

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

(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

интенсивные болевые ощущения, ограничение подвижности в коленных суставах и снижение уровня функциональной активности. Установлена устойчивая взаимосвязь между степенью метаболических нарушений и тяжестью клинических проявлений остеоартрита. Применение персонализированных программ лечения и реабилитации сопровождалось достоверным уменьшением болевого синдрома, увеличением объема движений и повышением показателей повседневной активности. Отмечалось улучшение переносимости физических нагрузок, стабилизация функционального состояния суставов и снижение частоты обострений заболевания. Наиболее выраженный положительный эффект наблюдался у пациентов, регулярно выполнявших рекомендованные реабилитационные мероприятия и соблюдавших принципы рационального образа жизни.

Выводы. Коморбидная патология оказывает существенное влияние на клиническое течение раннего остеоартрита и требует комплексного дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики. Использование индивидуализированных программ терапии и реабилитации с обязательной коррекцией сопутствующих заболеваний позволяет повысить эффективность лечения, замедлить прогрессирование дегенеративных изменений и улучшить качество жизни пациентов. Внедрение персонализированных восстановительных программ в систему комплексного ведения больных способствует формированию устойчивых функциональных результатов и профилактике инвалидизации.

СТРУКТУРА МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЕЕ РАЗЛИЧИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Аболёшина А.В., Зоткин Е.Г., Мовсесян А.А.,
Молева К.М., Макоева М.А.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Актуальность. Системное воспаление, лежащее в основе ревматоидного артрита (РА), вносит значительный вклад в развитие и прогрессирование мультиморбидной патологии, что определяет повышенный риск смертности пациентов. Известно, что пациент с РА имеет два и более сопутствующих заболеваний. Особый интерес представляет анализ различий в структуре мультиморбидности в зависимости от возраста дебюта РА, поскольку это понимание важно для разработки персонализированного подхода к ведению пожилых пациентов.

Цель. Оценить структуру мультиморбидной патологии у больных ревматоидным артритом пожилого возраста и выявить возможные отличия в зависимости от возраста дебюта заболевания.

Материалы и методы. В исследование включено 90 пациентов в возрасте старше 60 лет с достоверным диагнозом РА. 1 группу составили пациенты с ранее диагностированным РА и длительным течением болезни, $n = 45$. 2 группу составили пациенты с началом РА в возрасте старше 60 лет и длительностью заболевания до 3-х лет, $n = 45$; Оценка наличия сопутствующих заболеваний проводилась по данным медицинской документации и стандартного клинического, лабораторного, инструментального обследования, использовались индексы коморбидности: Charlson, CIRS-G.

Результаты. Медиана возраста пациентов на момент включения составила 63 [63; 66] в 1 группе и 68,5 [67,4; 71,1] во 2, соответственно ($p < 0,001$). Средний возраст дебюта заболевания: $46 \pm 9,5$ в 1 группе и $68 \pm 5,9$ во 2 группе ($p < 0,001$).

Сердечно-сосудистые заболевания встречались у 84 (93,3%) пациентов с РА пожилого возраста, преобладающее большинство больных страдало от гипертонической болезни (77 человек, 45%), нарушений ритма и проводимости (31 человек, 18%), ишемической болезни сердца (23 человека, 13%) и хронической сердечной недостаточности (24 человека, 14%). Заболевания легких встречались у 20 (22,2%) пациентов, среди них преобладал хронический бронхит (13; 46%) и ХОБЛ (6, 22%). ИЗЛ встречалось у 4 (14%) пациентов. заболевания ЖКТ и почек имели более половины пациентов (57; 63,3%). Также у трети пациентов встречались заболевания ЩЖ (29; 32,2%), преимущественно гипотиреоз (14; 48,3%). 18 пациентов (20%) имели сахарный диабет. Онкологические заболевания в анамнезе встречались у 11 (12%) человек. Наиболее часто отмечался рак кожи (4; 36%) и почек (3; 28%). Оценка наличия других заболеваний и состояний показала, что более чем у половины пациентов наблюдалась дислипидемия (64; 71,1%), треть пациентов страдала от ожирения (29; 32,2%), а также встречалась анемия (20; 22,2%), остеопороз (35; 38,9%) – в том числе с переломом позвоночника у 11 (31,5%) человек и асептический некроз (19; 21,1%).

Медиана общего счета индекса CIRS-G составила 13 [11;15], индекса тяжести – 1,8 [1,75; 2], индекса коморбидности – 4 [3; 5]. Медиана индекса Charlson – 4 [4; 5], 10-летняя выживаемость – 53 [2; 53].

Сравнительный анализ между группами показал, что у пациентов с поздним дебютом РА достоверно реже встречались дислипидемия (57,8% против 84,4%, $p = 0,006$), заболевания ЖКТ (53,3% против 73,3%, $p = 0,049$) и асептический некроз (11,1% против 31,1%, $p = 0,021$). В отношении других заболеваний и состояний отличий не получено.

По индексу коморбидности CIRS-G пациенты не отличались между собой и имели одинаково высокие значения баллов, а следовательно, и коморбидно-

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абазова С.В.	4
Аббасова Е.Д.	5
Абдильманова А.С.	281
Абдуазизова Н.Х.	6, 397
Абдувахобова А.М.	6
Абдукаримова Л.О.	442
Абдукаримова У.А.	3
Абдукахарова М.Ф.	224
Абдуллаев А.А.	425, 426
Абдуллаев А.Х.	246
Абдуллоев А.З.	428
Абдуназарова З.А.	7
Абдураззакова Д.С.	7, 8, 247
Абенов А.А.	281
Аболёшина А.В.	9
Авдеева А.С.	52, 294
Аверкиева Ю.В.	55, 62, 112, 183
Айсина Т.Х.	250
Александров А.В.	10
Александрова Е.Д.	290
Александров А.К.	106
Александров В.А.	10
Алексеева Л.А.	11
Алексеева Л.И.	165, 166, 167, 294, 337
Алехина В.А.	236
Алиева Г.О.	5
Алиева З.Г.	96, 97
Алиева К.К.	12, 13, 263, 398
Аллазова С.С.	275
Алламуродова Н.А.	313
Алхазова Р.Т.	266, 421
Аляви Б.А.	246
Амиркулова Ф.Д.	12, 13
Антипин А.В.	416
Антипин Е.А.	267
Антонова Ю.В.	160, 222
Антонович М.Н.	13, 14
Анфиногенова Н.Д.	15
Аньчкова М.И.	444
Апанович М.А.	67
Апаркина А.В.	167
Апполонова С.А.	296
Апушкина Т.А.	55
Арефьева М.И.	267
Аржавкина Л.Г.	16, 56, 74, 128, 312, 419
Арзамасцева Т.Е.	17, 18, 19
Арипов Б.С.	246
Аронова Е.С.	57, 92
Арсентьева Н.А.	19, 222
Артамонов К.В.	160
Арунова Д.Б.	20

Архипина С.А.	22
Аскаров Н.Л.	22, 23, 24, 386, 387
Астапенко А.В.	67
Атаманов В.М.	25, 26
Атаходжиева А.М.	27
Ахвердян Ю.Р.	27, 77, 289, 307, 353
Ахмаджонова М.Д.	320
Ахмедова Н.А.	404
Ахмедова Н.М.	96, 97
Ачкасов Е.Е.	341

Б

Бабаджанова Н.П.	28, 141, 142
Бабушкин И.Е.	278, 326
Багдасарян А.А.	171
Багмутова М.В.	18, 432
Бакулин Г.Г.	29, 30
Балабаева Н.В.	31
Баланова Ю.А.	329
Бандолик Е.Ф.	214
Бандурко Е.П.	32
Барадина И.Н.	287
Баранов А.А.	135, 186
Баранова М.М.	33
Баранская М.С.	33
Барсуков А.В.	348
Барсукова Е.В.	290
Бархатов А.А.	360
Барышникова Н.В.	177, 256
Баскаков И.Н.	402
Батенова Г.Б.	34, 35, 280, 281, 282, 297, 298, 299, 300
Бахранова Д.	375
Бахрихонова О.М.	381
Бахтояров П.Д.	49
Бацунов О.К.	19, 222
Бевзюк Д.Д.	276
Бегматова Х.Н.	7
Бедина С.А.	36, 240, 257, 368
Безиева Х.А.	37
Безнебева А.А.	37
Бейлина Н.И.	38, 39, 40
Бекенова Г.Т.	40, 41, 384, 385, 386, 389, 390
Беккер Р.А.	62, 63, 64
Белавина В.Н.	43
Белавина М.В.	43
Беленков Ю.Н.	296
Белова Е.А.	173, 174

Белова К.Ю.	43, 247
Белов А.М.	43
Белов Б.С.	33, 92
Белов В.М.	43
Бельских Е.М.	340
Беляева Е.А.	44, 126, 127, 438
Беляева Е.Л.	124
Беляева С.В.	44
Белякова А.В.	45, 46
Бенян А.С.	47, 101
Бессонова Т.В.	11
Бижанова А.Б.	48
Бирюков Д.А.	416
Битакова Ф.И.	231
Биценкова В.Л.	236
Благинина И.И.	48, 49, 50
Благодаренко А.Б.	50, 321
Блудова Н.Г.	50, 176, 321
Бобкова А.О.	51, 52
Бобожанов Х.Х.	358
Бобылева И.В.	52
Бобылева Т.А.	52
Богданова Е.Г.	16, 56, 74, 128, 312, 419
Богданов А.Н.	53
Богомоллова Ю.С.	54
Богулко К.А.	55, 109
Боева О.И.	275
Бойченко П.К.	359
Болдуева С.А.	254
Болехан А.В.	16, 56, 74, 128, 312, 419
Болтабоева М.Ш.	260
Борисова М.А.	57
Боровая Т.В.	159
Бредихина Д.А.	167
Брюханов Я.И.	444
Бубман Л.И.	58, 391, 392
Бувамухамедова Н.Т.	59
Буриев И.М.	58, 391, 392
Бутаев А.И.	260
Бутаев Т.Д.	230
Бутакова К.Д.	60, 61, 62
Бушмина О.Н.	410
Быков Ю.В.	62, 63, 64
Былинская А.А.	192
Быховец А.А.	65, 393

В

Вагина Ю.И.	359
Варварова С.И.	277
Варичева О.С.	66