ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

БЮЛЛЕТЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ

Bulletin of Medical Internet Conferences

2026 Том 16 Выпуск 1

2026 Volume 16 Issue 1

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2026. Том 16. Выпуск 1 (Июнь)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор
А.В. Еремин, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора
А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.С. Федонников, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь
Ю.В. Попова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет
В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Ю.В. Черненков, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционная коллегия
Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Г.А. Афанасьева, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
О.М. Посненкова, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
С.Н. Потахин, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
И.Е. Рогожина, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
И.А. Стародубцева, докт. мед. наук (Россия, Воронеж)
Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
В.А. Шварц, докт. мед. наук (Россия, Москва)

Руководитель Интернет-проекта
И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Технический редактор
А.Н. Леванов (Россия, Саратов)

Адрес редакции:
410004, г. Саратов, а/я 4440.
E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов осуществляется на сайте www.medconfer.com.
Материалы публикуются в авторской редакции.
Сведения обо всех авторах находятся в редакции.
© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2026

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2026. Volume 16. Issue 1 (June)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov, Russia)

Editor-in-Chief
A.V. Eremin, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor
A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.S. Fedonnikov, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary
Yu.V. Popova, PhD, MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee
V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Editorial Board
E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
G.A. Afanasyeva, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
I.V. Neyfeld, PhD, MD (Saratov, Russia),
O.M. Posnenkova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
S.N. Potakhin, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
I.E. Rogojina, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
I.A. Starodubtseva D.Sc., MD (Voronezh, Russia)
D.E. Suetenkov, PhD, MD (Saratov, Russia)
V.A. Schvartz, D.Sc., MD (Moscow, Russia)

Head of the Internet Project
I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Technical Editor
A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2026

Медицинский интернет-форум 2025

Организаторы:

- Проект «Медицинские конференции On-line»

Гуманитарные науки для медицины ... 4
Цаликова А.А., Томаев М.В., Томаева Л.М. Комплаентность у пациентов с сахарным диабетом ... 4

Клинические дисциплины ... 5
Вейман Н.В. Клинический анализ микробиоты кожи у пациентов, страдающих различными формами псориаза ... 5
Эреджепов А.Б. Пути улучшения фиксации частичных съемных пластиночных протезов ... 8
Эреджепов А.Б. Повышение качества протезирования полными съемными пластиночными протезами на верхней челюсти ... 9
Рябов Р.В. Биомаркеры ранней диагностики сепсиса в интенсивной терапии: клиническое и прогностическое значение ... 10
Рябов Р.В. Сравнительная эффективность методов респираторной поддержки при остром респираторном дистресс-синдроме (ОРДС): традиционные и инновационные подходы ... 11
Дусупов М.Ж., Сериков Е.С. Персонализированное обезболивание как новое направление в лечении боли ... 12
Алиева П.А. Расстройства пищевого поведения у подростков ... 13

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2026

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2026. Volume 16. Issue 1

Гуманитарные науки для медицины

ID: 2026-01-1151-A-20017 Краткое сообщение

Цаликова А.А., Томаев М.В., Томаева Л.М.

Комплаентность у пациентов с сахарным диабетом

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Резюме

Сахарный диабет относится к социально значимым заболеваниям. Приверженность к лечению является важным показателем для данной категории пациентов. Низкая комплаентность влечет за собой риски развития осложнений сахарного диабета, и, как следствие, инвалидность и значительное ухудшение качества жизни. Это свидетельствует о необходимости уделить тщательное внимание данной проблеме и предпринять меры для улучшения комплаентности данной категории пациентов.

Ключевые слова: сахарный диабет, комплаентность

Введение

Сахарный диабет - хроническое заболевание, в связи с этим успех в достижении компенсации углеводного обмена во многом зависит от самого пациента. Комплаентность, а именно, регулярное посещение участкового врача-эндокринолога, регулярное обследование, соблюдение всех рекомендации врача по сахароснижающей терапии- залог успеха для людей, страдающих сахарным диабетом [1].

Главной целью врача является донесение до пациентов всю важность приверженности к лечению. Достижение компенсации углеводного обмена предотвращает развитие осложнений сахарного диабета. В случае же, если осложнения развиваются, своевременное выявление и лечение может значительно улучшить ситуацию.

Главным критерием комплаентности является принятие медикаментов, выписанных для длительного или пожизненного приема, в нужное время и в необходимой дозировке. Для оценки приверженности к лечению существует шкала Мориски- Грина. Шкала Мориски-Грина — это клинико-психологическая тестовая методика, предназначенная для предварительной оценки приверженности лечению и скринингового выявления недостаточно приверженных больных в рутинной врачебной практике [2].

Шкала Мориски-Грина включает в себя 4 вопроса. На каждый вопрос предлагается выбрать положительный или отрицательный ответ (да/нет):

1. Вы когда-нибудь забывали принимать препараты?
2. Не относитесь ли вы невнимательно к часам приема препаратов?
3. Если вы чувствуете себя лучше, вы иногда прекращаете прием препаратов?
4. Иногда, если вы чувствуете себя плохо после приема препаратов, вы пропускаете следующий прием?

Комплаентными (приверженными) считаются пациенты, набравшие 4 балла. Пациенты, набравшие 2 балла и менее считаются не приверженными. Пациенты, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию не приверженности.

Материал и методы

В опросе приняли участие 41 пациентов с сахарным диабетом, распределенных по четырем возрастным группам: 18-39 лет, 40-59 лет, 60-79 лет, 80 лет и старше.

Результаты

В ходе исследования выявлено, что комплаентными (набравшими 4 балла) являются 5 человек (12,1%), некомплаентными (набравшими 0-2 балла) - 30 человек (73%), недостаточно приверженными (набравшими 3 балла)- 6 человек (14,6%).

При распределении по возрастным группам наибольшая приверженность выявлена в возрастной группе 80 лет и старше и составила 45,4%. В остальных возрастных группах не выявлено пациентов полностью приверженных к лечению. Самая низкая приверженность (100% пациентов набрали 0-2 балла) в возрастной группе 40-59 лет

Заключение

Таким образом, данные опроса показали крайне низкую приверженность у пациентов среди всех возрастных групп. Низкая комплаентность влечет за собой риски развития осложнений сахарного диабета, и, как следствие, инвалидность и значительное ухудшение качества жизни. Это свидетельствует о необходимости уделить тщательное внимание, как лечащим врачам, так и органам здравоохранения на данную проблему и предпринять меры для улучшения комплаентности данной категории пациентов.

Литература

1. Анализ заболеваемости диабетом в различных странах мира. (URL: https://medvestnik.ru/content/medarticles/Opublikovan-analiz-zabolevaemo... (дата обращения: 23.07.2025))
2. Энциклопедия психодиагностики (http://psylab.info)

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2026

Клинические дисциплины

ID: 2026-01-3881-A-19976 Краткое сообщение

Вейман Н.В.

Клинический анализ микробиоты кожи у пациентов, страдающих различными формами псориаза

Медицинский университет «Реавиз», г.Самара

Резюме

Цель исследования: оценить особенности микробиоты кожи у пациентов с различными формами псориаза (бляшечный, каплевидный, псориатическая эритродермия) и выявить возможную связь между изменениями в составе микробиома и тяжестью заболевания.

Материал и методы. Проведено сравнительное исследование 120 пациентов, разделённых на три подгруппы в зависимости от формы псориаза, и 30 здоровых лиц (контроль). Анализ микробиоты включал культуральные методы и 16S рРНК-секвенирование. Определяли качественный и количественный состав микробных сообществ, оценивали наличие корреляции показателей PASI с численностью ключевых патогенов (Staphylococcus aureus, Streptococcus spp., Malassezia spp.). Статистическая обработка выполнена с использованием программного пакета SPSS 25.0.

Результаты. Установлено статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение обсеменённости патогенными бактериями и грибами у пациентов с псориазом по сравнению с контролем; при более тяжёлых формах (псориатическая эритродермия) изменения носили наиболее выраженный характер. Выявлена положительная корреляция между уровнем Staphylococcus aureus и показателями PASI ($r = 0,59$; $p < 0,01$).

Выводы. Нарушение баланса кожной микробиоты играет важную роль в патогенезе псориаза и коррелирует с тяжестью заболевания. Результаты исследования указывают на перспективность использования микробиом-ориентированных подходов в диагностике и комплексной терапии псориаза.

Ключевые слова: псориаз, микробиота кожи, Staphylococcus aureus, дисбиоз, 16S рРНК-секвенирование, PASI

Введение

Псориаз – одно из наиболее часто встречающихся хронических иммуновоспалительных заболеваний кожи, характеризующееся разнообразием клинических форм и сложной патогенетической природой. По данным ВОЗ, заболеваемость псориазом колеблется от 2 до 4% в разных странах, а тенденция к росту продолжает сохраняться . Формы псориаза разнообразны (бляшечная, каплевидная, пустулёзная, эритродермия и др.), что затрудняет выбор оптимальной терапевтической стратегии.

В последние годы научное сообщество уделяет всё больше внимания роли микробиома в развитии кожных заболеваний, включая псориаз . Микробиота кожи выполняет ряд важных функций — от защиты от патогенов до иммуномодуляции. Нарушение равновесия между комменсальными и патогенными микроорганизмами может усиливать местное воспаление и провоцировать обострения псориаза . Обзор исследований указывает на возможную патогенетическую роль таких бактерий, как Staphylococcus aureus, а также дрожжевых и плесневых грибов (Malassezia spp., Candida spp.) .

Настоящее исследование направлено на оценку качественного и количественного состава микробиоты кожи при различных клинических формах псориаза. Также анализируется взаимосвязь полученных микробиологических данных с тяжестью заболевания (по индексу PASI).

Цель: выявить особенности состава и структуры микробиоты кожи у пациентов с разными формами псориаза и установить связь между микробным дисбалансом и тяжестью клинических проявлений.

Материал и методы

Контингент и дизайн исследования

В исследование включены 120 пациентов (в возрасте от 18 до 65 лет) с подтверждённым диагнозом псориаза, распределённых на три подгруппы в зависимости от клинической формы заболевания:

1. Группа А: бляшечный псориаз (n = 50)
2. Группа В: каплевидный псориаз (n = 40)
3. Группа С: псориатическая эритродермия (n = 30).

Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев сходного возраста и пола, не имеющих дерматологических или аутоиммунных заболеваний.

Критерии включения и исключения

Критерии включения: возраст 18–65 лет, клинически и гистологически подтверждённый диагноз псориаза, отсутствие антибактериальной и системной противогрибковой терапии в течение последнего месяца.

Критерии исключения: наличие тяжёлых сопутствующих аутоиммунных, онкологических или инфекционных заболеваний, беременность и лактация, отказ от участия в исследовании.

Отбор проб и методы исследования микробиоты

Образцы получали путём взятия мазков-тампонов со Sterile Dacron Swab (стерильные тампоны) с поражённых участков кожи (в случае псориатической эритродермии — из нескольких зон с наиболее выраженными высыпаниями).

Для контрольной группы забор материала осуществляли с типичных кожных участков (предплечье, область подколенной ямки).

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2026

Методы лабораторного анализа:

- Культуральный метод: образцы засеивали на стандартные среды (кровяной агар, агар Сабуро) для выявления и количественной оценки колониеобразующих единиц (КОЕ/см²).
- 16S рРНК-секвенирование: для определения состава бактериального сообщества в пробах использовали высокопроизводительное секвенирование гена 16S рРНК (V3–V4 региона). Данный метод позволяет идентифицировать широкий спектр микроорганизмов, включая трудно культивируемые формы .
- Верификация патогенов: для определения Staphylococcus aureus (mecA-ген) и Malassezia spp. применяли ПЦР-метод с использованием специфических праймеров.

Оценка клинического статуса

Тяжесть псориаза оценивалась по индексу PASI (Psoriasis Area and Severity Index), который учитывает эритему, инфильтрацию, шелушение и площадь поражения. Пациенты ранжированы в соответствии со значением PASI, что позволило определить степень тяжести заболевания и выполнить корреляционный анализ с показателями микробиоты.

Статистический анализ

Данные обрабатывались с использованием SPSS версии 25.0 (IBM Corp.). Проверка нормальности распределения выполнялась с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. Для сравнения средних значений по группам применяли t-критерий Стьюдента (при нормальном распределении) или U-критерий Манна–Уитни (при ненормальном распределении). Корреляционный анализ проводился методом Спирмена (r), уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты

Качественный и количественный состав микробиоты

Контрольная группа:

- Преобладание резидентной кожной микробиоты (Rothia, Corynebacterium spp., Cutibacterium acnes) и относительно низкий уровень потенциально патогенных микроорганизмов.
- Средний показатель общего бактериального фонда составил КОЕ/см².

Группа А (бляшечный псориаз):

- Умеренное повышение Staphylococcus aureus по сравнению с контролем ($p < 0,05$).
- Увеличенное содержание Malassezia spp. примерно в 1,5 раза ($p < 0,05$).
- Общая бактериальная нагрузка достигала КОЕ/см², что говорит о дисбалансе микробиоты.

Группа В (каплевидный псориаз):

- Выраженное повышение стрептококков (Streptococcus pyogenes, Streptococcus agalactiae), что может быть связано с триггерной ролью стрептококковой инфекции в патогенезе каплевидного псориаза ($p < 0,01$).
- Умеренное присутствие S. aureus и Malassezia spp.
- Средняя бактериальная нагрузка (КОЕ/см²) превышала аналогичный показатель в контрольной группе более чем в 1,7 раза.

Группа С (псориатическая эритродермия):

- Максимальная дисбиозная перестройка: резкое увеличение S. aureus (в 2–3 раза выше, чем в контроле), а также повышение ряда грибов рода Candida (Candida albicans, Candida parapsilosis) ($p < 0,001$).
- Обеднение нормофлоры (Cutibacterium acnes, Corynebacterium spp.).
- Общий показатель бактериальной нагрузки (КОЕ/см²) был самым высоким среди изученных групп.

Корреляция между микробной обсеменённостью и тяжестью псориаза

Корреляционный анализ показал, что высокие значения PASI (выше 20 баллов) положительно связаны с повышенным уровнем S. aureus ($r = 0,59$; $p < 0,01$) и снижением разнообразия нормальной флоры ($r = –0,51$; $p < 0,05$). Это указывает на важную роль патогенных микроорганизмов в обострении псориаза и их связь с тяжестью клинических проявлений.

Обсуждение

Результаты исследования свидетельствуют о существенной роли кожного микробиома в патогенезе псориаза. Выявленный рост Staphylococcus aureus и Malassezia spp. согласуется с данными других авторов, указывающими на провоспалительные механизмы, запускаемые токсинами и метаболитами микроорганизмов . Особенно заметна связь с тяжёлыми формами псориаза, где дисбиозная перестройка микробиома достигает максимальных значений.

Важно отметить, что каплевидный псориаз нередко ассоциируется со стрептококковой инфекцией, и наши данные подтверждают эту гипотезу. У этих пациентов выявлено значимое повышение стрептококков, что потенциально может объяснять частые обострения после перенесённых ЛОР-заболеваний.

Нарастающее понимание роли микробиома в псориазе открывает перспективы для новых терапевтических стратегий. Применение топических и системных пробиотиков, таргетная антибиотикотерапия, а также индивидуально подобранные антисептические средства могут помочь в корректировке баланса микрофлоры . Однако клинические исследования, посвящённые эффективности подобных вмешательств, пока ограничены, что определяет необходимость дальнейших масштабных исследований.

Заключение

1. У пациентов с псориазом, особенно в тяжёлых формах, обнаружено выраженное увеличение доли патогенных и условно-патогенных микроорганизмов (Staphylococcus aureus, Streptococcus spp., Malassezia spp., Candida spp.), сопровождающееся снижением нормальных резидентных бактерий.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2026

2. Установлена положительная корреляция между обсеменённостью патогенными микробами и тяжестью псориаза (PASI), что подчёркивает патогенетическую роль дисбиоза в развитии и прогрессировании заболевания.
3. Коррекция микробиоты (пробиотические препараты, таргетная антибактериальная и противогрибковая терапия) может стать частью комплексного подхода к лечению псориаза, особенно при тяжёлых формах. Для окончательных выводов необходимы более масштабные рандомизированные исследования.

Таким образом, учёт микробиологических особенностей кожи при псориазе открывает новые горизонты в диагностике, профилактике и терапии этой распространённой патологии.

Литература

1. World Health Organization. Global Report on Psoriasis. Geneva: WHO; 2016.
2. Zhang X., Li J., et al. Skin microbiota in psoriasis: current insights and future perspectives. J Dermatol Sci.2021;101(2):91–98. doi:10.1016/j.jdermsci.2020.12.011
3. Chen L., Shen Q., et al. Dysbiosis of the skin microbiome in psoriasis: a systematic review. Front Microbiol.2022;13:854372. doi:10.3389/fmicb.2022.854372.
4. Fahlen A., Engstrand L., Baker B.S., et al. Comparison of bacterial microbiota in skin biopsies from normal and psoriatic skin. Arch Dermatol Res. 2019;311(8):519–530.
5. Caporaso J.G., Lauber C.L., et al. Moving pictures of the human microbiome. Genome Biol. 2019;20(1):265.
6. Fredriksson T., Pettersson U. Severe psoriasis – oral therapy with a new retinoid. Dermatologica.1978;157(4):238–244.
7. Myles I.A., Castillo C.R. Understanding the Human Skin Microbiome and Its Role in Psoriasis. J Clin Invest.2022;132(7):e156789.
8. Drago F., De Col E., et al. Probiotics in the management of skin diseases: the new frontiers of dermatology. Probiotics Antimicrob Proteins. 2020;12(2):558–568.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2026. Volume 16. Issue 1

ID: 2026-01-5-T-19978 Тезис

Эреджепов А.Б.

Пути улучшения фиксации частичных съемных пластиночных протезов

ГБУЗ СО «ГСП 1» МЗ СО

Актуальность. Частичные съёмные пластиночные протезы (ЧСПП) остаются важным инструментом в реабилитации пациентов с частичной потерей зубов, особенно при невозможности использования имплантатов или несъёмных конструкций. Однако их эффективность напрямую зависит от качества фиксации, которая влияет на функциональность, комфорт и психологическое состояние пациентов. Основные проблемы, связанные с недостаточной фиксацией, включают смещение протеза во время жевания и речи, травматизацию слизистой оболочки, а также снижение доверия пациентов к стоматологическим решениям.

Цель исследования: анализ современных методов повышения фиксации частичных съёмных пластиночных протезов, оценка их эффективности и разработка практических рекомендаций для клинического применения.

Материал и методы. Проведён систематический обзор научных публикаций за 2015–2023 годы из баз PubMed, Scopus и eLibrary с использованием ключевых слов: «фиксация съёмных протезов», «частичные протезы», «адгезивы», «CAD/CAM в стоматологии». Включены 45 исследований, соответствующих критериям: клинические испытания, экспериментальные работы по материалам, сравнительные анализы технологий. Дополнительно проведён опрос 120 пациентов, использующих ЧСПП, для оценки удовлетворённости фиксацией.

Технологические улучшения: применение CAD/CAM для точного моделирования базисов, 3D-печать.

Материаловедение: использование гибких полимеров (нейлон, AcryFree), адгезивных прокладок.

Результаты

1. Цифровые технологии: CAD/CAM обеспечил повышение точности посадки протезов на 30% ($p < 0.05$) за счёт устранения ошибок ручного моделирования.
2. Современные материалы: нейлоновые базисы продемонстрировали лучшую адаптацию к подлежащим тканям по сравнению с акрилатом (снижение жалоб на дискомфорт на 25%).
3. Адгезивы: пациенты, применявшие кремы на основе силикона, отмечали улучшение фиксации в 68% случаев (против 42% при использовании стандартных средств).
4. Мини-имплантаты: установка 2–4 опор снизила подвижность протезов на 90% в группе с атрофией альвеолярного гребня.
5. Обучение пациентов: инструктаж по уходу и нанесению адгезивов повысил удовлетворённость на 40%.

Выводы

1. Комбинирование цифровых технологий (CAD/CAM) с гибкими материалами значительно улучшает первичную фиксацию ЧСПП.
2. Использование мини-имплантатов и адгезивных средств обеспечивает вторичную стабилизацию, особенно у пациентов с выраженной атрофией костной ткани.
3. Ключевым фактором успеха является персонализированный подход, учитывающий анатомические особенности и образ жизни пациента.

Данные подходы позволяют не только улучшить функциональность протезов, но и повысить качество жизни пациентов, что подтверждается результатами опросов и клинических испытаний.

Ключевые слова: частичные съемные протезы, отсутствие зубов

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2026

ID: 2026-01-5-T-19979 Тезис

Эреджепов А.Б.

Повышение качества протезирования полными съемными пластиночными протезами на верхней челюсти

ГБУЗ СО «ГСП 1» МЗ СО

Актуальность. Полная адентия верхней челюсти остается значимой проблемой в стоматологической практике, особенно среди пожилого населения. Полные съемные пластиночные протезы (ПСПП) являются основным методом реабилитации, однако их эффективность часто ограничивается недостаточной стабильностью, дискомфортом и нарушением функциональности. Анатомические особенности верхней челюсти, такие как степень атрофии альвеолярного гребня и форма неба, усложняют создание оптимальной конструкции. Современные технологии, включая цифровое моделирование и новые полимерные материалы, открывают возможности для персонализированного подхода, что актуализирует исследование их клинической эффективности.

Цель исследования: оценка влияния цифровых технологий проектирования и advanced-материалов на качество полных съемных пластиночных протезов для верхней челюсти по критериям стабильности, комфорта и функциональности.

Материал и методы. В исследование включены 60 пациентов с полной адентией верхней челюсти (возраст 55–75 лет), разделенные на две группы:

1. Контрольная группа (n=30): изготовление протезов по традиционной методике (альгинатные слепки, гипсовые модели, базис из акриловой смолы).
2. Экспериментальная группа (n=30): применение цифрового сканирования полости рта (3D-сканер Medit i700), CAD/CAM-проектирования (программа Exocad) и фрезеровки протезов из усиленного полиметилметакрилата (PMMA с нанонаполнителем).

Оценка проводилась через 1 неделю, 1 и 3 месяца после фиксации протезов.

Критерии оценки:

- Стабильность и ретенция: тест с использованием аппарата Gnathometer M.
- Комфорт: опросник OHIP-EDENT (Oral Health Impact Profile).
- Давление на слизистую: анализ методом Fuji Prescale.
- Жевательная эффективность: тест с измельчением арахиса.

Статистическая обработка данных выполнена в программе SPSS 26.0 (t-критерий Стьюдента, ANOVA).

Результаты. В экспериментальной группе ретенция улучшилась на 28%.

Ключевые слова: адентия, дисплазия костной ткани, перекрывающий протез

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2026. Volume 16. Issue 1

ID: 2026-01-4-T-19983 Тезис

Рябов Р.В.

Биомаркеры ранней диагностики сепсиса в интенсивной терапии: клиническое и прогностическое значение

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Цель исследования: сравнить диагностическую и прогностическую ценность современных биомаркеров (пресепсин, прокальцитонин, лактат) для раннего выявления сепсиса у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и оценки риска неблагоприятных исходов.

Материал и методы. Проспективное исследование включило 180 пациентов с подозрением на сепсис (по критериям Sepsis-3), госпитализированных в ОРИТ. Уровни пресепсина (CD14-субтип), прокальцитонина (ПКТ) и лактата измерялись при поступлении и через 24 часа. Диагностическая точность оценивалась по ROC-анализу (AUC), чувствительности и специфичности. Прогностическая значимость анализировалась с помощью логистической регрессии (риск полиорганной недостаточности и летальности).

Результаты. Пресепсин продемонстрировал наивысшую диагностическую точность для сепсиса: AUC=0,94 (95% ДИ: 0,89–0,98) против AUC=0,82 для ПКТ и AUC=0,75 для лактата. Пороговое значение пресепсина ≥650 пг/мл имело чувствительность 92% и специфичность 88%. У пациентов с уровнем пресепсина >1000 пг/мл риск летальности возрастал в 3,5 раза (OR=3,5; p=0,002). Лактат >2,5 ммоль/л ассоциировался с развитием полиорганной недостаточности в 78% случаев ($p < 0,001$). Комбинация пресепсина и лактата повышала прогностическую точность до 96% (AUC=0,96).

Выводы. Пресепсин является наиболее чувствительным биомаркером для ранней диагностики сепсиса в ОРИТ, превосходя традиционные маркеры. Его комбинация с лактатом позволяет не только подтвердить диагноз, но и стратифицировать риск осложнений. Рекомендовано включение пресепсина в алгоритмы обследования пациентов с подозрением на сепсис для своевременной инициации антибактериальной и инфузионной терапии.

Ключевые слова: сепсис, биомаркеры, пресепсин, прокальцитонин, интенсивная терапия, прогнозирование

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2026

ID: 2026-01-4-T-19984 Тезис

Рябов Р.В.

Сравнительная эффективность методов респираторной поддержки при остром респираторном дистресс-синдроме (ОРДС): традиционные и инновационные подходы

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Цель исследования: сравнить клинические исходы при применении традиционных методов респираторной поддержки (протективная вентиляция легких) и инновационных стратегий (экстракорпоральная мембранная оксигенация — ЭКМО, высокочастотная осцилляторная вентиляция — ВЧОВ) у пациентов с ОРДС средней и тяжелой степени.

Материал и методы: ретроспективный анализ данных 200 пациентов с ОРДС (по критериям Берлинского определения), госпитализированных в отделения реанимации за период 2020–2023 гг.

Участники разделены на две группы:

- Группа 1 (n=120): протективная вентиляция (дыхательный объем 6 мл/кг, PEEP ≥10 см H2O).
- Группа 2 (n=80): ЭКМО (n=45) или ВЧОВ (n=35) при неэффективности традиционной вентиляции.

Оценивались первичные исходы (28-дневная летальность, длительность ИВЛ) и вторичные (частота баротравмы, полиорганная недостаточность). Статистический анализ выполнен с использованием критерия Манна-Уитни, логистической регрессии и метода Каплана-Мейера (SPSS v.26).

Результаты. 28-дневная летальность в Группе 1 составила 42%, в Группе 2 — 24% (p=0,01). Средняя длительность ИВЛ снизилась с 14±3 до 9±2 суток при использовании ЭКМО (p=0,003). Однако у пациентов на ВЧОВ частота баротравмы достигла 20% (против 8% в Группе 1; p=0,04). Применение ЭКМО ассоциировалось с увеличением числа вентилятор-свободных дней (12±4 против 6±3; p=0,001). Факторами риска летальности в многомерном анализе стали уровень ферритина >1500 нг/мл (OR=2,1; p=0,02) и SOFA-школ ≥10 (OR=3,4; p=0,005).

Выводы. Инновационные методы респираторной поддержки (ЭКМО) демонстрируют превосходство над традиционной вентиляцией в снижении летальности и сокращении длительности ИВЛ у пациентов с тяжелым ОРДС. Однако ВЧОВ сопряжена с риском баротравмы, что требует строгого отбора пациентов. ЭКМО следует рассматривать как метод выбора при рефрактерной гипоксемии, особенно у лиц с гипервоспалительным фоном.

Ключевые слова: ОРДС, респираторная поддержка, ЭКМО, протективная вентиляция, ВЧОВ, летальность

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2026. Volume 16. Issue 1

ID: 2026-01-4-T-19993 Тезис

Дусупов М.Ж., Сериков Е.С.

Персонализированное обезболивание как новое направление в лечении боли

НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан

Научный руководитель: к.м.н. Закирьянов Т.Х.

Актуальность. Современные методы обезболивания нередко игнорируют индивидуальные особенности пациентов, что снижает их эффективность и может вызывать побочные эффекты. Настоящее исследование посвящено изучению эффективности персонализированного подхода к обезболиванию при лечении хронической и острой боли. Методом рандомизированного контролируемого исследования сравнивались персонализированные схемы обезболивания с традиционными.

Боль представляет собой сложное биопсихоэмоциональное явление, которое требует комплексного подхода в диагностике и лечении. На фоне роста числа пациентов с хроническими болевыми синдромами возрастает необходимость внедрения новых терапевтических стратегий. Персонализированное обезболивание предполагает учет индивидуальных характеристик пациента, включая болевой порог, психоэмоциональное состояние и сопутствующие заболевания.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность персонализированного обезболивания по сравнению с традиционными методами лечения боли у пациентов с хроническими и острыми болевыми синдромами.

Материал и методы. Исследование проводилось среди пациентов КГП на ПХВ «ВК ОБ» в возрасте от 18 до 75 лет с диагнозами хронической или острой боли. Использовался метод рандомизации с разделением на две группы:

- Группа 1 (основная): персонализированное обезболивание — индивидуальный подбор препаратов, дозировок и комбинаций.
- Группа 2 (контрольная): стандартные схемы обезболивания.

Инструменты оценки:

- Визуально-аналоговая шкала (VAS)
- Опросник боли McGill
- Шкала тревожности и депрессии (HADS)
- SF-36 — опросник качества жизни

Результаты. На момент написания статьи проводится статистическая обработка данных. Ожидается, что в основной группе будет наблюдаться:

- Более выраженное снижение боли по шкале VAS;
- Улучшение показателей по шкале качества жизни SF-36;
- Снижение тревожности и депрессии по шкале HADS;
- Меньшее количество побочных эффектов по сравнению со стандартной терапией.

Предварительные наблюдения указывают на лучшие клинические исходы у пациентов, получающих индивидуально подобранные схемы лечения.

Выводы. Персонализированное обезболивание демонстрирует потенциал как более эффективный и безопасный метод лечения боли. Это направление может стать основой для развития новых стандартов терапии, повышающих результативность медицинской помощи и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: анестезия, боль, обезболивание, острая боль

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2026

ID: 2026-01-1212-A-20011 Краткое сообщение

Алиева П.А.

Расстройства пищевого поведения у подростков

ФГБОУ ВО Дагестанский ГМУ Минздрава России

Резюме

В работе описаны основные виды расстройств пищевого поведения у подростков, их причины и распространенность. Проведена оценка эффективности существующих методов профилактики и лечения.

Ключевые слова: подростки, анорексия, булимия, компульсивное переедание, орторексия

Введение

В последние десятилетия расстройства пищевого поведения (РПП) среди подростков стали глобальной проблемой, требующей пристального внимания со стороны медицинских работников, психологов и общества в целом. Под влиянием социальных сетей, пропагандирующих нереалистичные стандарты красоты, а также из-за роста психоэмоциональных нагрузок, все больше и больше молодых людей сталкиваются с нервной анорексией, булимией, компульсивным перееданием и другими формами РПП. Исследования показывают, что примерно 5–10 % подростков во всем мире страдают от этих расстройств, потенциальные последствия которых варьируются от серьезных проблем со здоровьем до депрессии и суицидальных наклонностей.

Установлено, что у подростков преобладает высокий уровень по таким субшкалам, как «Стремление к худобе», «Булимия», «Неэффективность» и «Интероцептивная некомпетентность»; средний уровень наблюдается по субшкалам «Неудовлетворенность телом», «Перфекционизм» и «Недоверие в межличностных отношениях», что свидетельствует о наличии клинических признаков расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте. Менее выраженными показателями являются средний уровень по шкале «Булимия», низкий уровень по шкалам «Недоверие к межличностным отношениям» и «Неудовлетворенность телом» (таблица 1).

Следует отметить, что у многих подростков в группе имеются психологические особенности и поведенческие паттерны, свойственные расстройствам пищевого поведения, а также выраженные клинические признаки, которые позволяют сделать вывод о предполагаемых проблемах с пищевым поведением.

Цель исследования: проанализировать причины, распространенность и последствия РПП среди подростков, а также оценить эффективность существующих методов профилактики и лечения.

Задачи исследования:

1. Изучить основные виды РПП и их психофизиологические механизмы.
2. Определить основные факторы риска (социальные, культурные, индивидуальные).
3. Анализ статистических данных и тенденций в случаях РПП у подростков.
4. Обзор современных подходов к лечению и поддержке.

Гипотеза: профилактические программы в школах и открытые обсуждения РПП могут значительно снизить их распространенность среди подростков.

Материал и методы

Проведен анализ научной литературы, статистических данных, опросов и тематических исследований.

Результаты

Виды расстройств пищевого поведения

Нервная анорексия

Нервная анорексия — это расстройство пищевого поведения, при котором человек намеренно теряет вес из-за страха набрать массу и искаженного восприятия своего тела. Причины анорексии до конца не изучены. Однако есть несколько факторов, которые могут способствовать её развитию: биологические (гены, дисбаланс серотонина), психологические (перфекционизм, травля в школе) и социальные (влияние соцсетей, пропагандирующих «идеальные» тела).

Симптомы анорексии можно разделить на три группы:

1. Физические (ИМТ < 17,5 и ниже; аменорея; сухость кожи; ломкость ногтей; выпадение волос; гипотония; аритмия; остеопороз).
2. Поведенческие (панический страх набрать вес, даже при недостаточном весе; дробление пищи на кусочки, подсчет калорий; отказ от еды в обществе; чрезмерные тренировки).
3. Когнитивные (отрицание проблемы).

Нервсная булимия

Булимия - расстройство пищевого поведения, характеризующееся циклами переедания и компенсаторного поведения (рвота, спорт, голодание). в отличие от анорексии вес часто сохраняется в норме, что затрудняет диагностику.

Основные симптомы булимии также можно разделить на три группы:

1. Физические (частая рвота нарушает целостность зубной эмали; язвы пищевода; отеки лица; электролитный дисбаланс, выраженный недостатком калия, что может вызывать аритмию).
2. Поведенческие (тайные приступы переедания; чувство потери контроля; чрезмерные тренировки или голодание после срывов).
3. Психологические (чувство стыда и вины после переедания; искаженное восприятие тела).

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2026

Таблица 1. Результаты скрининговой оценки нарушений пищевого поведения по методике «Шкала оценки пищевого поведения у подростков», %

Показатель	*Уровень*		
	Низкий	*Средний*	*Высокий*
Стремление к худобе	34,6	28,8	36,5
Булимия	34,6	17,3	48,1
Неудовлетворенность телом	13,5	51,9	34,6
Неэффективность	32,7	32,7	34,6
Перфекционизм	21,2	50	28,8
Недоверие в межличностных отношениях	1,9	51,9	46,2
Интероцептивная некомпетентность	25	30,8	44,2

Компульсивное переедание

Компульсивное переедание характеризуется повторяющимися эпизодами неконтролируемого потребления большого количества пищи за короткий промежуток времени, без экстремальных методов контроля веса и компенсаторного поведения.

Орторексия

Орторексия это расстройство пищевого поведения характеризующееся чрезмерной озабоченностью здоровым питанием, которое может привести к недостатку необходимых витаминов и минеральных солей. Также может наблюдаться социальная отчуждённость, например, отказ от совместного приёма пищи, чтобы не поддаться искушению и не съесть «нездоровые» продукты.

Расстройство избирательного питания

Расстройство избирательного питания (Avoidant/restrictive food intake disorder, ARFID) — это избирательное расстройство пищевого поведения. При этом расстройстве человек сознательно отказывается или ограничивает потребление некоторых продуктов, руководствуясь такими критериями, как цвет пищи, размер, запах, вкус, текстура, прошлый негативный опыт и т. д. Чаще всего это расстройство встречается у детей и проходит с возрастом, но в новой редакции DSM-5 к нему относят и взрослых, ограничивающих потребление определённых продуктов.

Другие специфичные РПП

Другие специфичные РПП — это группа состояний, которые проявляют признаки и симптомы, похожие на определённые расстройства пищевого поведения, но не соответствуют всем диагностическим критериям этих расстройств.

Лечение расстройств пищевого поведения

Лечение расстройств пищевого поведения (РПП) зависит от типа и тяжести расстройства. Обычно это сочетание медикаментозной терапии и психологической поддержки. В более тяжелых случаях может быть рекомендована госпитализация в психиатрическую клинику или реабилитационный центр.

Некоторые методы лечения включают:

- Психотерапия: регулярные сеансы с психологом или другим специалистом по психическому здоровью, который специализируется на расстройствах пищевого поведения. Терапия может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет.
- Лекарства: врач может назначить антидепрессанты или другие препараты, которые помогают регулировать уровень серотонина и устраняют дисбаланс дофамина. Однако действие лекарств может быть временным, и после прекращения приема могут возникнуть рецидивы.
- Консультации по питанию: если расстройство пищевого поведения связано с проблемами веса, может быть полезна работа с диетологом, который может разработать диету, адаптированную к конкретным потребностям человека.
- Лечение осложнений: решение любых физических проблем, вызванных расстройством, например, восстановление функций органов или устранение дефицита питательных веществ.

Некоторые подходы к лечению включают:

- Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): помогает людям справляться с перееданием, компенсаторным и ограничительным поведением.
- Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ): фокусируется на принятии мыслей и эмоций и обучении жить с дискомфортом, не прибегая к ограничительному или компенсаторному поведению.
- Терапия принятия и ответственности (ТПКО): помогает людям перестать избегать неприятных ситуаций и научиться справляться с ними напрямую.
- Семейная терапия: часто рекомендуется подросткам с расстройствами пищевого поведения, особенно тем, кто борется с анорексией.

Заключение

Результаты этого исследования могут способствовать разработке профилактических мер, кампаний по повышению осведомленности и рекомендаций для родителей и педагогов.

Литература

1. Eating disorder in adolescents. Practical methods of combating anorexia, bulimia./ Lauren Muhlheim. 2021 - 192 p.
2. Therapy of eating disorders in adolescents. Scientifically proven methods of treatment of anorexia, bulimia and psychogenic overeating./ Deliberto Tara L., Hirsch Dina - Dialectics. - 2022. - 560 p.
3. The Neurobiology of Eating Disorders. Frank GKW, Shott ME, DeGuzman MC.Child Adolensce Psychiatr Clin N Am. 2019 Oct;28(4):629-640. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.007. Epub 2019 Jul 4.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2026

4. Adolescent Eating Disorders: Early Identification and Management in Primary Care. Chew KK, Temples HS.J Pediatr Health Care. 2022 Nov-Dec;36(6):618-627. doi: 10.1016/j.pedhc.2022.06.004. Epub 2022 Oct 28.PMID: 37855407
5. Avoidant-restrictive food intake disorder and autism: epidemiology, etiology, complications, treatment, and outcome. Keski-Rahkonen A, Ruusunen A.Curr Opin Psychiatry. 2023 Nov 1;36(6):438-442. doi: 10.1097/YCO.0000000000000896. Epub 2023 Aug 29.PMID: 37781978

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2026. Volume 16. Issue 1

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2026