

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Правительство Санкт-Петербурга  
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-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов  
Санкт-Петербургское общество терапевтов им. С.П. Боткина  
Санкт-Петербургская ассоциация врачей-терапевтов  
Ассоциация ревматологов России  
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  
2023

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием  
**БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ**

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,  
профессора Трофимова Е.А.  
СПб.: 2023. – 358 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 978-5-6046956-5-4**

**Результаты.** При рентгенографии КПС СИ выявлен у 59 больных (77,6%), из них II стадию имели – 23 (38,9%), III – 20 (33,9%), IV – 16 (27,2%). У 17 (22,4%) пациентов признаков СИ при рентгенографии не было выявлено. При МРТ у этих 17 больных обнаружены признаки одностороннего или двустороннего СИ, они также отвечали критериям ASAS для акс-СпА 2009 г. В обеих группах преобладали мужчины: 67,8% среди пациентов с АС и 70,5% – среди больных нр-аксСпА. Средний возраст начала заболевания при АС и нр-аксСпА не различался и составлял соответственно  $24,7 \pm 1,2$  года и  $22,6 \pm 1,1$  года.

Длительность заболевания у пациентов группы с АС ( $14,7 \pm 0,6$  года) была больше чем у больных с нр-аксСпА ( $4,1 \pm 0,5$  года;  $p < 0,001$ ). Диагноз АС установлен в среднем через  $11,4 \pm 1,6$  года, нр-аксСпА – через  $3,0 \pm 0,9$  года от начала болезни ( $p < 0,001$ ). Средний уровень боли по ВАШ у пациентов 1-й группы был  $40,6 \pm 1,6$  мм, во 2-й группе –  $31,6 \pm 2,3$  мм ( $p < 0,01$ ). HLA-B27 при АС выявлялся в 88,1%, при нр-аксСпА – в 94,1% случаев. В группе пациентов с АС СОЭ была несколько выше ( $32,5 \pm 1,4$  мм/ч), чем у больных нр-аксСпА ( $23,6 \pm 2,5$  мм/ч), однако эти различия недостоверны.

Среди пациентов двух групп преобладал аксиальный вариант АС, частота этих вариантов течения при АС и нр-аксСпА существенно не различалась. Как при АС, так и при нр-аксСпА чаще встречался артрит коленных суставов, который выявлен соответственно в 21,9% и 37,4% случаях.

В группе больных АС индекс активности BASDAI был достоверно выше –  $4,0 \pm 0,1$ , чем при нр-аксСпА –  $3,4 \pm 0,2$  ( $p < 0,01$ ). Однако существенных различий числа больных с высокой, умеренной и низкой активностью по BASDAI не отмечалось. В целом по группе у большинства пациентов отмечались незначительные функциональные нарушения. В группе АС они выявлены у 68,1% пациентов, и у 31,9% наблюдалось значительное ограничение функциональной активности. Индекс BASFI  $> 4$  не был зафиксирован в группе нр-аксСпА.

Количество энтезитов у больных АС составляло в среднем  $2,1 \pm 0,3$ , при нр-аксСпА –  $1,8 \pm 0,2$ . Из внесуставных проявлений в обеих группах преобладал увеит. В группе АС он выявлен у 27 (22,7%) пациентов, причем 6 из них отмечали рецидивы заболевания. В группе нр-аксСпА увеит был у 17,6% больных, и у одного из них он рецидивировал. Аортит был диагностирован только у одного пациента с АС.

**Заключение.** Таким образом, выявление больных на дорентгенологической стадии имеет важное значение. Ранняя диагностика заболевания позволит своевременно начать патогенетическую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами, которые для АС считаются структурно-модифицирующими, что может способствовать замедлению прогрессирования заболевания и сохранению качества жизни пациентов с АС. Новые критерии ASAS позволяют устанавливать диагноз СпА на ранней стадии, т. е. на стадии обратимых структурных изменений.

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ С НАРУШЕНИЕМ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА

**Набиева Д.А., Пулатова Ш.Б., Алиева К.К.**  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить рентгенологические изменения анкилозирующего спондилоартрита (АСА) с нарушением минерального обмена.

**Материал и методы.** В проспективное исследование было включено 102 пациента с достоверным диагнозом АС, подписавших информированное согласие. Средний возраст пациентов составил  $40,7 \pm 11,1$  лет (от 20 до 70), длительность заболевания – 10,7 (4-18) лет. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в суставах по ВАШ, оценку активности по ASDAS, BASDAI, BASFI, СОЭ, СРБ, содержание кальция, цинка, магния в сыворотке, и магния в эритроцитах. Всем пациентам выполнялась стандартная рентгенография в прямой и боковой проекциях для оценки крестцово-подвздошного сочленения и позвоночника и определяли рентгенологическую стадию АСА. Больным, не имевшим рентгенологических признаков, характерных для АСА, было рекомендовано проведение МРТ.

**Результаты.** Все больные были разделены на 2 группы по количеству микроэлементов: 1-я группа 49 (48%) больных (магний, кальций и цинк в сыворотке крови в норме) и 2-я группа 53 (52%) больных (магний, кальций и цинк ниже нормы). Рентгенологические изменения в суставах у больных АСА были проанализированы по группам: у 64% больных I группы преобладали рентгенологические признаки II степени сакроилеита (I ст – 6,1%, III ст – 16,3%, IV ст – 12,2% случаев). Во II группе преобладали признаки сакроилеита преимущественно III (28,4%) и IV степени (35,8,2%). Кроме того, проведено сравнение и анализ рентгенологических показателей коксартроза у больных с АСА в группах. Во II группе больных с микроэлементным дефицитом тяжелая форма коксартроза III рентгенологической степени наблюдалась у 48% больных, а в I группе коксартроз III степени наблюдался у 22,7% больных. У больных I группы без микроэлементного нарушения выявлен коксартроз II степени 60% больных, во II группе II степени – 40% больных, во II группе коксартроз III степени наблюдался у 48%, а I группе без микроэлементного нарушения коксартроз III степени наблюдался у 22,7%.

**Заключение.** У больных АСА с нарушениями минерального обмена наблюдаются более тяжелые рентгенологические изменения в суставах. Таким обра-

зом, комплексное лечение больных АСА с учетом минерального обмена позволяет предотвратить серьезные рентгенологические изменения в суставах.

## ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Наиля А.С., Журавлева Н.С.

Рязанский государственный медицинский  
университет имени академика И.П. Павлова,  
Рязань

**Цель исследования.** Изучить особенности течения постковидного синдрома у больных сахарным диабетом 2 типа.

**Материал и методы исследования.** Через 1-18 мес после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) обследовано 85 больных с нарушением углеводного обмена, (20 муж и 65 жен, в возрасте 38-75 лет). Диагноз заболевания подтвержден идентификацией РНК вируса SARS-COV-2 методом ПЦР, выявлением антител IgM класса к вирусу в острый период или идентификацией антител IgG-класса в период реконвалесценции. Диагноз сахарного диабета 2 типа (СД) устанавливался согласно критериям ВОЗ и Национальных клинических рекомендаций. Был проведен телефонный опрос, а также изучены амбулаторные карты пациентов. Наряду с клинико-инструментальными методами исследования проводилось изучение пролиферативной активности лимфоцитов периферической крови в ответ на неспецифический митоген (фитогемагглютинин), а также изучалась активность клеток, синтезирующих циклооксигеназу, принимающих участие в развитии воспаления. В зависимости от тяжести течения больные были разделены на 2 группы: перенесшие легкую форму заболевания в виде ОРВИ (n 37) и средне-тяжелую и тяжелую форму заболевания в виде пневмонии (n 48). Больные также были разделены на подгруппы в зависимости от сроков наличия симптомов: до 12 недель (post-acute-COVID syndrome) и после 12 недель (post-COVID syndrome).

Контрольную группу составили 288 пациентов, перенесшие COVID-19, без признаков нарушения углеводного обмена.

**Результаты и обсуждение.** Учитывая значимость коморбидной патологии как фактора риска развития постковидного синдрома, не вызывает удивления факт редкого его отсутствия у больных СД, после перенесенной коронавирусной инфекции ( $p < 0,01$ ). Сравнительный анализ частоты клинических проявлений среди исследуемых групп позволил установить, что когнитивные нарушения, артралгия, другие нарушения (не включенные в анкету: тромботические осложнения, нарушение ритма, головокружения) встречались чаще в группе больных СД вне зависимости от тяжести перенесенной коронавирусной ин-

фекции по сравнению с группой пациентов без нарушения углеводного обмена ( $p < 0,05$  для всех перечисленных признаков). При этом, по мере отдаления от острого периода заболевания частота когнитивных расстройств, артралгий у пациентов с СД снижалась незначительно. Частота развития артериальной гипертензии не увеличивалась, что, возможно было обусловлено тем, что многие пациенты страдали гипертонической болезнью и до заболевания. Однако, многие больные отметили развитие неконтролируемой артериальной гипертензии, также было зафиксировано и увеличение уровня глюкозы и гликированного гемоглобина у ряда из них. У четырех пациентов впервые выявлено нарушение углеводного обмена после перенесенной коронавирусной инфекции (ни один из этих пациентов глюкокортикостероидные гормоны не получал).

Изучение реакций клеточного иммунитета свидетельствует о его дисфункции в первые три месяца после острого периода COVID-19, при этом более выраженное, чем у лиц контрольной группы. По прошествии 3 и более мес, клеточный иммунитет восстанавливается, однако воспаление в организме продолжается, о чем свидетельствует высокая активность клеток, синтезирующих циклооксигеназу.

**Выводы.** Последствия перенесенной коронавирусной инфекции, выявляемые как до трех, так и после трех мес после острого периода заболевания у больных сахарным диабетом 2 типа встречаются чаще, чем у пациентов без нарушения углеводного обмена. Частота проявлений постковидного синдрома аналогичны частоте проявлений у лиц контрольной группы, однако когнитивные нарушения, артралгии, другие нарушения (тромботические явления, нарушение ритма, головокружения) встречаются чаще. Причиной постковидного синдрома могут быть хроническое воспаление и дисфункция клеточного иммунитета.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОБИОТИЧЕСКОГО КИШЕЧНОГО ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Налетов А.В.<sup>1</sup>, Свистунова Н.А.<sup>1</sup>, Дубовик А.В.<sup>2</sup>,  
Мацынина М.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького, Донецк

<sup>2</sup>Кубанский государственный  
медицинский университет, Краснодар

<sup>3</sup>Северо-Западный государственный медицинский  
университет имени И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург

**Актуальность.** Дисбаланс кишечной микробиоты является одним из патогенетических звеньев функциональной патологии пищеварительного трак-

<p><b>АКТИВНОСТЬ КСАНТИНОКСИДОРЕДУКТАЗЫ КРОВИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ</b> Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Трофименко А.С., Мамус М.А., Спицина С.С. .... 170</p>	<p><b>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ С НАРУШЕНИЕМ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА</b> Набиева Д.А., Пулатова Ш.Б., Алиева К.К. .... 176</p>
<p><b>ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА КОСТНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ</b> Морозик П.М., Руденко Э.В., Руденко Е.В., Самоховец О.Ю., Кобец Е.В., Шибeko О.В. .... 170</p>	<p><b>ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА</b> Наиля А.С., Журавлева Н.С. .... 177</p>
<p><b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДА КСЕРОСТОМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА</b> Мохначева С.Б. .... 171</p>	<p><b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОБИОТИЧЕСКОГО КИШЕЧНОГО ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</b> Налетов А.В., Свистунова Н.А., Дубовик А.В., Мацынина М.А. .... 177</p>
<p><b>ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СИТАГЛИПТИН/МЕТФОРМИН ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</b> Мусаева М.А., Парпибаева Д.А., Салаева М.С., Шукурджанова С.М., Турбанова У.В., Султонова Д.А. .... 172</p>	<p><b>МНОЖЕСТВЕННЫЕ АСЕПТИЧЕСКИЕ НЕКРОЗЫ ГОЛОВОК ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРИПАРАТИДА – КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ</b> Насрулаева А.А. .... 178</p>
<p><b>КОМПРЕССИОННАЯ МИЕЛОПАТИЯ НА ФОНЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ</b> Мусаева Л.М., Прокофьева Ю.А., Пак Ю.В., Меньшикова И.В. .... 173</p>	<p><b>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ</b> Недбаева Д.Н., Воробьева А.А., Кухарчик Г.А. .... 179</p>
<p><b>FOLLOW-UP ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</b> Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. .... 174</p>	<p><b>ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ</b> Нелидова Н.В., Ефанова Е.Н. .... 180</p>
<p><b>КОГНИТИВНЫЕ И АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОСЛЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. .... 174</p>	<p><b>ТУБЕРКУЛЕЗ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</b> Нелидова Н.В., Ефанова Е.Н. .... 180</p>
<p><b>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И НЕРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ</b> Мухаммадиева С.М., Набиева Д.А., Хидоятова М.Р., Ширанова Ш.А., Ибрахимов А.И. .... 175</p>	<p><b>ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ</b> Нелидова Н.В., Богданова Е.Ю., Скворцова Е.С. .... 181</p>