



VIII МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ  
НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ  
УЧАСТИЕМ

**СОВРЕМЕННЫЕ  
ТРЕНДЫ РАЗВИТИЯ  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ:**  
новые клинические решения  
и рекомендации

**ТЕЗИСЫ**  
победителей  
в конкурсе студенческих  
научных работ

**Место проведения**  
Москва,  
пр-т Академика Сахарова, д. 12  
**Сайт трансляции**  
umedp.ru

**23–24  
сентября  
2025  
Москва**

## Содержание

Диагностика и лечение рака желудка <i>Добрынина Софья Сергеевна</i>	3
Эффективность когнитивно-поведенческой терапии и гипнотерапии, ориентированной на кишечник, в снижении симптомов и улучшении качества жизни у пациентов с синдромом раздраженного кишечника <i>Касилина Виктория Алексеевна</i>	4
Ранняя диагностика рака желудка: ключевые тезисы <i>Махно Екатерина Александровна</i>	7
Роль хронического стресса в развитии функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) <i>Торгова Мария Сергеевна</i>	9
Аутоиммунный гепатит <i>Ярыгина Алина Евгеньевна</i>	11

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

*Добрынина Софья Сергеевна*

*Факультет среднего профессионального образования Лечебное дело, 2 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения России*

**Введение.** Рак желудка остается одной из ведущих причин онкологической смертности в мире. Наибольшее число заболеваний выпадает на возраст 50-60 лет. Часто опухоль выявляется на уже поздних стадиях, что ограничивает эффективность лечения и ухудшает прогноз. Ранняя диагностика и персонализированная терапия являются ключом к улучшению выживаемости.

**Цель.** Определить эффективные подходы к диагностике и лечению рака желудка, провести анализ современных методов стадирования и терапевтических стратегий с учетом молекулярно-генетических характеристик опухолей, а также выявить направления для улучшения прогноза и дальнейших исследований.

### **Методы исследования.**

*Клинико-эпидемиологическая оценка:* сбор анамнеза и физикальное обследование с акцентом на симптомы, факторы риска и функциональный статус (WHO/ECOG); оценка качества жизни для выбора тактики лечения.

*Эндоскопия и морфологическая верификация:* фиброгастроуденоскопия с прицельной биопсией и гистологическим типированием, расширенные эндоскопические техники (хромоскопия, NBI, EUS) для определения глубины инвазии и регионарных ЛУ, молекулярно-патологическое исследование биоптатов (иммунофенотипирование, HER2, PD-L1, MSI/MMR и др.).

*Радиологическое стадирование:* мультифазная контрастная КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза, ПЭТ/КТ при необходимости для выявления отдаленных метастазов, МРТ при сомнениях в поражении печени или для детальной визуализации мягких тканей.

*Лабораторные и функциональные исследования:* общий и биохимический анализ крови, оценка питания (альбумин), онкомаркеры (CEA, CA 19-9) для динамики, тесты функции печени, почек и сердца перед терапией.

*Инвазивные методы при необходимости:* диагностическая лапароскопия с перитонеальной цитологией перед радикальными вмешательствами, биопсия печеночных очагов или лимфоузлов для гистологической верификации метастаз.

*Молекулярно-генетическое профилирование:* комплексный NGS-анализ для поиска таргетных мутаций и отбора в клинические исследования, оценка микросреды опухоли (PD-L1, иммунный профиль), MSI и TMB для обоснования иммунотерапии.

**Вывод.** Комплексный подход к диагностике и лечению рака желудка, включающий раннюю эндоскопическую верификацию, точное стадирование (КТ, EUS), морфологическое и молекулярное профилирование, повышает вероятность радикального лечения и позволяет применять таргетную и иммунотерапию. Важно отследить заболевание на ранних стадиях, чтобы улучшить прогноз и вовремя принять необходимые меры лечения.

# **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ГИПНОТЕРАПИИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА КИШЕЧНИК, В СНИЖЕНИИ СИМПТОМОВ И УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

*Касилина Виктория Алексеевна*

*Лечебное дело, 2 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения России*

**Актуальность.** Синдром раздраженного кишечника (СРК) является функциональным заболеванием желудочно-кишечного тракта, характеризующимся хронической абдоминальной болью, дискомфортом, вздутием и изменением стула при отсутствии органической патологии. СРК затрагивает до 10-15% взрослого населения мира, значительно снижая качество жизни и приводя к высоким затратам на здравоохранение. Несмотря на достижения в фармакотерапии, многие пациенты не достигают стойкой ремиссии только за счет медикаментозного лечения. Ключевую роль в патогенезе СРК играет нарушение функционирования «кишечно-мозговой оси», что объясняет высокую коморбидность СРК с тревожными расстройствами, депрессией и стрессом. Психологические факторы могут усугублять висцеральную гиперчувствительность, изменять моторику кишечника и влиять на восприятие боли. В связи с этим, психологические вмешательства, такие как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и гипнотерапия, ориентированная на кишечник (ГОК), становятся все более признанными в качестве эффективных компонентов комплексной терапии СРК. Однако остается актуальным вопрос о сравнительной эффективности этих методов, их влиянии на различные подтипы СРК и механизмах их действия на ось «кишечник–мозг».

**Цель исследования.** Сравнить эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и гипнотерапии, ориентированной на кишечник, в снижении выраженности симптомов, улучшении качества жизни и психоэмоционального состояния у пациентов с синдромом раздраженного кишечника.

**Задачи исследования.**

1. Оценить динамику выраженности абдоминальной боли, вздутия живота и нарушений стула до, во время и после курсов КПТ и ГОК, а также в контрольной группе
2. Оценить изменение качества жизни пациентов с СРК до и после психологических вмешательств с помощью специализированных опросников.
3. Оценить динамику уровней тревожности и депрессии у пациентов в группах вмешательства и контрольной группе.
4. Сравнить длительность и стабильность достигнутого эффекта между КПТ и ГОК в течение 6-месячного периода наблюдения.
5. Выявить потенциальные предикторы ответа на КПТ или ГОК (например, подтип СРК, исходный уровень тревожности/депрессии, продолжительность заболевания).

### **Материалы и методы.**

*Дизайн исследования:* рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) с тремя параллельными группами. Участники: 150 пациентов с диагнозом СРК согласно Римским критериям IV, в возрасте 18–65 лет, имеющие умеренную или тяжелую степень выраженности симптомов (по IBS-SSS  $\geq$  175 баллов). Критерии исключения: органические заболевания ЖКТ, активные психиатрические расстройства (психоз, суицидальные тенденции), злоупотребление психоактивными веществами, беременность/лактация. Пациенты будут рандомизированы в соотношении 1:1:1 в группы: КПТ, ГОК, или контрольную группу (стандартное медицинское лечение).

*Интервенции:* группа КПТ — 8 еженедельных индивидуальных сессий (60 мин каждая) с обученным психотерапевтом, фокусирующихся на реструктуризации когнитивных искажений, связанных с симптомами СРК, стратегиях совладания со стрессом, релаксационных техниках и поведенческих изменениях. Группа ГОК: 8 еженедельных индивидуальных сессий (60 мин каждая) с обученным специалистом, использующих целенаправленные гипнотические внушения для модуляции висцеральной чувствительности, кишечной моторики и уменьшения стресса. Контрольная группа: получает стандартное медицинское лечение от гастроэнтеролога и общие образовательные материалы о СРК без психологических вмешательств.

*Сбор данных:* клиническая оценка — до начала вмешательств (базовый уровень), после завершения курса (8–12 недель) и на контрольных точках через 3 и 6 месяцев после окончания терапии. Будут использоваться опросники: IBS Severity Scoring System (IBS-SSS) – основной показатель тяжести симптомов, IBS Quality of Life (IBS-QOL), а также дневники симптомов (ежедневная оценка боли, вздутия, характера стула). Дополнительные данные: демографические данные, подтип СРК (с преобладанием запоров, диареи или смешанный), длительность заболевания.

*Статистический анализ:* будут использоваться методы анализа дисперсии с повторными измерениями для сравнения изменений в симптомах и качестве жизни между группами. Корреляционный анализ будет применен для выявления связей между исходными характеристиками и ответом на лечение. Уровень статистической значимости будет установлен на  $p < 0.05$ .

**Результаты.** В рамках данного исследования предполагается, что обе экспериментальные группы, получающие когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и групповую психотерапию (ГОК), продемонстрируют статистически значимое снижение интенсивности симптоматики синдрома раздраженного кишечника (СРК), улучшение показателей качества жизни, а также редуцию уровней тревожности и депрессии в сравнении с контрольной группой. Прогнозируется устойчивость достигнутых терапевтических эффектов в течение шестимесячного периода последующего наблюдения. Не исключается возможность выявления дифференцированных эффектов между КПТ и ГОК как по динамике наступления, так и по специфике воздействия (например, потенциальное превосходство ГОК в купировании висцеральных проявлений СРК и превосходство КПТ в развитии навыков стрессоустойчивости и управлении коморбидной тревожностью). Кроме того, существует вероятность идентификации предикторов терапевтического ответа, что откроет возможности для персонализации выбора психологического вмешательства.

**Вывод.** Цель данного исследования — подтвердить, что когнитивно-поведенческая терапия и гипнотерапия, направленная на работу кишечника, являются действен-

ными немедикаментозными методами лечения СРК. Сравнительный анализ этих подходов позволит разработать персонализированные стратегии лечения, учитывающие особенности каждого пациента, что, в свою очередь, приведет к улучшению качества жизни и психоэмоционального благополучия. Полученные данные будут способствовать более широкому применению психологических вмешательств в комплексной терапии СРК, акцентируя внимание на важности мультидисциплинарного подхода и роли оси «кишечник –мозг» в развитии заболевания.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА: КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ**

*Махно Екатерина Александровна*

*Лечебное дело, 2 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения России*

### **Актуальность проблемы**

Актуальность проблемы определяется значительной распространенностью рака желудка (РЖ) среди населения России, показатели которого в разы выше, чем в государствах Европы и Соединенных Штатах. При этом в нашей стране заболевание преимущественно диагностируется на третьей и четвертой стадиях. Почти 50% больных умирают в течение первого года с момента постановки диагноза, а уровень пятилетней выживаемости не достигает и 20%. Обнаружение онкологического процесса на первой стадии дает возможность увеличить этот показатель до 90% и более.

### **Методы исследования**

Диагностический процесс при раке желудка предполагает комплексный подход, включающий сбор анамнеза, проведение лабораторных и инструментальных исследований, а также проведение дифференциальной диагностики.

На начальных этапах рака желудка (РЖ) характерные клинические симптомы, как правило, не наблюдаются. Первые признаки заболевания часто соответствуют так называемому «синдрому малых признаков», который объединяет в себе беспричинную общую слабость, повышенную утомляемость, снижение трудоспособности и утрату интереса к происходящему вокруг. Тем не менее подобная симптоматика обычно возникает лишь на II–IV стадиях онкологического процесса.

При этом в популяции широко распространены явления диспепсии, к ним причисляются: болевые ощущения и жжение в эпигастральной зоне, чувство тяжести и переполнения в желудке после приема пищи. В качестве сопутствующих симптомов также могут выступать тошнота и отрыжка. У подавляющего большинства этих больных данные проявления не обусловлены органическим (включая онкологическое) повреждением желудка, и им ставится диагноз «функциональная диспепсия». Среди оставшейся доли пациентов с органической природой диспепсии приблизительно 1% случаев приходится на рак желудка. Скрупулезный анализ жалоб и истории болезни дает возможность уже на данном этапе диагностики отнести больного к группе высокого или низкого риска по РЖ.

Своевременное выявление рака желудка (РЖ) на первоначальном этапе включает в себя выполнение общеклинического анализа крови. Основанием для онконастороженности в отношении РЖ у пациентов с диспепсией служит обнаружение анемии и повышенных показателей СОЭ.

Лицам из группы высокого риска по развитию РЖ с целью его раннего обнаружения назначается эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Данная процедура сопровождается забором биоптатов из пяти стандартных точек (малая и большая кривизна тела желудка, малая и большая кривизна антрального отдела, угол желудка), а также из всех видоизмененных участков слизистой с их последующим гистологическим исследова-

дованием. Морфологическая оценка позволяет определить степень выраженности атрофии и кишечной метаплазии, которые свидетельствуют об уровне риска возникновения злокачественного новообразования. При диагностике тяжелой атрофии и кишечной метаплазии пациенты подлежат динамическому наблюдению с ежегодным эндоскопическим контролем, что дает возможность диагностировать рак на ранней, излечимой стадии.

Для не прямой оценки состояния слизистой оболочки желудка (в частности, с целью выявления атрофических процессов в антральном отделе и теле желудка) применяется исследование сыворотки крови на уровень пепсиногена-I (ПГ1), пепсиногена-II (ПГ2) и их соотношения, а также концентрации гастрин-17 и антител к *H. pylori*. Выявление лабораторных признаков, косвенно указывающих на атрофический гастрит фундального отдела (снижение уровня ПГ1, ПГ2 и их соотношения), также является показанием для проведения ЭГДС.

Рентгенография желудка обладает низкой информативностью в диагностике начальных стадий РЖ и применяется исключительно у пациентов с противопоказаниями к выполнению эндоскопического исследования. Визуализация таких рентгенологических симптомов, как дефект наполнения с изъеденными контурами, деформация и сужение просвета желудка, изменение складчатости слизистой, а также отсутствие перистальтики на отдельном участке, свидетельствует о запущенной стадии онкопроцесса

### **Вывод**

Таким образом, внедрение современного диагностического комплекса, включая тщательный анализ «синдрома малых признаков», проведение ЭГДС с биопсией по протоколу и применение серологических маркеров (пепсиногены, гастрин-17), открывает новые возможности в онкологии. Этот многоуровневый подход позволяет не просто диагностировать рак желудка на самой ранней, доклинической стадии, но и выявлять пациентов с предраковыми изменениями (атрофия, метаплазия). Раннее обнаружение заболевания — это ключ к эффективному, малоинвазивному лечению и главный стратегический ресурс в предотвращении грозных осложнений, что в итоге кардинально повышает шансы на полное выздоровление и сохранение качества жизни пациента.

### **Литература:**

<https://apicr.minzdrav.gov.ru/static/MP108.PDF>

<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-vozmozhnosti-i-perspektivy-ranney-diagnostiki-raka-zheludka/viewer>

# **РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В РАЗВИТИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ЖКТ)**

*Торгова Мария Сергеевна*

*Лечебное дело, 2 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения России*

**Введение.** Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представляют собой обширную группу расстройств, которые характеризуются наличием хронических и рецидивирующих симптомов, таких как боль в области живота, чувство дискомфорта, вздутие, а также нарушения стула, включая диарею или запоры, при отсутствии явных органических поражений или структурных изменений в органах пищеварения. К наиболее распространенным состояниям этой категории относятся синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональная диспепсия, функциональные нарушения моторики кишечника и другие подобные патологии. Эти заболевания имеют широкую распространенность среди населения разных возрастов и регионов, что делает их значимой проблемой для современной медицины. Они существенно снижают качество жизни пациентов, вызывая не только физический дискомфорт, но и эмоциональные проблемы, такие как тревожность или депрессия, которые, в свою очередь, могут усугублять течение заболевания. Одним из ключевых факторов, который, по мнению ученых, играет решающую роль в возникновении и обострении функциональных расстройств ЖКТ, считается хронический стресс. Современный ритм жизни, полный эмоциональных нагрузок, недостатка полноценного отдыха и нерегулярного питания, способствует чрезмерной активации стрессовых механизмов в организме. Эти механизмы, в свою очередь, могут приводить к нарушению нормального функционирования кишечника, вызывая или усиливая симптомы функциональных заболеваний. В последние годы научное сообщество уделяет все больше внимания исследованиям, направленным на изучение влияния стресса на микробиом кишечника — сложную экосистему микроорганизмов, обитающих в ЖКТ, — а также на взаимодействие оси «мозг–кишечник» и иммунные реакции.

**Цель исследования.** Комплексное и углубленное изучение роли хронического стресса в развитии функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), включая детальный анализ физиологических и патологических механизмов, а также оценку современных диагностических методов и перспективных терапевтических подходов, которые могут быть внедрены в клиническую практику в ближайшем будущем.

**Задачи исследования.**

1. Провести всесторонний анализ влияния хронического стресса на функционирование ЖКТ и установить его прямую и косвенную связь с развитием и обострением функциональных расстройств.
2. Изучить биологические и физиологические механизмы, лежащие в основе этих процессов, включая изменения состава и активности микробиома кишечника, функционирование оси «мозг–кишечник» и активацию иммунных реакций.

3. Оценить чувствительность, специфичность и практическую применимость различных диагностических методов, связанных с выявлением стресс-индуцированных нарушений в работе ЖКТ.

**Материалы и методы.** В качестве основы для проведения исследования был использован систематический обзор научных публикаций. Источниками данных служили ведущие научные базы, такие как PubMed и eLibrary, а также специализированные медицинские журналы. В анализ были включены следующие диагностические и исследовательские инструменты:

1. Оценка уровня кортизола в слюне как надежного маркера хронического стресса. Этот метод показал чувствительность на уровне 72% и специфичность 78%, что делает его полезным для скрининга.

2. Анализ микробиома кишечника с использованием современных технологий секвенирования 16S рРНК. Исследования выявили снижение диверсификации бактериальных сообществ у 65% пациентов, страдающих СРК, что указывает на возможную связь со стрессом.

3. Тест на уровень воспалительных маркеров, таких как интерлейкин-6 (ИЛ-6) и фактор некроза опухоли альфа (TNF- $\alpha$ ) в крови. Данный подход продемонстрировал чувствительность 80% и специфичность 85%.

4. Оценка активности оси «мозг–кишечник» с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (МРТ). Корреляция между уровнем стресса и выраженностью симптомов СРК была установлена в 88% случаев, что подчеркивает важность этого механизма.

5. Оценка эффективности традиционных методов диагностики в сравнении друг с другом, таких как опросники (например, IBS-SSS), и биомаркеров стресса; чувствительность опросников составила 70%, а специфичность — 75%.

**Результаты.** Сравнительный анализ данных показал, что хронический стресс играет значительную и многогранную роль в развитии функциональных заболеваний ЖКТ, оказывая влияние на состав микробиома, активацию иммунной системы и нейроэндокринные пути, регулирующие работу кишечника. Неинвазивные методы диагностики, такие как анализ уровня кортизола, оценка микробиома и измерение воспалительных маркеров, демонстрируют высокую чувствительность и открывают перспективы для раннего выявления нарушений.

**Выводы.**

1. Хронический стресс является одним из ключевых факторов в развитии функциональных заболеваний ЖКТ, оказывая существенное влияние на ось «мозг–кишечник», состав микробиома и иммунные реакции организма.

2. Биомаркеры, такие как кортизол, воспалительные цитокины и показатели микробиома, представляют собой перспективные инструменты для выявления нарушений на ранних стадиях и могут быть интегрированы в клиническую практику.

## **АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ**

*Ярыгина Алина Евгеньевна*

*Факультет Лечебное дело, 2 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»  
Министерства здравоохранения России.*

### **Введение**

Аутоиммунный гепатит (АИГ) представляет собой хроническое воспалительное заболевание печени, характеризующееся нарушением иммунной толерантности. При данной патологии собственная иммунная система организма продуцирует антитела против гепатоцитов, что приводит к их прогрессирующему разрушению, некрвоспалительным изменениям и в конечном итоге – к фиброзу и циррозу печени.

### **Ключевые характеристики аутоиммунного гепатита:**

*Иммунопатологический механизм.* Центральным звеном в развитии АИГ является дисфункция иммунной системы, при которой клетки печени воспринимаются как чужеродные антигены. Запускается каскад иммунных реакций с активацией CD4+ Т-лимфоцитов (хелперов), которые инициируют выработку аутоантител и цитокиновое воспаление.

*Гендерная предрасположенность.* Статистически подтверждено, что женщины страдают от АИГ значительно чаще (примерно в 2-3 раза) по сравнению с мужчинами.

*Возрастная динамика.* Манифестация заболевания имеет два выраженных пика: первый отмечается в ювенильном периоде (детский и подростковый возраст), а второй – у лиц зрелого возраста (между 40 и 60 годами).

### **Аутоиммунный перекрест.**

АИГ входит в спектр аутоиммунных патологий гепатобилиарной системы наряду с первичным билиарным холангитом (ПБХ) и первичным склерозирующим холангитом (ПСХ). Несмотря на разную локализацию патологического процесса (гепатоциты, желчные протоки), возможны перекрывающиеся синдромы (overlap-синдромы), осложняющие диагностику.

### **Классификация АИГ**

Типология заболевания строится на основе серологических маркеров – специфических аутоантител, выявляемых в крови пациента:

*АИГ 1 типа.* Наиболее распространенная форма (около 80% случаев), ассоциированная с антителами ANA и SMA. Нередко сочетается с другими аутоиммунными состояниями.

*АИГ 2 типа.* Преимущественно диагностируется у детей и молодых людей, характеризуется наличием антител к LKM-1. Отличается более агрессивным течением.

*АИГ 3 типа.* Выделяется по наличию антител к soluble liver antigen (SLA/LP). Клинические проявления схожи с первым типом.

### **Диагностический алгоритм**

Верификация диагноза требует комплексного подхода, объединяющего:

1) Клинико-anamнестические данные:

анализ жалоб, симптомов (астения, желтуха, артралгии) и семейного анамнеза.

2) Лабораторную диагностику: оценка биохимических показателей (повышение АЛТ, АСТ, IgG, гипергаммаглобулинемия) и обязательное серологическое тестирование на аутоантитела.

3) Инструментальные методы: визуализация печени (УЗИ, КТ, МРТ) для исключения иной патологии и оценки структуры органа.

4) Гистологическое исследование биоптата печени:

«золотой стандарт» для подтверждения диагноза, определения степени активности воспаления и стадии фиброза.

### **Терапевтическая стратегия**

Основная цель лечения – индукция и поддержание ремиссии, достижение биохимической и гистологической ремиссии, предотвращение осложнений.

### **Терапия первой линии включает:**

*Иммуносупрессивную терапию:* применение кортикостероидов (преднизолон) в комбинации с цитостатиками (азатиоприн) для подавления аутоагрессивного иммунного ответа.

*Длительный мониторинг:* регулярный контроль биохимических показателей и коррекция доз препаратов для минимизации побочных эффектов.

*Терапию «спасения»:* при неэффективности стандартных схем рассматриваются альтернативные препараты (такролимус, микофенолата мофетил, будесонид).

*Трансплантацию печени:* метод выбора при развитии декомпенсированного цирроза или фульминантном течении, резистентном к медикаментозной терапии.

**Цель исследования.** Провести комплексный анализ патогенеза, клинической картины, современных методов диагностики и лечения аутоиммунного гепатита, а также оценить его влияние на качество жизни пациентов.

### **Задачи исследования.**

1. Исследовать ключевые патогенетические механизмы, обуславливающие развитие аутоагрессии против гепатоцитов.

2. Систематизировать клинические проявления АИГ и проанализировать их влияние на повседневную жизнь и функциональный статус пациентов.

3. Оценить эффективность современных протоколов фармакотерапии и перспективные направления в лечении АИГ.

4. Определить прогностические факторы течения заболевания, включая влияние стадии фиброза на момент диагностики и коморбидного фона.

**Материалы и методы.** В исследовании будет применен мультидисциплинарный подход. Планируется клиническое обследование пациентов с акцентом на выявление специфических и неспецифических симптомов (желтуха, гепатомегалия, внепеченочные признаки). Лабораторная диагностика будет включать клинический и биохимический анализы крови с определением активности трансаминаз, уровня билирубина и гамма-глобулинов. Серологическая идентификация аутоантител (ANA, SMA, anti-LKM1, anti-SLA) будет crucial для типизации АИГ. Инструментальные методы (эластография, УЗИ) и морфологический анализ биоптатов печени позволят объективизировать степень повреждения органа.

### **Заключение**

Аутоиммунный гепатит остается сложным и многоаспектным заболеванием, успех в ведении которого напрямую зависит от своевременной и точной диагностики, основанной на интеграции клинико-лабораторных и морфологических данных. Современная иммуносупрессивная терапия позволяет достичь стойкой ремиссии у большинства пациентов, замедлив прогрессирование болезни.

В условиях роста распространенности и клинического полиморфизма АИГ дальнейшие исследования направлены на углубление знаний о его этиопатогенезе, поиск новых биомаркеров для ранней диагностики и разработку персонализированных схем терапии для улучшения отдаленных результатов и качества жизни пациентов.