуляшова А. Г., Данилов Д. В. Особенности терапии эрозивных изменений слизистой желудка у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью II–III функционального класса по классификации NYHA. Медицинский алфавит. 2025; (13): 47–52. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-47-52>

For citation: Petrova L. A., Shuleshova A. G., Danilov D. V. Features of therapy of gastric mucosal erosive alterations in patients, suffering from chronic heart failure II–III NYHA functional class. Medical alphabet. 2025; (13): 47–52. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-47-52>

DOI: 10.33667/2078-5631-2025-13-52-56

Первичный склерозирующий холангит. Клинический случай

О. В. Чурбакова¹, В. В. Макашова², Д. В. Печкуров¹, Е. Ю. Шилова³, Ю. В. Савостина³, В. Г. Акимкин²

¹ ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

² ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия

³ БУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 6», Самара, Россия

РЕЗЮМЕ

Проанализирован клинический случай больного 18 лет с первичным склерозирующим холангитом, наблюдающегося с 2021 по 2025 г. Состояние после ретроградного эндопротезирования желчных протоков, лапароскопической холецистэктомии. В 2021 г. после перенесенной новой коронавирусной инфекции впервые повысился уровень общего билирубина, активность АЛАТ, ГГТ и ЩФ. После обследования был поставлен диагноз: холестатический гепатит с умеренной степенью активности на фоне стеноза общего желчного протока. Холангит. Билиарный сладж. Назначена симптоматическая терапия. Через год состояние без изменений. Было проведено ретроградное эндопротезирование желчных протоков, после чего состояние улучшилось, биохимические показатели нормализовались. Через 3 месяца стент удален с помощью петли. Вновь было отмечено повышение уровня ГГТ. Проведена пункционная биопсия. Гистологически: степень фиброза по шкале METAVIR F3. Был поставлен диагноз: хронический холангит. Состояние после стентирования. Наиболее вероятно начало первичного склерозирующего холангита (ПСХ). Через год поставлен диагноз: хронический активный гепатит. Первичный склерозирующий холангит, стадия фиброза F3 по шкале METAVIR. Назначена терапия. До настоящего времени пациент находится под наблюдением и проводится лечение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичный склерозирующий холангит, рецидивирующий, трансаминазы, желчные протоки.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Primary sclerosing cholangitis. A clinical case

O. V. Churbakova¹, V. V. Makashova², D. V. Pechkurov¹, E. Yu. Shilova³, Yu. V. Savostina³, V. G. Akimkin²

¹ Samara State Medical University, Samara, Russia

² Central Research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor, Moscow, Russia

³ Samara City Hospital No. 6, Samara, Russia

SUMMARY

A clinical case of an 18-year-old patient with primary sclerosing cholangitis, observed from 2021 to 2025, was analyzed. Condition after retrograde bile duct endoprosthesis, laparoscopic cholecystectomy. In 2021, after a new coronavirus infection, the level of total bilirubin, ALAT, GGT and ALP activity increased for the first time. After examination, the following diagnosis was made: Cholestatic hepatitis with a moderate degree of activity against the background of stenosis of the common bile duct. Cholangitis. Biliary sludge. Symptomatic therapy was prescribed. A year later, the condition was unchanged. Retrograde endoprosthesis of the bile ducts was performed, after which the condition improved, the biochemical parameters returned to normal. After 3 months, the stent was removed using a loop. An increase in GGT levels was noted again. A puncture biopsy was performed. Histologically: The degree of fibrosis according to the METAVIR scale is F3. The diagnosis was made: Chronic cholangitis. Condition after stenting. Most likely, the onset of primary sclerosing cholangitis (PSC). A year later, the diagnosis was made: Chronic active hepatitis. Primary sclerosing cholangitis, fibrosis stage F3 according to the METAVIR scale. Therapy was prescribed. The patient is currently under observation and treatment.

KEYWORDS: primary sclerosing cholangitis, recurrent, transaminases, bile ducts.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

У детей первичный склерозирующий холангит (ПСХ) остается редким заболеванием, которое представляет собой хроническое холестатическое заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся воспалением с прогрессирующим фиброзом внутри- и внепеченочных желчных протоков с их последующим стенозированием [1, 2]. Показатели ГГТП и ЩФ являются основными биохимическими маркерами холестаза [3]. Консервативная терапия холестаза является эмпирической, учитывающей изменения в состоянии больного на фоне постоянного мониторинга, и включает коррекцию биохимических показателей [4]. Исход холестатического гепатита обусловлен наличием фиброза печени и степенью его выраженности [5–7]. Первичный склерозирующий холангит у детей может проявляться неспецифическими симптомами: боли в животе, повышенная утомляемость, диарея, потеря массы тела и ухудшение аппетита, повышение температуры тела до субфебрильной. [8, 9]. Установлено, что большинство пациентов с ПСХ имеют фиброз печени различной степени выраженности, в том числе высокую частоту развития цирроза печени. Однако при хронически протекающей патологии гепатобилиарной системы (ГБС) у больных с ПСХ+ВЗК (воспалительные заболевания кишечника) были выявлены фиброз печени; выраженное повышение содержания IgG в сыворотке крови как проявление мезенхимально-воспалительного синдрома при поражении печени; синдромы цитолиза и холестаза, свидетельствующие об активности гепатита; тромбоцитопения за счет синдрома гиперспленизма и более низкая концентрация ферритина, обусловленная поражением печени с нарушением хранения железа в виде депонированной формы. В связи с этим очевидно, что верификация диагноза ПСХ+ВЗК у детей должна быть основана на комплексном обследовании больных и анализе лабораторных и инструментальных данных, что позволит своевременно выявить основное заболевание, сопутствующие формы патологии и начать специфическую терапию [10].

Материалы и методы исследования

До 18 лет ребенок наблюдался в ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 6» ДПО № 1, после 18 лет – в ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 6» ПО № 1, Университетской клинической больнице № 3, «Клинике ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е. М. Тареева» (г. Москва). Наблюдение больного осуществляется с декабря 2021 г. до настоящего времени. Были исключены вирусные гепатиты: anti-HAV–IgM, anti-HCV, HbsAg в сыворотке крови методом ИФА не обнаружены. Для коррекции терапии регулярно исследуются:

общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, биохимические показатели крови: АЛТ, АСТ, общий билирубин, СРБ, ГГТ, ЩФ. Были проведены инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости, КТ органов брюшной полости, пункционная биопсия печени под контролем УЗИ, печеночный иммуноблот, ЭФГДС, лечебно-диагностическая ректосигмоколоноскопия.

Результаты

Пациент Н., 18 лет. Основной диагноз: первичный склерозирующий холангит, стадия фиброза, F3 по шкале METAVIR.

Сопутствующие заболевания: стриктура холедоха.

Анамнез заболевания: в декабре 2021 г. (стационарное лечение в СОДИБ г. Самара) на фоне COVID-19 впервые появилась боль в правом подреберье, повысился уровень трансаминаз до 4 норм, ГГТП, ЩФ, общий билирубин (102 мкмоль/л за счет прямой фракции).

Маркеры вирусных гепатитов anti-HAV–IgM, anti-HCV, HbsAg не были обнаружены, таким образом инфекционный генез был исключен. Пациент госпитализирован в хирургическое отделение СОДКБ им. Н. Н. Ивановой г. Самары, где находился с 25.01.2022 по 15.02.2022 с диагнозом: холестатический гепатит умеренной степени активности на фоне стеноза общего желчного протока. Холангит. Билиарный сладж. 08.02.2022 проведена операция: ретроградное эндопротезирование общего желчного протока. После этого состояние улучшилось, биохимические показатели пришли в норму. С 12.05.2022 по 17.05.2022 находился на стационарном обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении СОДКБ им. Н. Н. Ивановой г. Самары с диагнозом: холестатический гепатит умеренной степени активности. Состояние после эндоскопического стентирования общего желчного протока. Стент был удален с помощью петли. Проведена пункционная биопсия печени под контролем УЗИ. По данным биопсии: степень фиброза по шкале METAVIR F3. По данным ТМКСФГАУ НМИЦ «Здоровье детей РФ» выставлен диагноз: хронический холестатический гепатит с умеренной степенью гистологической активности 8 баллов по KNOELL (0–1–4–3). Степень фиброза по шкале METAVIR F3. Хронический холангит. Состояние после стентирования (февраль 2022 г). Наиболее вероятно, что имеет место манифестация ПСХ.

По данным лабораторного обследования от 07.02.2022, аутоиммунная диагностика: АТ к митохондриям (кол. IgG) – 1,1 (норма – не обнаружено), АТ к гладкой мускулатуре меньше 40 (норма – 1:40), антинуклеарные антитела

IgG – 0,2 (норма – не обнаружено), АТ к митохондриям – 1,0 (норма – не обнаружено), АТ к цитоплазме нейтрофилов – 40 (норма – < 40), иммуноглобулин G методом ИФА – 2,1 (норма – 5,40–18,22 г/л), АТ к цитоплазме нейтрофилов с определением типа свечения – 40 (норма – < 40), фекальный кальпротектин – 47,48 (норма – < 50).

29.05.2023 поступил в стационар по месту жительства в плановом порядке с признаками блокированного желчного пузыря. Жалобы на тошноту после приема пищи. Температура 36,6 °С. Рост 185 см. Вес: 62,2 кг. ИМТ: 18,1. Кожа: бледно-розовая, чистая от признаков инфекционной и аллергической сыпи. Слизистые оболочки: умеренной влажности, розовые, чистые без налетов. Отеков нет. Лимфатические узлы пальпируются единичные, мелкоподвижные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Мышечная система развита удовлетворительно. Тонус мышц нормальный. В легких дыхание везикулярное. Перкуторный звук: ясный, легочный. Зев не гиперемирован. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Органы пищеварения: аппетит хороший. Язык обложен тонким налетом. Склеры белые. Живот не вздут, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный.

Печень пальпируется у края реберной дуги, мягко-эластической консистенции. Пальпаторно безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отсутствует. Стул ежедневный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

31.05.2023 – лапароскопическая холецистэктомия. Было проведено дренирование брюшной полости. По данным ЭФГДС от 05.2023: эритематозная гастропатия. Дуоденит. По данным МРХПГ (07.2023) признаки склерозирующего холангита. Состояние после холецистэктомии. По данным УЗИ ОБП от 05.2023 – диффузные изменения эхогенности печени и поджелудочной железы. Признаки гепатомегалии, спленомегалии. ЖП удален. Биохимия от июля 2023 г.: билирубин – 11 мкм/л, прямой – 2,76 мкм/л, АЛТ – 52,0 Ед/л, АСТ – 39,6 Ед/л, ЩФ – 223,79 Ед/л, ГГТП – 242,83 Ед/л.

Консультирован врачом-гастроэнтерологом в КДЦ РДКБ 24.07.2023. Рекомендована госпитализация в отделение гастроэнтерологии РДКБ.

27.08.2023 поступает в отделение гастроэнтерологии РДКБ первично планово с целью проведения полного обследования, верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения. Объективный осмотр: состояние пациента средней тяжести. Контактен. Положение активное. Психическое развитие соответствует возрасту. Вес/масса тела – 63 кг (перцентиль 25–50%). Индекс массы тела – 18,81. Рост/длина – 183 см (перцентиль 75–90%). Площадь поверхности тела – 1,79 кв. м. Физическое развитие: выше среднего, дисгармоничное. Кожа чистая, бледно-розовая. Слизистые оболочки влажные, розовые. Подкожно-жировая клетчатка – развита достаточно. Отеков нет. Лимфатические узлы мелкие, эластичные. Мышечная система развита удовлетворительно. Тонус мышц нормальный. Форма грудной клетки правильная. Частота дыхания 19 в мин., одышки нет. Катаральные явления отсутствуют. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены, без наложений. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Кашля нет. Дыхание везикулярное, проводится равномерно

во все отделы. Хрипов нет. Пульс 86 в мин. Ритм правильный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Аппетит хороший. Периодически беспокоит тошнота. Рвоты нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Доступен глубокой пальпации. Асцита нет. Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, 1 раз в сутки без примесей.

По данным лабораторного обследования от 28.08.2023 все показатели общего анализа крови в норме, за исключением эозинофилов 1,5% (норма – 1,5%). Биохимический анализ крови: повышение гамма-ГТ – 132,1 Ед/л (норма 7–47 ед/л) и ЩФ – 198 МЕ/л, (норма 42–110 МЕ/л). У пациента наблюдалось снижение холестерина 2,83 ммоль/л (норма 3,6–5,8 ммоль/л). Специфические белки: повышение IgM – 2,07 г/л (норма 0,5–1,7 г/л), белковые фракции сыворотки крови – снижение альбуминов – 54,7% (норма 55,8–66,1%).

УЗИ органов брюшной полости от 30.08.2023. Печень – размеры увеличены. Вертикальный размер правой доли 170 мм, толщина правой доли 122 мм. Вертикальный размер левой доли 94 мм, толщина левой доли 64 мм, 1 сегмент 30 мм. Контуры ровные, четкие, углы не увеличены. Структура однородная, эхогенность повышена. Внутривенные желчные протоки в левой доле единичные до 2,1 мм. Общий желчный проток 2,7 мм, извитой. Стенки сосудов и протоков повышенной эхогенности. Желчный пузырь удален в мае 2023 г. Поджелудочная железа – размеры не увеличены. Головка 22 мм, тело 11 мм, хвост 20 мм. Контуры ровные, четкие. Структура неоднородная. Эхогенность повышена. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка увеличена. Эхогенность средняя. Размеры 138/58 мм. Контуры ровные, четкие. Структура однородная.

Заключение. Состояние после холецистэктомии. Эхопризнаки увеличения печени и селезенки, диффузных изменений паренхимы печени, поджелудочной железы, незначительного количества свободной жидкости.

Фиброэластометрия печени: измерение жесткости печени проведено на аппарате Mindray DC-70 EXP датчиком SC 6 методом 2-мерной эластографии сдвиговой волной. Медиана жесткости составила 10,9 КПа (IQR/Ме 1,3%), что соответствует F3 по METAVIR.

01.09.2023. Эзофагогастродуоденоскопия: терминальный эзофагит, антральный гастрит, эрозивный гастрит, бульбит, дуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс.

30.08.2023. КТ брюшной полости и забрюшинного пространства, артериальная фаза: КТ-картина активного холангита, гепатоспленомегалия, расширение вен портальной системы.

31.08.2023. проведена консультация хирурга, где было отмечено, что шунтирующая операция на магистральных сосудах брюшной полости не показана.

08.09.2023. Консультация гематолога. Ребенок с первичным склерозирующим холангитом, тромбом в левой воротной вене находится на антикоагулянтной терапии низкомолекулярными гепаринами с 05.09.2023 – фрагмин 120 ЕД/кг (разовая доза) 2 раза в день подкожно. В коагулограммах от 05.09.2023 и 08.09.2023 достигнуты целевые терапевтические значения анти-Ха-активности – 0,53–0,51. Диагноз: D 68.8 – другие уточненные нарушения свертываемости.

Проведено лечение: стол 5, урсосфальк 500 мг утром, 1000 мг вечером, эзомепразол 20 мг два раза в сутки, фосфалюгель 15 мл три раза в сутки, фразмин 7500 МЕ два раза в сутки подкожно в 6 часов и 18 часов – до 3 месяцев.

Для уточнения диагноза и коррекции терапии больной госпитализирован на стационарное лечение в ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) в Университетскую клиническую больницу № 3, в Клинику ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е. М. Тареева, в гепатологическое отделение, где находился с 04.02.2025 по 17.02.2025. Заключительный клинический диагноз: МКБ 73.2. Хронический активный гепатит, не классифицированный в других рубриках. Первичный склерозирующий холангит, стадия фиброза F3 по шкале METAVIR. Сопутствующие заболевания: стриктура холедоха, 08.02.2022 – ретроградное эндопротезирование общего желчного протока; в послеоперационном периоде – реактивный панкреатит, май 2022 – удаление стэнда. 29.05.2023 – холцистэктомия (блокированный желчный пузырь). Эрозивный гастрит. Хронический геморрой. Дефицит массы тела. Лечение: урсодезоксихолевая кислота 250 мг по 2 таблетки утром и вечером после приема пищи – до 6 месяцев.

Жалобы при поступлении: общая слабость, утомляемость, снижение аппетита, периодически боль и тяжесть в животе, послабление стула (от 5 до 10 раз за сутки, кашицеобразный), периодически – изжога.

Из анамнеза жизни известно, что образование среднее. Студент 1-го курса. Холост, детей нет. Вредные привычки: курение – 1,5 года, алкоголь отрицает, наркотики отрицает. Наследственный анамнез: у матери желчнокаменная болезнь (ЖКБ), у бабушки по материнской линии ЖКБ.

Анализы от 05.02.2025. Общий анализ крови – в норме. Коагулограмма – в норме. Общий анализ мочи без патологии. Были выявлены повышенные биохимические показатели: Гамма-ГТ 170 Ед/л (N 0–55), сывороточное железо 34,6 ммоль/л (N 12,5–32,2), Ig M 2,4 г/л (N 0,4–2,3), щелочная фосфатаза 226 Ед/л (N 30–120).

Данные диагностических исследований от 10.02.2025. Магнитно-резонансная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования). Заключение: протоки деформированы с чередованием участков выпадения МР-сигнала (стриктур), нормальных и расширенных сегментов протоков, максимальной толщиной до 11 мм, напоминающие вид «бус». Левый главный проток в проксимальных отделах имеет извитой ход. Гепатикохоледох расширен до 10 мм, имеет перетяжки. Визуализируется нерасширенный висцеральный проток, до 1 мм в диаметре. МР-сигнал от содержимого протоков однородный. Желчный пузырь удален. На исследуемом уровне печень обычно расположена, увеличена в размерах (вертикальный размер правой доли – 20 см, переднезадний размер левой доли – 7 см). Индекс хвостатой доли – 0,3 ед.

Назначено лечение

1. Рациональное питание (калорийность 1800–2500 ккал в сутки). Контроль массы тела (ИМТ 20–25 кг/м, окружность талии меньше 94 см (мужчины). Исключить употребление алкоголя, БАДов.
2. Продолжить прием: урсодезоксихолевая кислота 250 мг по 2 таблетки утром и вечером после приема пищи – длительно; эзомепразол 20 мг таблетка – 2 раза в сутки

(за 30 минут до еды) 14 дней, затем через 4–6 недель после завершения курса лечения исследование кала на антиген *H. pylori* с последующей консультацией гастроэнтеролога.

3. Контроль клинических анализов крови, мочи, б/х (общий белок, альбумин, ЛДГ, КФК, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, общий билирубин, прямой билирубин, холестерин, триглицериды, глюкоза, калий, натрий, креатинин), ПТИ, МНО, фибриноген, фекальный кальпротектин через 3 месяца с последующей консультацией гепатолога. Контроль АФП, РЭА, СА19–9, УЗИ органов брюшной полости через 3–6 месяцев, МРХПГ через 12 месяцев, фиброэластометрия печени (фиброскан) через 6–12 месяцев.
4. Наблюдение в лечебно-диагностическом отделении клиники. Госпитализация в УКБ № 3, гепатологическое отделение, через 3–6 месяцев.

Заключение

Больной наблюдается с 2021 по настоящее время 2025 г. Первоначальный диагноз: холестатический гепатит умеренной степени активности на фоне стеноза общего желчного протока. Холангит. Билирный сладж.

Первые признаки первичного склерозирующего холангита были выявлены в 2021 г. после перенесенного COVID-19. Влияние новой коронавирусной инфекции на возможность возникновения заболеваний печени отмечено и другими авторами. С. Гафур с соавт. (2022) наблюдали поражение печени у значительной части пациентов – от 16 до 45 %, особенно у тех, кто перенес тяжелую или критическую форму COVID-19 и длительное время находился в отделении интенсивной терапии (ОИТ). Однако у небольшой части пациентов с критическим состоянием может развиваться быстро прогрессирующее холестатическое поражение печени, напоминающее вторичный склерозирующий холангит [11, 12]. По данным литературы, средний возраст манифестации заболевания – 50 лет [13]. По результатам других авторов, среднее время от постановки диагноза до смерти или трансплантации печени составляет от 10 до 22 лет [14, 15]. В настоящее время эффективного лечения пациентов с СХ (склерозирующий холангит), которое могло бы препятствовать постепенному прогрессированию заболевания печени до билиарного цирроза и хронической печеночной недостаточности, нет [3]. Единственным методом радикального лечения ПСХ является трансплантация печени (ТП), [16–19], причем ТП обеспечивает высокую курабельность необратимых заболеваний печени (в том числе ПСХ).

У данного больного только через 2 года – в 2023 г. был заподозрен, а в 2025 г. подтвержден диагноз: первичный склерозирующий холангит, стадия фиброза F3 по шкале METAVIR.

В настоящее время остаются жалобы на общую слабость, утомляемость, снижение аппетита, периодически возникающие боль и тяжесть в животе, послабление стула (от 5 до 10 раз за сутки, кашицеобразный), периодически беспокоит изжога. Общий анализ крови и мочи, коагулограмма – в норме. Отмечаются отклонения биохимических показателей: повышение активности гамма-ГТ более 3 норм, щелочная фосфатаза – более 2 норм, также

незначительно увеличено содержание сывороточного железа, IgM. Необходимо продолжить плановое наблюдение за больным 1 раз в 6 мес с коррекцией терапии по результатам динамического обследования.

В существующей терапии ПСХ применяются препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) с целью уменьшения активности воспалительных процессов в печени, стеатоза и улучшения показателей липидного обмена [20].

У детей данное заболевание встречается редко. Его недостаточная изученность является большой проблемой для диагностики и лечения этого заболевания. Необходим поиск новых диагностических и терапевтических подходов к ведению пациентов.

Список литературы / References

1. Волюнец Г.В., Никитин А.В. Холестатические болезни у детей: монография. М.: ООО «ОПОНЕНТ». 2020; 240 с.
Volynets G. V., Nikitin A. V. Cholestatic diseases in children: a monograph. Moscow: ООО «ОПОНЕНТ». 2020. 240 p. (In Russ.).
2. Smolka V., Karasova E., Tkachuk O. et al. Long-term follow-up of children and adolescents with primary sclerosing cholangitis and autoimmune sclerosing cholangitis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2016; 15(4).
3. Волюнец Г.В., Хавкин А.И., Скворцова Т.А., Маткаш В.В., Никитин А.В. Склерозирующий холангит у детей и подростков: современное состояние проблемы. Российский педиатрический журнал. 2018; 21 (5): 312–318.
Volynets G. V., Khavkin A. I., Skvortsova T. A., Matkash V. V., Nikitin A. V. Sclerosing cholangitis in children and adolescents: the current state of the problem. *Russian Pediatric Journal.* 2018; 21(5): 312–318. (In Russ.).
4. Горьайнова А.Н., Анцупова М.А., Карасева Л.Н. и др. Холестаз (холестатическая гипербилирубинемия) у новорожденных и детей раннего возраста: определение, причины, дифференциальный диагноз, консервативная терапия. Эффективная фармакотерапия. 2019; 15 (21): 24–35.
Goryainova A. N., Antsupova M. A., Karaseva L. N. and others. Cholestasis (cholestatic hyperbilirubinemia) in newborns and young children: definition, causes, differential diagnosis, conservative therapy. *Effective pharmacotherapy.* 2019; 15 (21): 24–35. (In Russ.).
5. Ефремова Н.А., Горячева Л.Г., Рогозина Н.В., Алексеева Л.А., Котив М.Я. Клинико-лабораторные особенности неонатальных гепатитов различной этиологии. Детские инфекции. 2012; 2: 8–10.
Efremova N. A., Goryacheva L. G., Rogozina N. V., Alekseeva L. A., Kotiv M. Ya. Clinical and laboratory features of neonatal hepatitis of various etiologies. *Childhood infections.* 2012; 2: 8–10. (In Russ.).
6. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов. Под ред. проф. В.Н. Тимченко. – 4-е изд., испр. и доп. СПб.: СпецЛит, 2012; 623 с.
Infectious diseases in children: a textbook for pediatric faculties of medical universities. Edited by prof. V. N. Timchenko. – 4th ed., ispr. and add. St. Petersburg: SpetsLit, 2012; 623 p. (In Russ.).
7. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгеров. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
Infectious diseases: national guidelines. Edited by N. D. Yushchuk, Yu. Ya. Vengerov. Moscow: GEOTAR-Media, 2021. (In Russ.).
8. Valentino P. V., Kamath B. M. Liver Disease in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Pediatric Inflammatory Bowel Disease.* Springer, 2013; 95–104.
9. Камалова А.А., Гайфутдинова А.Р., Малов А.А., Сафина Э.Р., Низамова Р.А., Басанова Л.И. Первичный склерозирующий холангит при воспалительных заболеваниях кишечника у детей. Рос. вестн. Перинатол. и педиатр. 2021; 66 (5): 150–156.
Kamalova A. A., Gayfudinova A. R., Malov A. A., Safina E. R., Nizamova R. A., Basanova L. I. Primary sclerosing cholangitis in inflammatory bowel diseases in children. *Vestn. Perinatol. and the pediatrician.* 2021; 66 (5): 150–156. (In Russ.).

Сведения об авторах

Чурбакова Ольга Владимировна, д.м.н., доцент кафедры детских болезней¹. E-mail: o_churbakova@mail.ru. ORCID: 0000-0003-3723-1542

Макашова Вера Васильевна, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии². E-mail: veramakashova@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-0982-3527

Печкуров Дмитрий Владимирович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детских болезней¹. E-mail: dmpechkurov@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-5869-2893

Шилова Елена Юрьевна, врач-педиатр, заведующая педиатрическим отделением детского поликлинического отделения № 13. E-mail: shilovaey@mail.ru

Савостина Юлия Валерьевна, врач-педиатр, участковый детского поликлинического отделения № 13. E-mail: yul-savostina@yandex.ru

Акимкин Василий Геннадьевич, академик РАН, д.м.н., профессор, директор². E-mail: vgakimkin@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-4228-9044

¹ ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

² ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия

³ ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 6», Самара, Россия

Автор для переписки: Чурбакова Ольга Владимировна. E-mail: o_churbakova@mail.ru

Для цитирования: Чурбакова О.В., Макашова В.В., Печкуров Д.В., Шилова Е.Ю., Савостина Ю.В., Акимкин В.Г. Первичный склерозирующий холангит. Клинический случай. Медицинский алфавит. 2025; (13): 52–56. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-52-56>

10. Усольцева О.В., Сурков А.Н., Мовсисян Г.Б., Кулебина Е.А., Симерзина С.А., Потапов А.С., Лохматов М.М. Первичный склерозирующий холангит у детей с воспалительными заболеваниями кишечника. Российский педиатрический журнал. 2021; 24 (6): 395–404.
Usoltseva O. V., Surkov A. N., Movsisyan G. B., Kulebina E. A., Simerzina S. A., Potapov A. S., Lohmatov M. M. Primary sclerosing cholangitis in children with inflammatory bowel diseases. *Russian Pediatric Journal.* 2021; 24 (6): 395–404. (In Russ.).
11. Gafur S., Hermann M., Jungst K., Mühlaupt B., Cécilia S. Rainer & Daniel Stocker Merkmale der mit COVID-19 verbundenen sekundären sklerosierenden Cholangitis bei der Magnetresonananz-Cholangiopankreatographie: retrospektive Analyse. *Insights Imaging.* 2022; 13: 128.
12. Ду М., Янг С., Лю М., Лю Дж. COVID-19 и дисфункция печени: эпидемиология, связь и потенциальные механизмы. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2022; 46 (2): 101793.
13. Абсандзе К.Г., Винницкая Е.В., Сандлер Ю.Г., Сбикина Е.С., Шкурко Т.В. Первичный билиарный холангит – решена ли проблема? Вестник терапевта. 2019; 6–7: 42–43.
Absandze K. G., Vinnitskaya E. V., Sandler Yu. G., Sbkina E. S., Shkurko T. V. Primary biliary cholangitis – has the problem been solved? *Therapist's Bulletin.* 2019; 6–7: 42–43. (In Russ.).
14. Chapman M., Thorburn D., Hirschfield D., Webster G., Rushbrook S., Alexander G., Collier J., Dyson J., Jones D., Patanwala I., Thain C., Walmsley M., Pereira S. British Society of Gastroenterology and UK-PSG guidelines for the diagnosis and management of primary sclerosing cholangitis. *Gut.* 2019; 68 (8): 1356–1378.
15. Boberg K. M., Chapman R. W., Hirschfield G. M. Overlap syndromes: The international autoimmune hepatitis group (IAIHG) position statement on a controversial issue on behalf of the International Autoimmune Hepatitis Group. *Journal of Hepatology.* 2011; 54 (2): 374–385.
16. Винницкая Е.В., Абдулхаков С.Р., Абдурахманов Д.Т., Алиханов Р.Б., Бакулин И.Г. и др. Актуальные вопросы диагностики и лечения первичного склерозирующего холангита (по материалам Российского консенсуса по диагностике и лечению первичного склерозирующего холангита. Москва, 2018 г.). Терапевтический архив. 2019; 91 (2): 9–15.
Vinnitskaya E. V., Abdulkhakov S. R., Abdurakhmanov D. T., Alikhanov R. B., Bakulin I. G. and others. Current issues of diagnosis and treatment of primary sclerosing cholangitis (based on the materials of the Russian Consensus on the diagnosis and Treatment of primary sclerosing cholangitis. Moscow, 2018). *Therapeutic Archive.* 2019; 91 (2): 9–15. (In Russ.).
17. Пак Е.С., Петрова Т.М., Коробка Р.В., Ушаков А.А., Кучеренко О.Б., Косяев В.Ю., Бухтин О.В. Рецидив первичного склерозирующего холангита в трансплантате. Медицинский вестник Юга России. 2024; 15 (3): 97–105.
Pak E. S., Petrova T. M., Korobka R. V., Ushakov A. A., Kucherenko O. B., Kotsiyaev V. Yu., Bukhtin O. V. Recurrence of primary sclerosing cholangitis in graft. *Medical Bulletin of the South of Russia.* 2024; 15 (3): 97–105. (In Russ.).
18. Сюткин В.Е., Салиенко А.А., Олисов О.Д., Новрузбеков М.С. Возврат аутоиммунных болезней после трансплантации печени. Трансплантология. 2022; 14 (4): 421–431.
Syutkin V. E., Salienko A. A., Olisov O. D., Novruzbekov M. S. The return of autoimmune diseases after liver transplantation. *Transplantation.* 2022; 14 (4): 421–431. (In Russ.).
19. Коробка В.А., Пасечников В.Д., Коробка Р.В., Пак Е.С., Шаповалов А.М. Использование эндоскопического лигирования варикозных узлов в комбинации с неселективными β-блокаторами, или самостоятельно, в профилактике кровотечений у больных с асцитом, включенных в лист ожидания трансплантации печени. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2022; 24 (3): 42–50.
Korobka V. A., Pasechnikov V. D., Korobka R. V., Pak E. S., Shapovalov A. M. The use of endoscopic ligation of varicose veins in combination with non-selective beta-blockers, or independently, in the prevention of bleeding in patients with ascites included in the waiting list for liver transplantation. *Bulletin of Transplantation and artificial Organs.* 2022; 24 (3): 42–50. (In Russ.).
20. Маевская М.В., Надинская М.Ю., Лунков В.Д., Пирогова И.Ю., Чесноков Е.В., Кодзоева Х.Б., Ивашкин В.Т. Влияние урсодезоксихолевой кислоты на воспаление, стеатоз и фиброз печени и факторы атерогенеза у больных неалкогольной жировой болезнью печени: результаты исследования УСПЕХ. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019; 29 (6): 22–29.
Mayevskaya M. V., Nadinskaya M. Yu., Lunkov V. D., Pirogova I. Yu., Chesnokov E. V., Kodzoeva H. B., Iwashkin V. T. The effect of ursodeoxycholic acid on inflammation, steatosis and fibrosis of the liver and atherogenesis factors in patients with non-alcoholic fatty liver disease: the results of the SUCCESS study. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology.* 2019; 29 (6): 22–29. (In Russ.).

Статья поступила / Received 09.06.2025

Получена после рецензирования / Revised 23.06.2025

Принята в печать / Accepted 30.06.2025

About authors

Churbakova Olga V., DM Sci (habil.), associate professor at Dept of Children's Diseases¹. E-mail: o_churbakova@mail.ru. ORCID: 0000-0003-3723-1542

Makashova Vera V., DM Sci (habil.), professor, leading researcher at Clinical Dept of Infectious Pathology². E-mail: veramakashova@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-0982-3527

Pechkurov Dmitry V., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Children's Diseases¹. E-mail: dmpechkurov@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-5869-2893

Shilova Elena Yu., pediatrician, head of Pediatric Dept of Children's Outpatient Dept № 13. E-mail: shilovaey@mail.ru

Savostina Yulia V., pediatrician, district doctor at Children's Outpatient Dept № 13. E-mail: yul-savostina@yandex.ru

Akimkin Vasily G., RAS academician, DM Sci (habil.), professor, director². E-mail: vgakimkin@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-4228-9044

¹ Samara State Medical University, Samara, Russia

² Central Research Institute of Epidemiology of Rosпотребнадзор, Moscow, Russia

³ Samara City Hospital No. 6, Samara, Russia

Corresponding author: Churbakova Olga V. E-mail: o_churbakova@mail.ru

For citation: Churbakova O. V., Makashova V. V., Pechkurov D. V., Shilova E. Yu., Savostina Yu. V., Akimkin V. G. Primary sclerosing cholangitis. A clinical case. *Medical alphabet.* 2025; (13): 52–56. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-52-56>

