

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Правительство Санкт-Петербурга  
Санкт-Петербургское отделение РАН  
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова  
Российское научное медицинское общество терапевтов  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова  
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова  
Санкт-Петербургское общество терапевтов им. С.П. Боткина  
Санкт-Петербургская ассоциация врачей-терапевтов  
Ассоциация ревматологов России  
Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга»  
ОО «Человек и его здоровье»



Всероссийский терапевтический конгресс  
с международным участием

# БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

под редакцией  
академика РАН Мазурова В.И., профессора Трофимова Е.А.

---

---

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

---

---

Санкт-Петербург  
2026

у пациентов с «атипичным» серонегативным артритом и протеинурией для своевременной диагностики амилоидоза и назначения патогенетической терапии.

## ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АКТИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Каримова О.С., Ташпулатова М.М.**  
Ташкент медицинские университет,  
Ташкент, Узбекистан

**Введение.** Ревматоидный артрит (РА) – хроническое системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани, характеризующееся эрозивно-деструктивным поражением преимущественно периферических суставов, приводящее к снижению функциональной активности и качества жизни пациентов.

**Цель исследования.** Оценить влияние индивидуально подобранного комплекса физической реабилитации на динамику активности заболевания и функциональный статус пациентов с ревматоидным артритом.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 46 пациентов с верифицированным диагнозом РА. Средний возраст обследованных составил 48–65 лет, средняя длительность заболевания – 6 лет. Пациенты были распределены на две группы.

Контрольная группа (n=23) получала стандартную медикаментозную терапию, включавшую базисные противоревматические препараты и нестероидные противовоспалительные средства.

Основная группа (n=23) наряду с медикаментозным лечением проходила программу индивидуальной физической реабилитации, включавшую лечебную физкультуру, кинезотерапию и механотерапию. На начальном этапе (1–2 недели) применялись упражнения адаптационного характера и дыхательная гимнастика. В основной период (3–10 недели) проводились занятия лечебной физкультурой и кинезотерапией продолжительностью 40 минут 3 раза в неделю. На заключительном этапе (11–12 недели) пациентам были даны рекомендации по продолжению тренировок в домашних условиях с целью закрепления достигнутых результатов. Оценка эффективности проводилась исходно, через 1 и 3 месяца с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) боли и индекса функциональной активности HAQ-DI.

**Результаты.** Анализ данных после 12-недельного курса реабилитации продемонстрировал преимущество комплексного подхода к лечению. В основной группе индекс активности заболевания DAS28

снизился до  $3,1 \pm 0,3$ , тогда как в контрольной группе данный показатель составил  $4,2 \pm 0,4$  ( $p < 0,05$ ). Субъективная оценка болевого синдрома по шкале ВАШ в основной группе снизилась на 40% и составила  $32,4 \pm 6,5$  мм, по сравнению с  $54,2 \pm 8,1$  мм в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). Индекс инвалидизации HAQ-DI также продемонстрировал достоверную положительную динамику:  $1,1 \pm 0,2$  в основной группе против  $1,8 \pm 0,2$  в контрольной, что свидетельствует о значительном улучшении повседневной активности пациентов. Статистический анализ выявил прямую корреляционную связь между регулярностью реабилитационных занятий и увеличением объема движений в пораженных суставах.

**Выводы.** Полученные результаты подтверждают, что физическая реабилитация является важнейшим компонентом комплексного лечения ревматоидного артрита. Она способствует снижению выраженности болевого синдрома, замедлению функциональной деградации суставов и улучшению качества жизни пациентов. Включение структурированных программ лечебной физкультуры в стандартные протоколы лечения позволяет достичь более устойчивого клинико-функционального эффекта и повысить эффективность терапии.

## ИНДЕКС ОКРУЖНОСТЬ ТАЛИИ/РОСТ КАК ПРЕДИКТОР ОТВЕТА НА UVB-ТЕРАПИЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМ И ТЯЖЕЛЫМ ПСОРИАЗОМ

**Карнаухова М.Т., Корнишева В.Г.,  
Разнатовский К.И., Гулордава М.Д.**  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Выявить влияние индекса окружности талии/рост (ОТ/р) на эффективность UVB-терапии у больных со среднетяжелым и тяжелым псориазом.

**Материалы и методы.** Было обследовано 58 пациентов, страдающих среднетяжелым и тяжелым псориазом (PASI  $\geq 10$ ) в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 40 лет), которые получали узкополосную, средневолновую UVB-терапию (311нм) на базе 1 дерматовенерологического отделения микологической клиники ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Для анализа влияния индекса ОТ/р на результаты терапии в зависимости от индекса ОТ/р пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа - ОТ/р  $< 0,50$  (норма) - 17 больных (29%); 2 группа ОТ/р - 0,50 до 0,59 (повышенный риск висцерального ожирения) - 19 больных (33%); 3 группа - ОТ/р  $\geq 0,60$  (высокий риск