

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

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,
профессора Трофимова Е.А.
СПб.: 2026. – 494 с.

Рецензент: Тыренко В.В.

д.м.н., профессор, начальник кафедры и клиники факультетской терапии
им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,
главный кардиолог Министерства обороны Российской Федерации

Подготовлено на основе материалов, присланных авторами.

Редакция не несет ответственности за содержание опубликованной информации.

ISBN 978-5-6056184-1-6

ляции. 2. Частота ГЭРБ у больных диабетом составила более половины наблюдений, что подтверждает ключевую роль метаболических и нейропатических нарушений в формировании рефлюксной патологии. и увеличением числа эпизодов патологического рефлюкса.

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Абдуназарова З.А.

Ташкентский государственный медицинский университет,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить уровни основных показателей липидного обмена у больных хроническим панкреатитом и метаболически ассоциированной жировой болезнью печени, определить их взаимосвязь с клинико-биохимическими характеристиками и оценить эффективность комбинированного применения урсодезоксихолевой кислоты и статинов.

Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное исследование с участием 78 пациентов. В первую группу вошли 36 больных с хроническим панкреатитом, во вторую группу – 42 пациента с сочетанным течением хронического панкреатита и метаболически ассоциированной жировой болезни печени. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

У всех пациентов изучались основные показатели липидного обмена: общий холестерин, триглицериды, липопротеины высокой и низкой плотности. Дополнительно оценивались клинико-биохимические показатели, включая уровни аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, билирубина и амилазы.

Части пациентов с сочетанной патологией проводилась комбинированная терапия урсодезоксихолевой кислотой и статинами. Статистическая обработка данных включала сравнительный и корреляционный анализ.

Результаты и обсуждение. У больных хроническим панкреатитом выявлены нарушения липидного обмена, проявляющиеся повышением уровней общего холестерина и триглицеридов при снижении концентрации липопротеинов высокой плотности.

У пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени изменения липидного профиля носили более выраженный характер и сопровож-

дались увеличением атерогенных фракций липидов. Наиболее значимые нарушения липидного обмена отмечались у пациентов с сочетанным течением хронического панкреатита и МАЖБП.

Выявлены корреляционные связи между показателями липидного обмена и клинико-биохимическими характеристиками, в частности уровнями АЛТ, АСТ, билирубина и амилазы.

На фоне комбинированного применения урсодезоксихолевой кислоты и статинов отмечалась тенденция к улучшению липидного профиля и снижению выраженности биохимических нарушений.

Выводы. Сочетание хронического панкреатита и метаболически ассоциированной жировой болезни печени сопровождается более выраженными нарушениями липидного обмена. Показатели липидного профиля взаимосвязаны с клинико-биохимическими характеристиками функции печени и поджелудочной железы. Комбинированная терапия урсодезоксихолевой кислотой и статинами является эффективным подходом к коррекции дислипидемии у данной категории пациентов.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА КАК КЛЮЧЕВОЙ КОМОРБИДНЫЙ ФАКТОР ПРИ РАННЕМ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Абдураззакова Д.С., Хушнаев М.А., Бегматова Х.Н.

Ташкентский государственный медицинский университет,
Ташкент, Узбекистан

Введение и цель. Ранний остеоартрит (ОА) коленных суставов может сопровождаться умеренно выраженным синовитом. Сахарный диабет 2 типа (СД2) ассоциирован с хроническим низкоинтенсивным воспалением и метаболическими нарушениями, которые потенциально повышают вероятность воспалительного компонента при раннем гонартрозе. Патогенетические механизмы включают хроническую гипергликемию и инсулинорезистентность: накопление конечных продуктов гликирования (AGEs), усиление оксидативного стресса и повышение провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF- α), что может способствовать прогрессированию дегенеративно-воспалительных изменений.

Цель исследования. Оценить частоту синовита у пациентов с ранним ОА коленных суставов при наличии СД2.

Материал и методы. Обследовано 64 пациента с первичным ОА коленных суставов (критерии ACR и критерии Института ревматологии РАМН). Женщины – 50 (78,1%), мужчины – 14 (21,9%). Пациенты распределены на группы: СД2 (+) – 34 (53,1%), СД2 (–) – 30

(46,9%). Всем выполнена артросонография коленных суставов для выявления синовита по стандартным ультразвуковым признакам.

Результаты и обсуждение. В группе СД2 (+) синовит выявлен у 14 из 34 пациентов (41,2%), тогда как в группе СД2 (–) – у 8 из 30 (26,7%). Следовательно, при наличии СД2 синовит встречался примерно в 1,5 раза чаще, а абсолютная разница составила 14,5 процентных пункта (41,2% vs 26,7%). Эти данные подчеркивают необходимость активного раннего выявления синовита у пациентов с СД2, поскольку клиническая картина может недооценивать выраженность воспалительного компонента.

Выводы и заключение. У пациентов с ранним ОА коленных суставов и СД2 синовит по данным артросонографии выявляется у 41,2% больных (против 26,7% при отсутствии СД2). Рекомендуется ранняя ультразвуковая оценка синовита и комплексная коррекция метаболических факторов риска (контроль гликемии, массы тела и сердечно-сосудистых параметров) наряду с базовой терапией ОА.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ РАННЕГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Абдураззакова Д.С., Матчанов С.Х.,
Саидрасулова С.С.
Ташкентский государственный медицинский университет,
Ташкент, Узбекистан

Введение и цель. Метаболический синдром (МС), включающий абдоминальное ожирение, артериальную гипертензию, дислипидемию и нарушения углеводного обмена, рассматривается как важный фактор формирования «метаболического фенотипа» остеоартрита (ОА). Для МС характерно хроническое низкоинтенсивное воспаление, способное усиливать синовиальную реактивность и повышать частоту синовита уже на ранних стадиях гонартроза.

Цель исследования. Определить частоту синовита у пациентов с ранним ОА коленных суставов при наличии МС.

Материал и методы. Нами было обследовано 64 пациента с первичным остеоартритом коленных суставов, удовлетворяющих критериям гонартроза Американской коллегии ревматологов, а также критериям, разработанным Институтом ревматологии РАМН. В возрасте 35–60 лет. Женщины – 50 (78,1%), мужчины – 14 (21,9%). Сформированы группы: МС (+) – 38 (59,4%), МС (–) – 26 (40,6%). Всем выполнена артросонография коленных суставов для выявления синовита по стандартным ультразвуковым признакам (выпот и/или утолщение синовиальной оболочки).

Результаты и обсуждение. В группе МС (+) синовит выявлен у 26 из 38 пациентов (68,4%), тогда как в группе МС (–) – у 12 из 26 (46,2%). Таким образом, при наличии МС синовит встречался примерно в 1,5 раза чаще, а абсолютная разница составила 22,2 процентных пункта (68,4% vs 46,2%). Полученные данные подтверждают значимость метаболически обусловленного воспаления в формировании «воспалительного компонента» раннего гонартроза и целесообразность ранней УЗ-верификации синовита у пациентов с МС.

Выводы и заключение. У пациентов с ранним ОА коленных суставов на фоне МС синовит по данным артросонографии выявляется у 68,4% больных (против 46,2% при отсутствии МС). Ведение таких пациентов должно включать раннюю ультразвуковую оценку синовита и активную коррекцию компонентов МС (масса тела, АД, липидный и углеводный обмен) наряду с базовой терапией ОА.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ ОСТЕОАРТРИТОМ НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Абдураззакова Д.С., Матчанов С.Х.
Ташкентский государственный медицинский университет,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Обосновать эффективность индивидуализированных программ реабилитации у пациентов с ранним остеоартритом в условиях коморбидной патологии.

Материалы и методы. В исследование были включены 150 пациентов в возрасте от 40 до 50 лет с клиническими и инструментальными признаками раннего остеоартрита коленных суставов. У большинства обследованных выявлены метаболический синдром, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет. Распределение пациентов по группам проводилось с учетом структуры и степени выраженности сопутствующих заболеваний. Комплексное обследование включало клиническую оценку интенсивности болевого синдрома, анализ функциональных нарушений, определение показателей качества жизни, а также применение лабораторных и инструментальных методов исследования. Реабилитационная программа разрабатывалась индивидуально и предусматривала использование медикаментозной терапии, немедикаментозных методов, лечебной физкультуры, кинезиотерапии, элементов физиотерапевтического воздействия и коррекцию факторов риска.

Результаты и обсуждение. У пациентов с выраженной коморбидной нагрузкой отмечались более

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А		Архипина С.А.	22	Белова К.Ю.	43, 247
Абазова С.В.	4	Аскаров Н.Л.	22, 23, 24, 386, 387	Белов А.М.	43
Аббасова Е.Д.	5	Астапенко А.В.	67	Белов Б.С.	33, 92
Абдильманова А.С.	281	Атаманов В.М.	25, 26	Белов В.М.	43
Абдуазизова Н.Х.	6, 397	Атаходжиева А.М.	27	Бельских Е.М.	340
Абдувахобова А.М.	6	Ахвердян Ю.Р.	27, 77, 289, 307, 353	Беляева Е.А.	44, 126, 127, 438
Абдукаримова Л.О.	442	Ахмаджонова М.Д.	320	Беляева Е.Л.	124
Абдукаримова У.А.	3	Ахмедова Н.А.	404	Беляева С.В.	44
Абдукахарова М.Ф.	224	Ахмедова Н.М.	96, 97	Белякова А.В.	45, 46
Абдуллаев А.А.	425, 426	Ачкасов Е.Е.	341	Бенян А.С.	47, 101
Абдуллаев А.Х.	246			Бессонова Т.В.	11
Абдуллоев А.З.	428			Бижанова А.Б.	48
Абдуназарова З.А.	7			Бирюков Д.А.	416
Абдураззакова Д.С.	7, 8, 247			Битакова Ф.И.	231
Абенов А.А.	281	Б		Биценкова В.Л.	236
Аболёшина А.В.	9	Бабаджанова Н.П.	28, 141, 142	Благинина И.И.	48, 49, 50
Авдеева А.С.	52, 294	Бабушкин И.Е.	278, 326	Благодаренко А.Б.	50, 321
Аверкиева Ю.В.	55, 62, 112, 183	Багдасарян А.А.	171	Блудова Н.Г.	50, 176, 321
Айсина Т.Х.	250	Багмутова М.В.	18, 432	Бобкова А.О.	51, 52
Александров А.В.	10	Бакулин Г.Г.	29, 30	Бобожанов Х.Х.	358
Александрова Е.Д.	290	Балабаева Н.В.	31	Бобылева И.В.	52
Александров А.К.	106	Баланова Ю.А.	329	Бобылева Т.А.	52
Александров В.А.	10	Бандолик Е.Ф.	214	Богданова Е.Г.	16, 56, 74, 128, 312, 419
Алексеева Л.А.	11	Бандурко Е.П.	32	Богданов А.Н.	53
Алексеева Л.И.	165, 166, 167, 294, 337	Барадина И.Н.	287	Богомоллова Ю.С.	54
Алехина В.А.	236	Баранов А.А.	135, 186	Богулко К.А.	55, 109
Алиева Г.О.	5	Баранова М.М.	33	Боева О.И.	275
Алиева З.Г.	96, 97	Баранская М.С.	33	Бойченко П.К.	359
Алиева К.К.	12, 13, 263, 398	Барсуков А.В.	348	Болдуева С.А.	254
Аллазова С.С.	275	Барсукова Е.В.	290	Болехан А.В.	16, 56, 74, 128, 312, 419
Алламуродова Н.А.	313	Бархатов А.А.	360	Болтабоева М.Ш.	260
Алхазова Р.Т.	266, 421	Барышникова Н.В.	177, 256	Борисова М.А.	57
Аляви Б.А.	246	Баскаков И.Н.	402	Боровая Т.В.	159
Амиркулова Ф.Д.	12, 13	Батенова Г.Б.	34, 35, 280, 281, 282, 297, 298, 299, 300	Бредихина Д.А.	167
Антипин А.В.	416			Брюханов Я.И.	444
Антипин Е.А.	267	Бахранова Д.	375	Бубман Л.И.	58, 391, 392
Антонова Ю.В.	160, 222	Бахрихонова О.М.	381	Бувамухамедова Н.Т.	59
Антонович М.Н.	13, 14	Бахтияров П.Д.	49	Буриев И.М.	58, 391, 392
Анфиногенова Н.Д.	15	Бацунов О.К.	19, 222	Бутаев А.И.	260
Аньчкова М.И.	444	Бевзюк Д.Д.	276	Бутаев Т.Д.	230
Апанович М.А.	67	Бегматова Х.Н.	7	Бутакова К.Д.	60, 61, 62
Апаркина А.В.	167	Бедина С.А.	36, 240, 257, 368	Бушмина О.Н.	410
Апполонова С.А.	296	Безиева Х.А.	37	Быков Ю.В.	62, 63, 64
Апушкина Т.А.	55	Безнебеева А.А.	37	Былинская А.А.	192
Арефьева М.И.	267	Бейлина Н.И.	38, 39, 40	Быховец А.А.	65, 393
Аржавкина Л.Г.	16, 56, 74, 128, 312, 419	Бекенова Г.Т.	40, 41, 384, 385, 386, 389, 390		
Арзамасцева Т.Е.	17, 18, 19	Беккер Р.А.	62, 63, 64	В	
Арипов Б.С.	246	Белавина В.Н.	43	Вагина Ю.И.	359
Аронова Е.С.	57, 92	Белавина М.В.	43	Варварова С.И.	277
Арсентьева Н.А.	19, 222	Беленков Ю.Н.	296	Варичева О.С.	66
Артамонов К.В.	160	Белова Е.А.	173, 174		
Арунова Д.Б.	20				