

<https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-1421-4117>  
УДК 616.37-097-07 + 616.348-002-07 + 616.361-002-07



# Сочетание аутоиммунного панкреатита с язвенным колитом и склерозирующим холангитом у пациентки 28 лет (клиническое наблюдение)

А.Р. Хурматуллина, А.В. Охлобыстин\*, Л.Н. Андросова, Р.Т. Рзаев, А.С. Тertychnyy, А.П. Кирюхин, О.З. Охлобыстина, М.С. Жаркова, О.С. Шифрин, В.Т. Ивашкин

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

**Цель:** продемонстрировать сложности диагностики у пациентки с сочетанием аутоиммунного панкреатита, склерозирующего холангита и язвенного колита. При исходной низкой активности колита воспалительные изменения в толстой кишке были резистентны к проводимой иммуносупрессивной терапии.

**Основные положения.** У пациентки 28 лет возникла желтуха с кожным зудом, по поводу которой она обратилась в клинику. На основании характерного четкообразного изменения внутривенных желчных протоков при проведении магнитно-резонансной холангиопанкреатографии был диагностирован первичный склерозирующий холангит (ПСХ). Последующее обследование выявило очаговую форму панкреатита и тотальное поражение толстой кишки с характерной гистологической картиной язвенного колита. Для выяснения этиологии панкреатита исследован уровень IgG4 сыворотки крови, который оказался повышенным до диагностически значимого уровня. Это потребовало проведения дифференциального диагноза между сочетанием ПСХ с повышенным IgG4 с язвенным колитом (ЯК) и аутоиммунным панкреатитом второго типа (АИП2) (характерным для европейской популяции пациентов), с одной стороны, и IgG4-ассоциированным системным заболеванием (более характерным для азиатской популяции) с вовлечением желчных протоков, поджелудочной железы и толстой кишки — с другой. Гистологическое исследование ткани печени оказалось неинформативным, биопсия поджелудочной железы не проводилась. Иммуносупрессивная терапия (стероиды, азатиоприн) вызвала быструю нормализацию размеров поджелудочной железы; вместе с тем изменения желчных протоков и толстой кишки не отреагировали на проводимую терапию, что было расценено как свидетельство в пользу первой диагностической концепции (ПСХ + АИП2 + ЯК). Пациентке было рекомендовано назначение биологической терапии для индукции ремиссии ЯК.

**Заключение.** Дифференциальный диагноз сочетанных аутоиммунных поражений печени, поджелудочной железы и кишечника нередко связан со значительными затруднениями и проводится *ex juvantibus*, по характеру ответа на иммуносупрессивную терапию.

**Ключевые слова:** аутоиммунный панкреатит, язвенный колит, склерозирующий холангит

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

**Для цитирования:** Хурматуллина А.Р., Охлобыстин А.В., Андросова Л.Н., Рзаев Р.Т., Тertychnyy А.С., Кирюхин А.П., Охлобыстина О.З., Жаркова М.С., Шифрин О.С., Ивашкин В.Т. Сочетание аутоиммунного панкреатита с язвенным колитом и склерозирующим холангитом у пациентки 28 лет (клиническое наблюдение). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-1421-4117>

## Case Report: Combined Autoimmune Pancreatitis, Ulcerative Colitis and Sclerosing Cholangitis in 28-y.o. Patient

Alsu R. Khurmatullina, Alexey V. Okhlobystin\*, Ludmila N. Androsova, Ramin T. Rzayev, Alexander S. Tertychnyy, Andrey P. Kiryukhin, Olga Z. Okhlobystina, Maria S. Zharkova, Oleg S. Shifrin, Vladimir T. Ivashkin  
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

**Aim:** to demonstrate difficulties of differential diagnostics in the case of combined autoimmune pancreatitis, sclerosing cholangitis and ulcerative colitis. Colonic lesions that initially had low grade of inflammation were resistant to immunosuppressive therapy.

**Key points.** A 28-year-old female patient was admitted to the clinic for jaundice associated with pruritis. Based on the characteristic beaded appearance of the intrahepatic bile ducts at magnetic resonance cholangiopancreato-

graphy, primary sclerosing cholangitis (PSC) was diagnosed. Subsequent examination revealed focal pancreatitis and total colitis with histological pattern, consistent with ulcerative colitis (UC). To determine the etiology of pancreatitis IgG4 serum level was examined, that showed over 2-fold elevation. This required differential diagnostics between PSC with IgG4 elevation, UC and type 2 autoimmune pancreatitis (AIP) (more common in European population) on one hand and IgG4-associated systemic disease (more common in Asian population) with bile ducts, pancreas and large intestine involvement on the other. Liver histology failed to reveal histological signs characteristic of any type of cholangitis, pancreatic biopsy was not performed. Immunosuppressive therapy (steroids followed by thiopurines) resulted in rapid improvement of the pancreatic changes while no response was achieved for bile ducts and the colon that was in favor of the first concept (PSC + type 2 AIP + UC). The patient was recommended to receive biologic therapy for UC remission induction.

**Conclusion.** Differential diagnostics of combined autoimmune lesions of the liver, the pancreas and colon may be complicated and carried out *ex juvantibus* according to response to immunosuppressive therapy.

**Keywords:** autoimmune pancreatitis, ulcerative colitis, sclerosing cholangitis

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

**For citation:** Khurmatullina A.R., Okhlobystin A.V., Androsova L.N., Rzayev R.T., Tertychnyy A.S., Kiryukhin A.P., Okhlobystina O.Z., Zharkova M.S., Shifrin O.S., Ivashkin V.T. Case Report: Combined Autoimmune Pancreatitis, Ulcerative Colitis and Sclerosing Cholangitis in 28-y.o. Patient. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2024. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-1421-4117>

## Введение

Аутоиммунный панкреатит (АИП) — хроническое воспалительное заболевание, связанное с интенсивной инфильтрацией поджелудочной железы (ПЖ) воспалительными клетками, которое быстро разрешается после начала иммуносупрессивной терапии, однако при отсутствии должного лечения вызывает тяжелый фиброз и атрофию органа [1]. Впервые термин «аутоиммунный панкреатит» был предложен К. Yoshida et al. для описания поражения поджелудочной железы иммунопатологической природы, при котором положительный эффект оказывают кортикостероиды [2]. Наиболее известная форма заболевания — АИП первого типа (АИП1), который связан с инфильтрацией ткани ПЖ лимфоцитами и плазматическими клетками, экспрессирующими IgG4, а также повышением уровня IgG4 в сыворотке крови. Эта форма панкреатита преобладает в азиатской популяции и часто протекает в рамках IgG4-ассоциированного системного заболевания с поражением других паренхиматозных органов [3]. АИП второго типа (АИП2) отличается характером инфильтрата в ПЖ: наблюдается инфильтрация нейтрофильными гранулоцитами эпителия протоков железы, отсутствует значительное повышение числа IgG4+ плазмоцитов ( $\leq 10$  в п/з при высоком увеличении), а также не наблюдается повышения IgG4 в сыворотке. АИП2 не считается системным заболеванием, однако такой панкреатит нередко может сочетаться с язвенным колитом (в отличие от крайне редких инфильтративных лимфомоподобных поражений пищеварительного тракта при АИП1) [4].

## Клинический случай

В Клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В.Х. Василенко ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ обратилась пациентка К., 28 лет,

европейского происхождения, рост 169 см, вес 53 кг (индекс массы тела —  $18,6 \text{ кг/м}^2$ ). Основные жалобы были на боли в нижней половине живота, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул, дискомфорт в верхних отделах живота. В ноябре 2022 г., после нескольких курсов антибиотикотерапии по поводу инфекции COVID-19, у пациентки возникла желтуха, кожный зуд, которые сопровождались повышением уровня печеночных ферментов (аланинаминотрансфераза — до 330 Ед/л, аспартатаминотрансфераза — до 147 Ед/л, гамма-глутамилтранспептидаза — до 369 Ед/л, щелочная фосфатаза — 1259 Ед/л), была назначена терапия урсодезоксихолевой кислотой 500 мг/сут. После исключения инфекций гепатотропных вирусов состояние было расценено как лекарственный гепатит, был проведен курс терапии преднизолоном 60 мг в/в. С ноября 2022 г. присоединилась клиническая картина конъюнктивита, с марта 2023 г. — учащение стула.

Семейное положение: замужем, детей нет. Образование: высшее, не работает. Курение, употребление алкоголя отрицает. Гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, беременности — 2 (медицинские аборт по желанию пациентки), роды — 0. Семейный и аллергологический анамнез не отягощен. При поступлении: состояние средней степени тяжести. Кожа нормальной окраски, склеры инъецированы, следов расчесов нет. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Стул полуоформленный, не обесцвечен, регулярный до 4 раз в сутки, без патологических примесей. В анализах крови отмечалась умеренная гиперферментемия (аланинаминотрансфераза — 59 Ед/л, аспартатаминотрансфераза — 43 Ед/л, гамма-глутамилтранспептидаза — 226 Ед/л), повышены маркеры холестаза (прямой билирубин — 7,2 мкмоль/л, щелочная фосфатаза — 988 Ед/л), уровень общего IgG — 20,76 г/л.

С учетом увеличения головки поджелудочной железы у пациентки без билиарной патологии и токсических факторов при нормальном уровне амилазы сыворотки был исследован уровень IgG4, составивший 4,1 г/л (норма — 0,1–1,35 г/л), что могло свидетельствовать скорее в пользу АИП1.

При проведении магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) выявлено выраженное сужение субсегментарных желчных протоков, сегментарные протоки — с чередованием сужений и расширений по типу «четок» (рис. 1). КТ-исследование выявило увеличение размеров головки поджелудочной железы до 35 мм (рис. 2). При колоноскопии просвет толстой кишки на всем протяжении широкий, стенки эластичные, слизистая оболочка диффузно гиперемирована, отечна, контактно кровоточива со множественными (сплошь) точечными эрозиями, покрытыми фибрином, складки и гаустры сглажены. Капиллярный рисунок слизистой оболочки не визуализируется, местами сглажен. Биоптаты слизистой оболочки толстой кишки имели неровную псевдоросинчатую поверхность с участками повреждения и регенераторных изменений покровного эпителия и выраженной распространенной деформацией крипт. В собственной пластинке плотность клеточного инфильтрата повышена, в его составе обнаруживаются лейкоциты, проникающие в эпителий с очаговым разрушением крипт и формированием отдельных крипт-абсцессов (рис. 3).

Выраженная структурная перестройка слизистой оболочки расценивалась как характерный признак язвенного колита (ЯК) [5].

Доза урсодезоксихолевой кислоты была увеличена до 750 мг/сут, к терапии добавлен месалазин 3 г/сут. Через 6 мес. на фоне проводимой терапии пациентка отметила исчезновение кожного зуда, симптомов конъюнктивита, при сохранении печеночных показателей на прежнем уровне. Уровень IgG4 сыворотки нормализовался (2,32 г/л), однако размеры головки поджелудочной железы по данным КТ увеличились до 46 мм (рис. 4). Эндоскопическая и гистологическая картина толстой кишки оставалась без какой-либо динамики. Поражение желчных протоков дифференцировали между первично-склерозирующим холангитом (ПСХ) и IgG4-ассоциированным склерозирующим холангитом. Пациентке была выполнена биопсия печени, которая выявила лишь неспецифические изменения (центролобулярный паренхиматозный билирубиностаз); признаков, характерных для склерозирующего холангита, выявить не удалось. В октябре 2023 г. был проведен курс индукционной терапии преднизолоном 60 мг/сут (с последующим снижением дозы до поддерживающей 10 мг/сут) и азатиоприном 100 мг/сут.

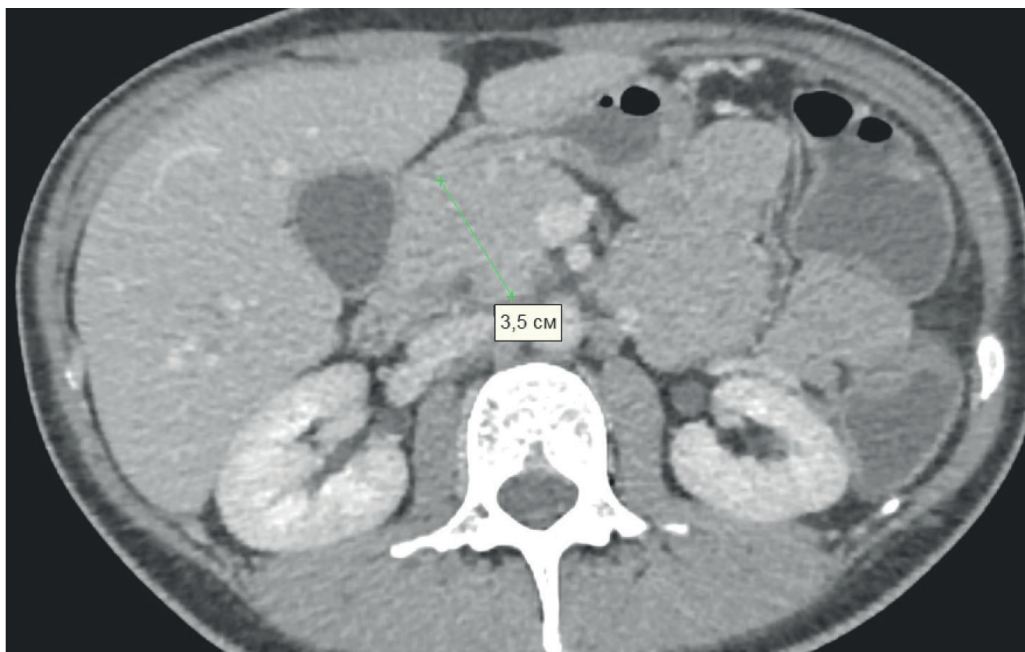
При обследовании в январе 2024 г. отмечена нормализация размеров головки поджелудочной железы, уровень IgG4 снизился до 0,82 г/л.



**Рисунок 1.** МРХПГ (март 2023 г.): четкообразное чередование сужений и расширений в дистальных отделах желчных протоков; главный панкреатический проток неровного диаметра, визуализируется на всем протяжении, без сужений

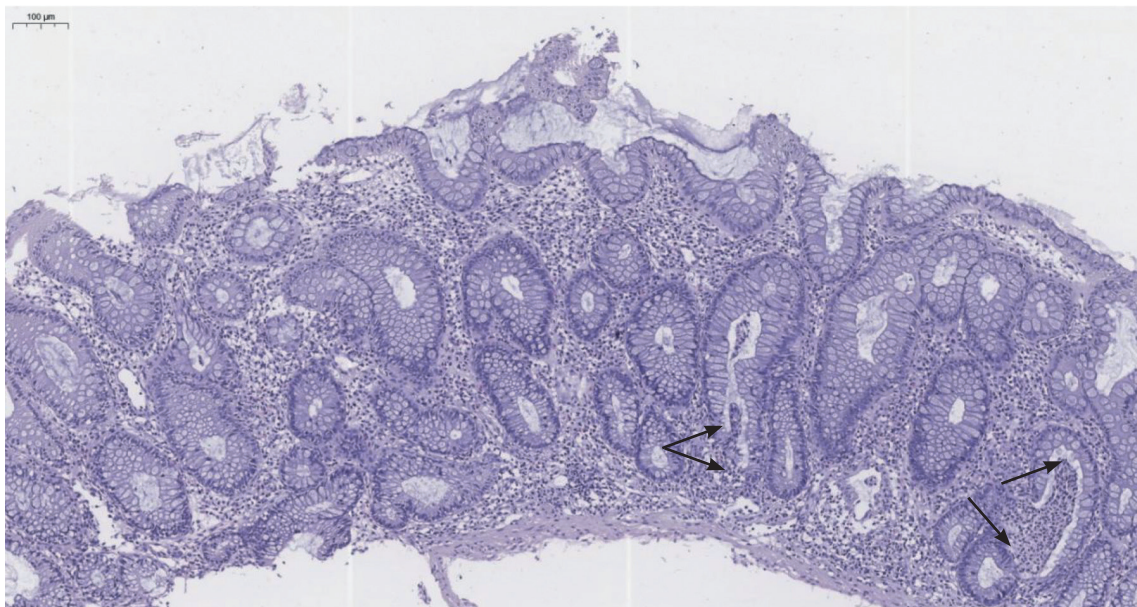
**Figure 1.** MRCP (March 2023): bead-like alternation of narrowing and dilatation in the distal bile ducts; the main pancreatic duct is of uneven diameter, visualized throughout its length, without narrowing





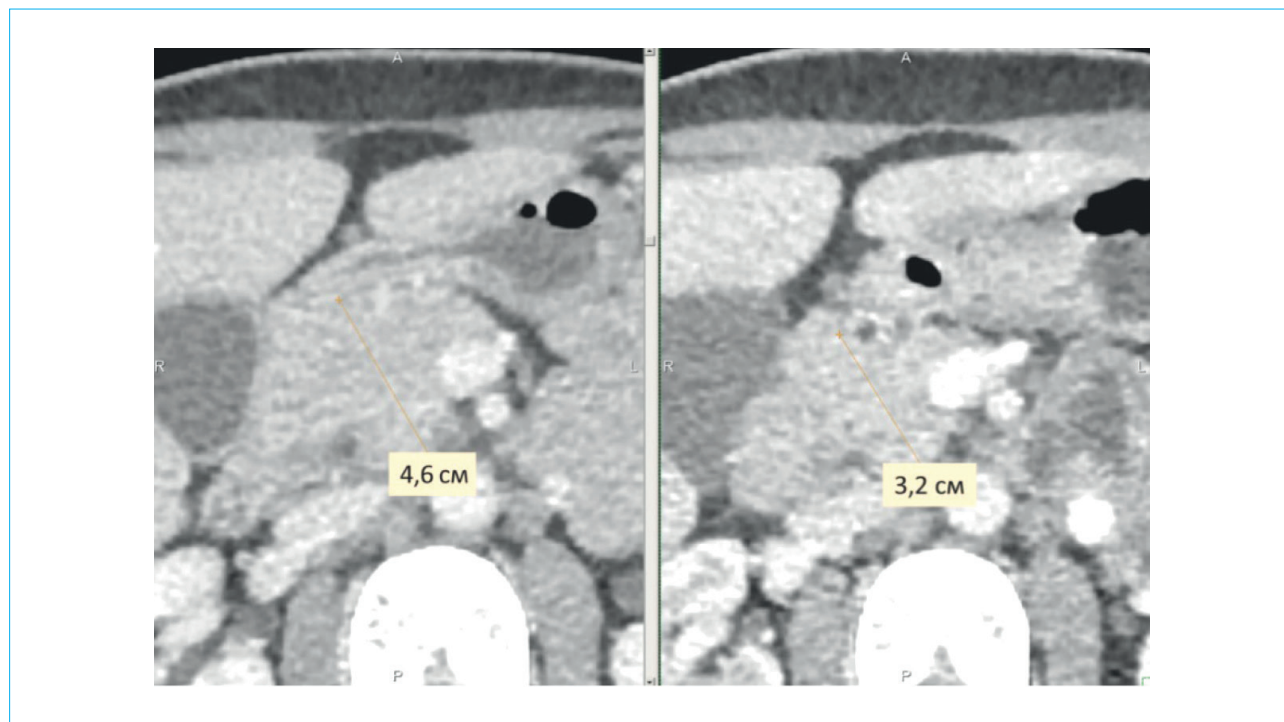
**Рисунок 2.** КТ-исследование (июнь 2023 г.): поджелудочная железа равномерно контрастирована, головка увеличена до 35 мм

**Figure 2.** CT scan (June 2023): the pancreas is uniformly contrasted, the head is enlarged to 35 mm



**Рисунок 3.** Гистологическое исследование слизистой толстой кишки (17.10.2023): хронический диффузный активный колит с неровной псевдоворсинчатой поверхностью слизистой оболочки, выраженной деформацией крипт и формированием крипт-абсцессов (показано стрелками). Увеличение  $\times 200$ , окраска гематоксилином и эозином

**Figure 3.** Histological examination of the colon mucosa (October 17, 2023): chronic diffuse active colitis with an uneven pseudovillous surface of the mucosa, severe crypt deformation and the formation of crypt abscesses (shown by arrows). Magnification  $\times 200$ , hematoxylin and eosin staining



**Рисунок 4.** Динамика размеров головки поджелудочной железы по данным КТ-исследования в октябре 2023 г. (по сравнению с мартом 2023 г.)

**Figure 4.** Dynamics of the size of the head of the pancreas according to CT scan data in October 2023 (compared to March 2023)

Однако в апреле 2024 г. при колоноскопии с биопсией эндоскопическая и гистологическая картина оставалась без положительной динамики. МРХПГ также не выявила изменений по сравнению с данными 2023 г., что свидетельствовало в пользу диагноза ПСХ и против IgG4-ассоциированного склерозирующего холангита.

Таким образом, диагноз был сформулирован следующим образом: Основное заболевание: сочетанные заболевания: Первичный склерозирующий холангит. Язвенный колит, тотальная форма, хроническое непрерывное течение, активность по Truelove – Witts II. Аутоиммунный панкреатит второго типа.

Учитывая отсутствие эндоскопической и гистологической ремиссии на фоне приема иммуносупрессорной терапии (азатиоприна) и месалазина и наличие сопутствующих заболеваний (ПСХ и аутоиммунного панкреатита) в соответствии с национальными клиническими рекомендациями пациентке рекомендовано начать биологическую терапию [6]. В качестве одного из возможных препаратов рассматривался цертолизумаба пэгол (с учетом планирования беременности).

## Обсуждение

Понятие «аутоиммунный панкреатит» в настоящее время включает две формы, которые существенно отличаются друг от друга как по клиническим

проявлениям, так и по возможностям верификации диагноза. Общим для обеих форм АИП является выраженная инфильтрация воспалительными клетками поджелудочной железы, неравномерное сужение протоков и быстрый ответ на стероиды, по крайней мере, в дебюте заболевания. АИП1 в настоящее время рассматривают как одно из проявлений IgG4-ассоциированного системного заболевания с поражением поджелудочной железы [7]. Вовлечение лимфатических узлов, других паренхиматозных органов и тканей, в первую очередь — желчных протоков, повышение уровня IgG4 в сыворотке крови, а также интенсивная инфильтрация IgG4<sup>+</sup> плазматическими клетками пораженных тканей существенно облегчают клиническую и инструментальную диагностику этого заболевания.

АИП1 существенно чаще встречается у азиатского населения, типичный пациент — мужчина пожилого возраста (60–70 лет) [8]. АИП2 преобладает в европейской популяции, наблюдается у более молодых пациентов (30–40 лет), в равной степени у лиц обоего пола [9]. При АИП2 наиболее частым проявлением заболевания является клинико-лабораторная картина острого панкреатита с выраженной инфильтрацией поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки (46–56 % пациентов) [10]. У нашей пациентки увеличение головки поджелудочной железы, неравномерное изменение диаметра протоков без дистального расширения и быстрый ответ на стероиды убедительно



свидетельствуют в пользу диагноза аутоиммунного панкреатита. В то же время очевидные затруднения связаны с установлением типа панкреатита. На наш взгляд, несмотря на эпизод более чем двукратного повышения IgG4 сыворотки, отсутствие полиорганного поражения (отсутствие ответа со стороны желчных протоков у пациентки с коротким анамнезом расценивается как признак ПСХ) и сочетание с язвенным колитом свидетельствуют в пользу АИП2 [11].

В крупном когортном исследовании ( $n = 17\,796$ ) были получены данные, свидетельствующие о том, что воспалительные заболевания кишечника у пациентов с АИП2 развиваются в 10 раз чаще, чем в общей популяции [12].

Согласно литературным данным, в 30–48 % случаев АИП2 диагностируется язвенный колит [13, 14]. Однако недавнее крупное исследование показывает, что частота ЯК при АИП2 может достигать 87,5 % (77 из 88 пациентов). В 26 случаях диагноз панкреатита и колита был поставлен одновременно, в 66,3 % случаев диагноз ЯК был метакронным. В этой работе все пациенты с ЯК получали терапию только препаратами месалазина. Существует мнение, что АИП2 является внекишечным проявлением язвенного колита [15], выраженная внутриэпителиальная инфильтрация нейтрофилами как в гранулоцитарных эпителиальных скоплениях при АИП2, так и в крипт-абсцессах при ЯК может отражать общий патогенез [16].

Предполагается, что воспалительные заболевания кишечника и АИП2 взаимно отягчают друг друга: при ЯК АИП2 имеет более тяжелое течение,

с другой стороны, пациенты с АИП2 и ЯК имеют более высокий индекс Мейо, и им чаще требуется проведение колэктомии [14, 17, 18].

Поражение желчных протоков нередко наблюдается у пациентов с аутоиммунным панкреатитом. Однако если при АИП1 возникает воспалительная лимфоплазмочитарная инфильтрация, так же как во всех пораженных органах, то связь АИП2 объясняют частым сочетанием ЯК и ПСХ, которое наблюдается в 60–80 % случаев [19]. При выполнении МРХПГ у пациентов с язвенным колитом без клинических и лабораторных проявлений холестаза риск ПСХ в 4 раза выше такового в общей популяции [20]. В литературе описаны единичные случаи стриктур желчных протоков с внутридолевой билиарной гипертензией у пациентов с АИП2, гистологически при этом в печени обнаружен фиброз желчных протоков и лимфоцитарная инфильтрация [21]. У нашей пациентки отсутствие динамики со стороны желчных протоков на фоне адекватной иммуносупрессивной терапии свидетельствует в пользу ПСХ и против IgG4-ассоциированного склерозирующего холангита [22].

Лечение АИП2 обычно проходит с меньшими трудностями, чем лечение АИП1, большинство пациентов отвечают на стандартный курс стероидов (0,8–1,0 мг/кг/сут), или возникает спонтанная ремиссия без лечения [23]. У нашей пациентки был получен быстрый рентгенологический ответ на начало стероидной терапии, и необходимость назначения биологической терапии определялась резистентным течением колита.

## Литература / References

- Löhr J.M., Beuers U., Vujasinovic M., Alvaro D., Frøkjær J.B., Buttgerit F., et al. European guideline on IgG4-related digestive disease – UEG and SGF evidence-based recommendations. *United European Gastroenterol J.* 2020;8(6):637–66. DOI: 10.1177/2050640620934911
- Yoshida K., Toki F., Takeuchi T., Watanabe S., Shiratori K., Hayashi N. Chronic pancreatitis caused by an autoimmune abnormality: Proposal of the concept of autoimmune pancreatitis. *Dig Dis Sci.* 1995;40(7):1561–8. DOI: 10.1007/BF02285209
- Ивашкин В.Т., Кривер А.Г., Охлобыстин А.В., Анищенко М.А., Кардашева С.С., Алексеенко С.А. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению хронического панкреатита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2022;32(2):99–156. [Ivashkin V.T., Krieger A.G., Okhlobystin A.V., Anishchenko M.A., Kardasheva S.S., Alekseyenko S.A., et al. Clinical guidelines of the Russian Society of Surgeons, the Russian Gastroenterological Association, the Association of Surgeons-Hepatologists, and the Endoscopic Society “REndO” on diagnostics and treatment of chronic pancreatitis. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2022;32(2):99–156. (In Russ.). DOI: 10.22416/1382-4376-2022-32-2-99-156
- Zamboni G., Luttgens J., Capelli P., Frulloni L., Cavallini G., Pederzoli P., et al. Histopathological features of diagnostic and clinical relevance in autoimmune pancreatitis: A study on 53 resection specimens and 9 biopsy specimens. *Virchows Arch.* 2004;445(6):552–63. DOI: 10.1007/s00428-004-1140-z
- Тертычный А.С., Ахриева Х.М., Коган Е.А., Зайратьянц О.В., Селиванова Л.С. Современные подходы в морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2022;32(2):73–84. [Tertychnyi A.S., Akhrieva Kh.M., Kogan E.A., Zayratyants O.V., Selivanova L.S. Modern approach in morphological diagnosis of inflammatory bowel diseases. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2022;32(2):73–84. (In Russ.). DOI: 10.22416/1382-4376-2022-32-2-73-84
- Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Белусова Е.А., Шифрин О.С., Абдулганиева Д.И. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита. *Колопроктология.* 2017;59(1):6–30. [Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Khalif I.L., Belousova E.A., Shifrin O.S., Abdulganieva D.I., et al. Clinical recommendations of the Russian gastroenterological Association and the Association of coloproctologists of Russia on the diagnosis and treatment of ulcerative colitis. *Koloproktologia.* 2017;59(1):6–30. (In Russ.).
- Буеверов А.О., Кучерявый Ю.А. IgG4-ассоциированная болезнь: монография. М.: Форте Принт, 2014. [Bueverov A.O., Kucheryaviy Yu.A. IgG4-associated disease: monograph. Moscow: Forte Print, 2014. (In Russ.).

8. Blachier M., Leleu H., Peck-Radosavljevic M., Val-la D.C., Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data. *J Hepatol.* 2013;58(3):593–608. DOI: 10.1016/j.jhep.2012.12.005
9. Ikeura T., Manfredi R., Zamoni G., Negrelli R., Capelli P., Amodio A., et al. Application of international consensus diagnostic criteria to an Italian series of autoimmune pancreatitis. *United European Gastroenterol J.* 2013;1(4):270–7. DOI: 10.1177/2050640613495196
10. de Pretis N., Carlin M., Calderini E., Caldart F., Conti Bellocchi M.C., Amodio A., et al. Clinical features and long-term outcomes of patients with type 2 autoimmune pancreatitis. *United European Gastroenterol J.* 2024;12(3):319–25. DOI: 10.1002/ueg2.12504
11. Sah R.P., Chari S.T. Autoimmune pancreatitis: An update on classification, diagnosis, natural history and management. *Curr Gastroenterol Rep.* 2012;14(2):144–52. DOI: 10.1007/s11894-012-0246-8
12. Chen Y.L., Hsu C.W., Cheng C.C., Yiang G.T., Lin C.S., Lin C.L., et al. Increased subsequent risk of inflammatory bowel disease association in patients with chronic pancreatitis: A nationwide population-based cohort study. *Curr Med Res Opin.* 2017;33(6):987–95. DOI: 10.1080/03007995.2017.1300143
13. Fukuda S., Akiyama S., Tarakji A., Hamdeh S., Suzuki H., Tsuchiya K. Prevalence and clinical features of patients with autoimmune pancreatitis and inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2022;37(8):1474–84. DOI: 10.1111/jgh.15894
14. Lorenzo D., Maire F., Stefanescu C., Gornet J.M., Seksik P., Serrero M., et al. Features of autoimmune pancreatitis associated with inflammatory bowel diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16(1):104–12. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.07.033
15. Roque Ramos L., DiMaio C.J., Sachar D.B., Atreja A., Colombel J.F., Torres J. Autoimmune pancreatitis and inflammatory bowel disease: Case series and review of the literature. *Dig Liver Dis.* 2016;48(8):872–8. DOI: 10.1016/j.dld.2016.05.008
16. Lee Y.S., Kim N.H., Hyuk Son J., Wook Kim J., Ki Bae W., Kim K.A., et al. Type 2 autoimmune pancreatitis with Crohn's disease. *Intern Med.* 2018;57(20):2435–41. DOI: 10.2169/internalmedicine.0213-17
17. Park S.H., Kim D., Ye B.D., Yang S.K., Kim J.H., Yang D.H., et al. The characteristics of ulcerative colitis associated with autoimmune pancreatitis. *J Clin Gastroenterol.* 2013;47(6):520–5. DOI: 10.1097/MCG.0b013e31827fd4a2
18. Ravi K., Chari S.T., Vege S.S., Sandborn W.J., Smyrk T.C., Loftus E.V. Jr. Inflammatory bowel disease in the setting of autoimmune pancreatitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15(9):1326–30. DOI: 10.1002/ibd.20898
19. Kim S.H., Lee Y.C., Chon H.K. Challenges for clinicians treating autoimmune pancreatitis: Current perspectives. *World J Clin Cases.* 2023;11(1):30–46. DOI: 10.12998/wjcc.v11.i1.30
20. Lunder A.K., Hov J.R., Borthne A., Gleditsch J., Johannesen G., Tveit K., et al. Prevalence of sclerosing cholangitis detected by magnetic resonance cholangiography in patients with long-term inflammatory bowel disease. *Gastroenterology.* 2016;151(4):660–9. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.06.021
21. Ollo D., Terraz S., Arnoux G., Puppa G., Frossard J.L., Bichard P. Biliary involvement in type 2 autoimmune pancreatitis. *Case Rep Gastroenterol.* 2019;13(1):103–10. DOI: 10.1159/000499422
22. Долгушина А.И., Селянина А.А., Дубровина В.В., Исянгильдина Г.А., Олевская Е.Р. Прогностические модели первичного склерозирующего холангита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2022;32(5):43–50. [Dolgushina A.I., Selyanina A.A., Dubrovina V.V., Isyngildina G.A., Olevskaya E.R. Prognostic models of primary sclerosing cholangitis. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2022;32(5):43–50. (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2022-32-5-43-50
23. de Pretis N., Carlin M., Calderini E., Caldart F., Conti Bellocchi M.C., Amodio A., et al. Clinical features and long-term outcomes of patients with type 2 autoimmune pancreatitis. *United European Gastroenterol J.* 2024;12(3):319–25. DOI: 10.1002/ueg2.12504

### Сведения об авторах

**Хурматуллина Алсу Расимовна** — студент, стажер-исследователь кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). Контактная информация: khurmatullina\_a\_r@student.sechenov.ru;

119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4358-7823>

**Охлобыстин Алексей Викторович\*** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). Контактная информация: okhlobystin\_a\_v@staff.sechenov.ru;

119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4617-2292>

**Андросова Людмила Николаевна** — врач отделения хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский уни-

### Information about the authors

**Alsu R. Khurmatullina** — Student, Research Intern of the Department of Internal Diseases Propedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

Contact information: khurmatullina\_a\_r@student.sechenov.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4358-7823>

**Alexey V. Okhlobystin\*** — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases Propedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

Contact information: okhlobystin\_a\_v@staff.sechenov.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4617-2292>

**Ludmila N. Androsova** — Physician at the department of Chronic Intestinal and Pancreatic Diseases, V.Kh. Vasilenko Clinic of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

\* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

верситет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).  
Контактная информация: androsova\_l\_n\_1@staff.sechenov.ru;  
119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4094-0956>

**Рзаев Рамин Теймурхан оглы** — кандидат медицинских наук, врач-рентгенолог отделения лучевой диагностики университетской клинической больницы № 2, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).  
Контактная информация: ramin-rz@mail.ru;  
119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6005-6247>

**Тертычный Александр Семенович** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией электронной микроскопии и иммуногистохимии Института клинической морфологии и цифровой патологии, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).  
Контактная информация: tertychnyy\_a\_s@staff.sechenov.ru;  
119435, г. Москва, Абрикосовский пер., 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5635-6100>

**Кiryukhin Андрей Павлович** — кандидат медицинских наук, врач-эндоскопист отделения диагностической и лечебной эндоскопии Университетской клинической больницы № 2, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).  
Контактная информация: a.p.kiryukhin@gmail.com;  
119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5685-8784>

**Охлобыстина Ольга Зурабовна** — кандидат медицинских наук, врач-гастроэнтеролог Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).  
Контактная информация: olga\_okhl@mail.ru;  
119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2766-7070>

**Жаркова Мария Сергеевна** — кандидат медицинских наук, заведующая отделением гепатологии Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В.Х. Василенко, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).  
Контактная информация: zharkova\_maria\_s@staff.sechenov.ru;  
119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5939-1032>

**Шифрин Олег Самуилович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии; заведующий отделением хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).  
Контактная информация: shifrin\_o\_s@staff.sechenov.ru;  
119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8148-2862>

Contact information: androsova\_l\_n\_1@staff.sechenov.ru;  
119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4094-0956>

**Ramin T. Rzaev** — Cand. Sci. (Med.), Radiologist at the Department of Radiation Diagnostics, University Clinical Hospital No. 2, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: raminrz@mail.ru;  
119435, Moscow, Pogodinskayastr., 1, build. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6005-6247>

**Alexander S. Tertychnyy** — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Laboratory of Electron Microscopy and Immunohistochemistry, Institute of Clinical Morphology and Digital Pathology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: tertychnyy\_a\_s@staff.sechenov.ru;  
119435, Moscow, Abrikosovskiy lane, 1, build. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5635-6100>

**Andrey P. Kiryukhin** — Cand. Sci. (Med.), Endoscopist, Department of Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, University Clinical Hospital No. 2, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: a.p.kiryukhin@gmail.com;  
119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5685-8784>

**Olga Z. Okhlobystina** — Cand. Sci. (Med.), Gastroenterologist at the V.Kh. Vasilenko Clinic of Internal Diseases Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: olga\_okhl@mail.ru;  
119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2766-7070>

**Maria S. Zharkova** — Cand. Sci. (Med.), Head of the Department of Hepatology, V.Kh. Vasilenko Clinic of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: zharkova\_maria\_s@staff.sechenov.ru;  
119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5939-1032>

**Oleg S. Shifrin** — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology, Head of the Department of Chronic Intestinal and Pancreatic Diseases of V.Kh. Vasilenko Clinic of Internal Diseases Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).  
Contact information: shifrin\_o\_s@staff.sechenov.ru;  
119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8148-2862>



**Ивашкин Владимир Трофимович** — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии; директор Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); главный внештатный специалист гастроэнтеролог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Контактная информация: [ivashkin\\_v\\_t@staff.sechenov.ru](mailto:ivashkin_v_t@staff.sechenov.ru);

119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6815-6015>

**Vladimir T. Ivashkin** — Dr. Sci. (Med.), Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology, Director of V.Kh. Vasilenko Clinic of Internal Diseases Propedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); Chief Gastroenterologist of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Contact information: [ivashkin\\_v\\_t@staff.sechenov.ru](mailto:ivashkin_v_t@staff.sechenov.ru);

119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6815-6015>

Поступила: 02.09.2024 Принята: 27.10.2024 Опубликована: 30.12.2024

Submitted: 02.09.2024 Accepted: 27.10.2024 Published: 30.12.2024