

# Формирование цирроза печени после холецистэктомии (клинический разбор)

Е.Ю. Плотникова<sup>1</sup>, Е.Н. Баранова<sup>1,2</sup>, К.А. Краснов<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия;

<sup>2</sup> ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия  
eka-pl@rambler.ru

## Аннотация

Термин «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) включает гетерогенную группу симптомов и изменений у пациентов, ранее перенесших холецистэктомию. У пациентов с ПХЭС могут отмечаться боли в животе, желтуха или диспептические симптомы. Многие из этих жалоб могут быть связаны с осложнениями, включая повреждение желчных протоков, желчные свищи и оставленные камни в желчных протоках. Поздние осложнения включают рецидивирующие камни в желчных протоках и стриктуры желчных протоков. С ростом числа холецистэктомий, выполняемых в эпоху лапароскопии, число пациентов с ПХЭС также увеличивается. В статье подробно разбирается клинический случай формирования рубцовых изменений холедоха, правого и левого печеночных протоков, которые привели к холестазу и холангиту, а также формированию за 2 года после холецистэктомии к формированию цирроза печени.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, постхолецистэктомический синдром, холестаз, холангит, цирроз печени.

**Для цитирования:** Плотникова Е.Ю., Баранова Е.Н., Краснов К.А. Формирование цирроза печени после холецистэктомии (клинический разбор). Клинический разбор в общей медицине. 2022; 3: 69–72. DOI: 10.47407/kr2022.3.3.00139

## Liver cirrhosis formation after cholecystectomy (clinical analysis)

Ekaterina Yu. Plotnikova<sup>1</sup>, Evgenia N. Baranova<sup>1,2</sup>, Konstantin A. Krasnov<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia;

<sup>2</sup> Podgorbunsky Regional Clinical Emergency Hospital, Kemerovo, Russia  
eka-pl@rambler.ru

## Abstract

The term post-cholecystectomy syndrome (PCEC) includes a heterogeneous group of symptoms and changes in patients who have previously undergone cholecystectomy. Patients with PCEC may have abdominal pain, jaundice, or dyspeptic symptoms. Many of these complaints can be related to complications, including bile duct damage, bile fistulas, and left stones in the bile ducts. Late complications include recurrent stones in the bile ducts and bile duct strictures. With the increasing number of cholecystectomies performed during the laparoscopy era, the number of patients with PCEC is also increasing. The article details the clinical case of the formation of scar changes in choledochus, right and left hepatic ducts, which led to cholestasis and cholangitis, as well as the formation of liver cirrhosis two years after cholecystectomy.

**Key words:** cholelithiasis, cholecystectomy, postcholecystectomy syndrome, cholestasis, cholangitis, liver cirrhosis.

**For citation:** Plotnikova E.Yu., Baranova E.N., Krasnov K.A. Liver cirrhosis formation after cholecystectomy (clinical analysis). Clinical Review for General Practice. 2022; 3: 69–72. DOI: 10.47407/kr2022.3.3.00139

Желчнокаменная болезнь распространена в мире, она обнаруживается у 10–15% взрослого населения, в возрасте старше 40 лет – у 15–20%, а после 70 лет – более чем у 50% [1]. Лечение ее осложнений существенно увеличивает расходы на здравоохранение. Подавляющее большинство камней желчного пузыря (70–85%) бессимптомно, и не существует надежного метода прогнозирования риска будущих осложнений у отдельных пациентов. Однако существует общее мнение, что холецистэктомию (ХЭ) следует рассматривать только у пациентов с симптомами, связанными с холелитиазом. В этих случаях решения о необходимости выполнения ХЭ и сроках операции зависят от соображений, связанных с рисками, затратами и ожидаемым эффектом на симптоматику. Неизмененные, усугубившиеся или новые симптомы после ХЭ являются серьезной проблемой пациентов [2, 3].

«Постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) – собирательный термин для обозначения всех симптомов после ХЭ. Этот общий термин не является адекватным диагнозом [4, 5], так как ПХЭС требует различных ме-

тодов лечения в зависимости от этиологии. Более того, некоторые симптомы даже не связаны с самой ХЭ. Чтобы установить причину долговременных симптомов после ХЭ и принять решение о надлежащем лечении для облегчения симптомов, необходимо выяснить основную этиологию симптомов. Постоянная боль, или так называемый «синдром после ХЭ», колеблется по частоте от 6 до 47% [6] даже после исключения причинных факторов, таких как оставшиеся камни общего желчного протока или послеоперационный стеноз желчных протоков. Тип операции, открытая или лапароскопическая, не влияет на частоту возникновения этого синдрома [7, 8].

С. Latenstein и соавт. провели систематический обзор 3320 статей, из которых 130 статей включены были по поиску отдаленных симптомов при постхолецистэктомии. Этиологией персистирующих симптомов были резидуальные и вновь образованные камни в желчном пузыре (от 0,2 до 23%), сопутствующие заболевания (от 1 до 65%) и психологический дистресс. Этиологией

впервые возникших симптомов были хирургические осложнения (1–3%) и физиологические изменения (16–58%). О дисфункции сфинктера Одди сообщалось как о персистирующих, так и эпизодических симптомах (от 3 до 40%) [9].

Повреждение желчных протоков является наиболее опасным хирургическим осложнением [10, 11]. У пациентов может развиваться боль в верхней части живота с желтухой, лихорадкой и, возможно, сепсисом [12]. Даже если повреждение желчного протока лечится хирургическим или эндоскопическим вмешательством, стриктуры могут привести к долгосрочным симптомам боли и обструкции желчевыводящих путей [13, 14]. Боль или дискомфорт из-за поздних послеоперационных осложнений могут быть вызваны инфекциями, проблемами с заживлением ран или грыжей в месте установления троакара [15, 16].

В нашей клинической практике мы столкнулись со случаем ПХЭС, который привел в течение 2 лет к значительному ухудшению качества жизни, формированию цирроза печени через 2 года после ХЭ. У пациентки С., 46 лет, с августа 2019 г. появились жалобы на боль тупого характера в правом подреберье, желтушность кожных покровов и склер, зуд кожных покровов. При лабораторном обследовании выявлено изменение ряда показателей: общий билирубин 98 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 84 МЕ/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 57 МЕ/л,  $\gamma$ -глутамилтрансфераза (ГГТ) – 198 МЕ/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) – 19 МЕ/л. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) выявило увеличение поперечного (более 4 см) и продольных (более 8 см) размеров печени, утолщение стенки желчного пузыря до 8 мм, выраженный отек перивезикальной клетчатки; высокоэхогенные очаги в области общего желчного протока; сужение сфинктера Одди. 07.08.2019 пациентку госпитализировали в экстренном порядке с клиникой механической желтухи в отделение печеночной хирургии больницы №5 г. Новокузнецк с диагнозом: желчнокаменная болезнь, инфильтративный гангренозный холецистит, перивезикальный абсцесс, холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка, механическая желтуха. 07.08.2019 выполнена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндопротезирование холедоха. На фоне лечения желтуха регрессировала. 10.08.2019 выполнена операция – чрезкожная чрезпеченочная холецистостомия под контролем УЗИ. В послеоперационном периоде сохранялась гипертермия, которая была расценена как острый холецистит. 17.08.2019 выполнена операция – лапароскопическая ХЭ, интраоперационная холангиография, удаление эндопротеза холедоха, дренирование брюшной полости. Со слов больной, в течение первых 7 сут после хирургического вмешательства сохранялась гипертермия до 38–39°C. Послеоперационный период осложнился нагноением раны пупочной области, желчеистечением по страховому дренажу до 15 мл/сут. Рана очистилась,

желчеистечение по дренажу прекратилось, дренаж удален. Выписана 13.09.2019 с рекомендациями на амбулаторный этап.

После выписки из стационара пациентка периодически отмечала боли в правом подреберье ноющего характера без иррадиации, дискомфорт в эпигастрии, с приемом пищи четко не связывала, периодически были фебрильная температура с ознобами и проливными потами, кожный зуд. Неоднократно лечилась амбулаторно с некоторой положительной динамикой. В ноябре 2020 г. появились иктеричность кожных покровов, субфебрилитет, ноющие боли в правом подреберье, зуд кожи. В декабре 2020 г. по УЗИ ОБП выявлены признаки внутрипеченочной билиарной гипертензии и холангита. Проводилось амбулаторное лечение (спазмолитики, антибиотики) с умеренной положительной динамикой. С января 2021 г. отметила резкое ухудшение состояния: повышение температуры тела до 40°C, усиление болей в правом подреберье и кожного зуда. 06.01.2021 на микрорезонансной томографии органов брюшной полости с холангиографией выявлена МР-картина состояния после ХЭ, киста печени, холангит. 01.02.2021 госпитализирована в экстренном порядке в отделение печеночной хирургии больницы №5 г. Новокузнецка, где находилась до 09.02.21 с диагнозом: холестатический гепатит неясной этиологии. В лабораторных анализах: увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево, общий билирубин – 133 мкмоль/л, прямой билирубин – 80 мкмоль/л, АСТ – 160 МЕ/л, АЛТ – 125 МЕ/л, ЩФ – 1146 МЕ/л, ГГТ – 236 МЕ/л. Проводилась терапия – спазмолитики, антибиотики, гепатопротекторы. Проведена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография с диагностической целью: пассаж желчи не был нарушен, но после процедуры отмечено вновь повышение билирубина до 120 мкмоль/л. После курса консервативной терапии явления холестаза не были купированы. Пациентка для дальнейшего лечения и дообследования переведена в отделение гастроэнтерологии ГKB №1 г. Новокузнецка, где находилась с 09.02.2021 по 19.02.2021 с диагнозом: вторичный рецидивирующий бактериальный холангит, реактивный гепатит умеренной степени активности. При дообследовании маркеры аутоиммунного гепатита, билиарного и холестатического первичных холангитов отрицательны, признаков портальной гипертензии не выявлено, по УЗИ – уплотнение стенок внутрипеченочных желчных протоков, холедох 11–12 мм, заполнен неоднородным содержимым, камней не выявлено, внутрипеченочные протоки не расширены, портальной гипертензии нет. В отделении проведена консервативная терапия, отмечено умеренное улучшение в виде уменьшения болей в правом подреберье, снижения температуры. Иктеричность и кожный зуд несколько уменьшились.

В мае 2021 г. стали нарастать кожный зуд, иктеричность склер и кожных покровов, умеренные без иррадиации боли в правом подреберье, фебрильная лихорадка с проливным потом и ознобами, ахолия кала. Госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение

ние ГАУЗ НГКБ №1 г. Новокузнецка с 1.06.2021 с диагнозом: вторичный склерозирующий холангит. В лабораторных анализах: общий билирубин – 90 мкмоль/л, АСТ – 81 МЕ/л, АЛТ – 61 МЕ/л, ЩФ – 23 МЕ/л, ГГТ – 217 МЕ/л. Были выявлены положительные цитозольные антитела иммуноглобулина (Ig) G к растворимому антигену печени (SLA/LP). По УЗИ: признаки билиарной гипертензии и холедохолитиаза не выявлены. По микрорезонансной томографии ОБП с билиарным контрастом: внутрипеченочные желчные протоки не расширены, общий печеночный проток – 5–6 мм, стенки его неровные, желчный пузырь удален, неравномерное сужение холедоха до 2 мм, нитевидный просвет, стенки волнообразно деформированы, утолщены, конкрементов нет; признаки холангита. В стационаре: дезинтоксикационная терапия, спазмолитики, антибактериальная терапия метронидазолом, урсодезокси-холевая кислота (УДХК). На фоне лечения наблюдалось уменьшение холестаза, выписана на амбулаторное лечение 16.06.2021.

Через несколько недель снова стала нарастать описанная симптоматика, состоялась телефонная консультация с профессором Е.Ю. Плотниковой. Учитывая неясный диагноз, рецидивирующий характер желтухи и холестаза с признаками холангита, отсутствие явной подпеченочной билиарной гипертензии, пациентке С. была рекомендована госпитализация в гастроэнтерологическое отделение Кузбасского гепатологического центра (КГЦ) ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского» для уточнения диагноза и подбора адекватного лечения. 21.09.2021 при госпитализации в КГЦ при осмотре: пациентка нормального питания, рост 160 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы желтушны, с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны. Живот обычной формы, рубцы после лапароскопической ХЭ, несколько расширены подкожные вены. Печень +2 см ниже реберной дуги, плотная, край острый. При лабораторном обследовании 22.09.2021 выявлено (приводим актуальные показатели): РНК COVID-19 методом полимеразной цепной реакции – не обнаружен; СОЭ – 66 мм/ч; гемоглобин – 102 г/л; лейкоциты –  $14,2 \times 10^9$ ; эритроциты –  $3,77 \times 10^{12}$ ; цветовой показатель – 0,82; общий белок – 73 г/л; альбумины – 35,07% (N 46,9–61,4); протромбиновый индекс – 61%; билирубин общий – 171,3 мкмоль/л; билирубин связанный – 91,6 мкмоль/л; холестерин общий – 10,2 ммоль/л; триглицериды – 2,06 мм/л; АСТ – 157 МЕ/л; АЛТ – 91 МЕ/л; ЩФ – 1169 МЕ/л; ГГТ – 422 МЕ/л; С-реактивный белок (латекс-агглютинация) – 96 мг/л; иммуноферментный анализ крови на описторхов IgM и IgG – отрицательно; другие лабораторные анализы крови, общий анализ мочи и копрограмма без изменений.

УЗИ ОБП 22.09.2021: свободной жидкости в брюшной полости нет. Косой вертикальный размер печени – 148 мм (норма до 150 мм), контуры ровные, структура диффузно неоднородная, средней эхогенности. Желчный пузырь удален. Общий желчный проток – 6 мм.

Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности, проток 1 мм. Селезенка 115×38 мм, структурно не изменена. Эзофагогастроуденоскопия 22.09.2021: рефлюкс-эзофагит. Степень поражения 1 по классификации Савари–Миллера. Эндоскопические признаки недостаточности кардии. Хронические эрозии в антральном отделе желудка. При фиброэластометрии печени 27.09.2021 выявлено F4=21 мПа, что соответствует циррозу печени. 29.09.2021 мульти-спиральная компьютерная томография (КТ) ОБП с болюсным контрастированием: умеренная гепатоспленомегалия. Диффузные изменения печени по типу умеренно выраженного жирового гепатоза. КТ-картина неравномерного расширения внутрипеченочных желчных протоков с реактивным контрастным усилением окружающей паренхимы (вероятно, как следствие воспалительного процесса), утолщения стенок крупных внутрипеченочных протоков – данные изменения, вероятно, являются проявлением холангита по типу склерозирующего холангита. Единичные гиперваскулярные образования печени.

На фоне лечения (УДХК, спазмолитики, кислотосупрессоры, дезинтоксикационная терапия, антибиотики) была добавлена небольшая доза 30 мг преднизолона, так как не исключалось аутоиммунное поражение печени. На фоне кортикостероидов опять появились фебрильная лихорадка и другие признаки холангита. Пациентка С. 07.10.2021 переведена в отделение хирургии КГЦ. Лабораторные показатели от 07.10.2021: билирубин общий – 114 мкмоль/л; билирубин связанный – 63,8 мкмоль/л; холестерин общий – 8,4 ммоль/л; АСТ – 110 МЕ/л (5–37); АЛТ – 80 МЕ/л; ЩФ – 650 МЕ/л; ГГТ – 396 МЕ/л. 12.10.2021 выполнена магнитно-резонансная томография–магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРТ-МРХПГ), заключение: МР-картина наличия следов жидкости в брюшной полости. Умеренная билиарная гипертензия. Состояние после ХЭ.

15.10.2021 проведена операция: лапаротомия; биопсия печени; транспеченочное дренирование печени; дренирование брюшной полости. Под эндотрахеальным наркозом вскрыта брюшная полость. В брюшной полости около 500 мл асцитической жидкости, эвакуирована. Печень мелкобугристая, больших размеров. Выраженный фиброз печеночно-двенадцатиперстной связки. Проведена холедохотомия. В области правого и левого долевых протоков определяется препятствие (рубцовая стриктура до сегментарных желчных протоков). Выполнено дренирование долевых протоков. Интраоперационно подтверждены цирроз печени и признаки высокой билиарной стриктуры, гнойный холангит.

Послеоперационный период протекал тяжело на фоне холангита и гепатоцеллюлярной недостаточности. На фоне проводимой терапии явления гепатоцеллюлярной недостаточности разрешились. Лабораторные показатели в динамике 10.11.2021: протромбиновый индекс – 89%; международное нормализованное

отношение – 1,12; фибриноген в плазме – 3,3 г/л; СОЭ – 30 мм/ч; гемоглобин – 141 г/л; лейкоциты –  $10,9 \times 10^9$ ; эритроциты –  $5,2 \times 10^{12}$ ; цветовой показатель – 0,9; билирубин общий – 90,7 мкмоль/л; билирубин связанный – 53,7 мкмоль/л; общий белок – 79 г/л; АСТ – 52 МЕ/л; АЛТ – 31 МЕ/л; ЩФ – 282 МЕ/л; ГГТ – 262 МЕ/л; С-реактивный белок – 48 мг/л. 30.10.2021 МРТ-МРХПГ заключение: состояние после ХЭ, эндопротезирование общего желчного протока, чрезкожная чрезпеченочная холецистостомия; следы жидкости в брюшной полости; гепатоспленомегалия; МР-картина умеренной внутрипеченочной билиарной гипертензии, сужения внепеченочных желчных путей. 12.11.2021 пациентка С. выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями, в том числе – присвоение инвалидности.

Таким образом, у пациентки С. 46 лет после ХЭ сформировались рубцовые изменения в области холедоха, правого и левого печеночных протоков, которые привели к длительному сначала «мягкому», а впоследствии клинически выраженному холестатическому поражению печени и тяжелому холангиту, которые, в свою очередь, привели к формированию цирроза

печени. Многочисленные поиски аутоиммунного поражения печени, даже при единичном выявлении SLA/LP, который в динамике оказался отрицательным, не подтвердили такового заболевания печени. Только хирургическое пособие – дренирование левого и правого печеночных протоков смогло улучшить ситуацию: купировать нарастающий холестаза и персистирующий холангит. В настоящий момент у пациентки С. остаются дренажи в печеночных протоках, она сцеживает и фильтрует выделяемую желчь, а потом принимает ее с пищей. Также ей постоянно нужно ухаживать за дренажами – промывать и фиксировать их, а каждые 3 мес менять. Качество жизни С. очень низкое. Пациентка С. принимает УДХК в дозе не менее 10 мг/кг массы тела, поливитамины, в том числе жирорастворимые и «поставлена» в лист ожидания на трансплантацию печени. Авторы статьи очень надеются, что трансплантация печени вернет пациентку С. к нормальной жизни и значительно улучшит ее качество.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература / References

1. Агаева М.В., Макиева Р.И., Хинчагова О.А. Анализ динамики холецистэктомии при желчнокаменной болезни в г. Владикавказе. *Молодой ученый*. 2021; 26 (368): 91–2. [Agaeva M.V., Makieva R.I., Khinchagova O.A. Analiz dinamiki kholestsistektomii pri zhelchnokamennoi bolezni v g. Vladikavkaze. *Molodoi uchenyi*. 2021; 26 (368): 91–2 (in Russian).]
2. Berger MY, van der Velden JJ, Lijmer JG et al. Abdominal symptoms: do they predict gallstones? A systematic review. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 70–6. DOI: 10.1080/003655200750024560
3. Sakorafas HG, Milingos D, Peros G. Asymptomatic cholelithiasis: is cholecystectomy really needed? A critical reappraisal 15 years after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. *Dig Dis Sci* 2007; 52: 1313–25. DOI: 10.1007/s10620-006-9107-3
4. Shin Y, Choi D, Lee KG et al. Association between dietary intake and postlaparoscopic cholecystectomy symptoms in patients with gallbladder disease. *Korean J Intern Med* 2018; 33 (4): 829–36. DOI: 10.3904/kjim.2016.223
5. Isherwood J, Oakland K, Khanna A. A systematic review of the aetiology and management of post cholecystectomy syndrome. *Surgeon* 2019; 17 (1): 33–42. DOI: 10.1016/j.surge.2018.04.001
6. Peterli R, Schuppisser JP, Herzog U et al. Prevalence of postcholecystectomy symptoms: long-term outcome after open versus laparoscopic cholecystectomy. *World J Surg* 2000; 24: 1232–5. DOI: 10.1007/s002680010243
7. McMahon AJ, Ross S, Baxter JN et al. Symptomatic outcome 1 year after laparoscopic and minilaparotomy cholecystectomy: a randomized trial. *Br J Surg* 1995; 82: 1378–82. DOI: 10.1002/bjs.1800821028
8. Lamberts MP, Lugtenberg M, Rovers MM et al. Persistent and de novo symptoms after cholecystectomy: a systematic review of cholecystectomy effectiveness. *Surg Endosc* 2013; 27: 709–18. DOI: 10.1007/s00464-012-2516-9
9. Latenstein CSS, Wennmacker SZ, de Jong JJ et al. Etiologies of Long-Term Postcholecystectomy Symptoms: A Systematic Review. *Gastroenterol Res Pract* 2019; 4278373. DOI: 10.1155/2019/4278373
10. Lund GB, Winick AB. Complications from laparoscopic cholecystectomy and the role of interventional radiology in patient management. *Seminars in Interventional Radiology* 1996; 13 (3): 263–75. DOI: 10.1055/s-2008-1057911
11. Mulvihill SJ. Surgical management of gallstone disease and postoperative complications. *Semin Gastrointest Dis* 2003; 14 (4): 237–44.
12. Greenfield NP, Azziz AS, Jung AJ et al. Imaging late complications of cholecystectomy. *Clin Imaging* 2012; 36 (6): 763–7. DOI: 10.1016/j.clinimag.2012.01.024
13. Jaunoo SS, Mohandas S, Almond LM. Postcholecystectomy syndrome (PCS). *Int J Surg* 2010; 8 (1): 15–7. DOI: 10.1016/j.ijssu.2009.10.008
14. Yamaner S, Bilsel Y, Bulut T et al. Endoscopic diagnosis and management of complications following surgery for gallstones. *Surg Endosc* 2002; 16 (12): 1685–90. DOI: 10.1007/s00464-002-9048-7
15. Jorgensen LN, Rosenberg J, Al-Tayar H et al. Randomized clinical trial of single-versus multi-incision laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 2014; 101 (4): 347–55. DOI: 10.1002/bjs.9393
16. Ros A, Nilsson E. Abdominal pain and patient overall and cosmetic satisfaction one year after cholecystectomy: outcome of a randomized trial comparing laparoscopic and minilaparotomy cholecystectomy. *Scand J Gastroenterol* 2004; 39 (8): 773–7. DOI: 10.1080/00365520410005540

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Плотникова Екатерина Юрьевна** – д-р мед. наук, проф., проф. каф. подготовки врачей первичного звена здравоохранения, рук. курса клинической гастроэнтерологии ФГБОУ ВО КемГМУ. E-mail: eka-pl@rambler.ru  
**Ekaterina Yu. Plotnikova** – D. Sci. (Med.), Full Prof., Kemerovo State Medical University. E-mail: eka-pl@rambler.ru

**Баранова Евгения Николаевна** – канд. мед. наук, зав. гастроэнтерологическим отд-нием ГАУЗ КО «ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского», доц. каф. госпитальной терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО КемГМУ. E-mail: bevgn@rambler.ru  
**Evgenia N. Baranova** – Cand. Sci. (Med.), Podgorbunsky Regional Clinical Emergency Hospital, Kemerovo State Medical University. E-mail: bevgn@rambler.ru

**Краснов Константин Аркадьевич** – канд. мед. наук, зам. глав. врача по хирургии ГАУЗ КО «ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского», дир. Кузбасского областного гепатологического центра, доц. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО КемГМУ  
**Konstantin A. Krasnov** – Cand. Sci. (Med.), Podgorbunsky Regional Clinical Emergency Hospital, Kuzbass Hepatological Center, Kemerovo State Medical University

Статья поступила в редакцию / The article received: 14.07.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 04.08.2022