



ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АЛМАЗОВСКИЙ МОЛОДЕЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ 2022»

I. Общие положения

1. Всероссийская конференция с международным участием Алмазовский молодежный медицинский форум (далее – АММФ) проводится на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России (далее – Центр Алмазова) Советом обучающихся и молодых ученых Центра Алмазова (далее – СОМУ) в г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2.
2. Цель конференции: объединить молодых ученых, ординаторов, студентов и школьников со всей России и зарубежья. Кроме того, форум создаст условия для построения профессионального диалога, а также неформального общения среди молодых ученых и докторов.
3. Участники конференции: молодые ученые в возрасте до 35 лет.
4. Возможные формы участия:
 - 1) Стендовый доклад с устной презентацией в рамках модерлируемой постерной сессии и публикация тезисов в материалах АММФ (участие в конкурсе научных работ).
 - 2) Публикация тезисов в сборнике материалов АММФ.
 - 3) Слушатель.
5. Все желающие могут принять участие в конференции исключительно с помощью системы электронной регистрации своих работ. Регистрация осуществляется по следующей ссылке:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScFU5hXY96zMW9_j6aIPJ-FCshehDVvKYFtgfn5nMoNltryw/viewform
Заполняя форму, Вы, как ее участник, даете добровольное согласие Администрации ресурса на обработку своих персональных данных. Ваше согласие распространяется на осуществление Администрацией сайта любых действий в отношении ваших персональных данных, которые могут понадобиться для сбора, систематизации, хранения, уточнения (обновление, изменение), обработки (например, отправки писем или совершения звонков), распространения (в том числе возможная передача модераторам секций) и т.п. с учетом действующего законодательства.
6. Оплата проезда, проживания и питания производится участниками Форума самостоятельно. Организационный комитет содействует в организации проживания по заявкам участников Форума.

7. Настоящее Положение действует до завершения мероприятий конференции и может быть изменено, дополнено или пролонгировано по решению организаторов.

II. Разработка и утверждение программы

1. Конференция работает по следующим направлениям (секциям):
 - акушерство и гинекология
 - анестезиология-реаниматология и трансфузиология
 - гематология;
 - кардиология;
 - клиническая лабораторная диагностика;
 - молекулярная биология, биохимия, генетика;
 - неврология;
 - нейрохирургия;
 - патология (патологическая анатомия, физиология);
 - педиатрия;
 - ревматология;
 - рентгенология;
 - лучевая диагностика;
 - сердечно-сосудистая хирургия и рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение;
 - эндокринология;
 - урология;
 - хирургия;
 - секция кластера «Трансляционная медицина»;
 - школьные работы
2. Оргкомитет и руководители секций разрабатывают программу конференции, основанную на представленных заявках.
3. Секция считается работающей, если на секцию зарегистрировано не менее 4 устных докладов, в противном случае, работы перераспределяются в другие секции.
4. В структуре Форума запланированы:
 - 1) Ежедневные мастер-классы и лекции ведущих специалистов по всем направлениям АММФ.
 - 2) Конкурс научных работ студентов, ординаторов и молодых ученых.
 - 3) Секция научно-образовательного кластера «Трансляционная медицина».
 - 4) Очный этап Всероссийской студенческой олимпиады по сердечно-сосудистой хирургии (Положение о проведении анонсируется отдельно).
 - 5) Очный этап Всероссийской студенческой олимпиады по кардиологии (Положение о проведении анонсируется отдельно).
 - 6) Очный этап Всероссийского турнира по электрокардиографии (Положение о проведении анонсируется отдельно).

- 7) Алмазовский медицинский турнир (индивидуальная олимпиада для студентов старших курсов и школьников старших классов).
- 8) Культурная программа (экскурсии по Санкт-Петербургу, фуршет).

По итогам модерлируемых постерных сессий отбираются лучшие работы для устного представления в финале.

5. Подготовленная программа работы конференции выставляется на сайте конференции и в группе в социальной сети «ВКонтакте» – <https://vk.com/almazovcyssammf>.

III. Организация и порядок работы оргкомитета

1. Организация и проведение конференции осуществляется организационным комитетом (далее – Оргкомитет), в составе которого – председатель оргкомитета, ответственный секретарь форума, модераторы секций.
2. Председателем оргкомитета назначается председатель СОМУ. Ответственным секретарем назначается заместитель председателя СОМУ.

IV. Требования к оформлению тезисов

1. Тезисы докладов должны быть подготовлены в редакторе MS Office Word без формул и рисунков.

Параметры страницы и текста:

- размер бумаги – А4 (210мм x 297 мм);
- поля – 30 мм со всех сторон;
- шрифт – Times New Roman;
- основной размер шрифта – 12 пт.;
- междустрочный интервал – одинарный;
- между абзацами отступы – 0 пт;
- отступ абзаца 10 мм
- выравнивание – по ширине.

1-я строка: фамилии и инициалы авторов, 12 пт, выравнивание по центру:

- в именах сначала идет фамилия, затем инициалы. (Иванов И. И.)
- между инициалами ставится пробел (И. И.).

2-я строка: название работы, ЗАГЛАВНЫМИ буквами, 12 пт, жирный шрифт, выравнивание по центру.

3-я строка: в скобках – ученая степень, фамилия и инициалы научных руководителей, 10 пт, курсив, выравнивание по центру.

Допустимые сокращения: к.м.н., д.м.н., член-корр. РАН, акад., асс., доц., проф.

4-я строка: название учебного заведения/организация, полное название, без кавычек и "ГБОУ ВПО", 12 пт, выравнивание по центру.

5-я строка - город, страна, 12 пт, выравнивание по центру.

Тезисы должны содержать следующие разделы:

- Введение. (400-600 символов)
- Цель исследования. (200-300 символов)
- Материалы и методы. (800-1200 символов)
- Результаты. (800-1200 символов)
- Выводы. (400-600 символов)

Количество символов по разделам является рекомендуемым, но не обязательным условием! Максимальный объем тезисов — 3900 символов (с учетом знаков препинание, без учета пробелов).

2. Файл с работой прикрепляется к форме регистрации в разделе «Подача тезисов доклада»
3. Участники несут ответственность за содержание и качество своих выступлений и материалов.
4. Пример оформления тезисов представлен ниже (Приложение №1).

V. Требования к оформлению клинических случаев.

1. Клинический случай должен быть подготовлен в редакторе MS Office Word без формул и рисунков.

Параметры страницы и текста:

- размер бумаги – А4 (210мм x 297 мм);
- поля – 30 мм со всех сторон;
- шрифт – Times New Roman;
- основной размер шрифта – 12 пт.;
- междустрочный интервал – одинарный;
- между абзацами отступы – 0 пт.;
- отступ абзаца 10 мм
- выравнивание – по ширине.

1-я строка: фамилии и инициалы авторов, 12 пт, выравнивание по центру:

- в именах сначала идет фамилия, затем инициалы. (Иванов И. И.)
- между инициалами ставится пробел (И. И.).

2-я строка: название работы, ЗАГЛАВНЫМИ буквами, 12 пт, жирный шрифт, выравнивание по центру.

3-я строка: в скобках – ученая степень, фамилия и инициалы научных руководителей, 10 пт, курсив, выравнивание по центру.

Допустимые сокращения: к.м.н., д.м.н., член-корр. РАН, акад., асс., доц., проф.

4-я строка: название учебного заведения/организация, полное название, без кавычек и "ГБОУ ВПО", 12 пт, выравнивание по центру.

5-я строка - город, страна, 12 пт, выравнивание по центру.

Работа должна содержать следующие разделы:

- Обоснование.
- Описание клинического случая.
- Заключение.

Максимальный объем — 3900 символов (с учетом знаков препинания, без учета пробелов).

2. Файл с работой прикрепляется к форме регистрации в разделе «Поддача клинического случая»
3. Участники несут ответственность за содержание и качество своих выступлений и материалов.
4. Пример оформления клинического случая представлен ниже (Приложение №2).

VI. Требования к оформлению постеров.

1. Постер может быть выполнен на русском или английском языках. Использование иных языков не допускается.
2. Постер должен иметь вертикальную ориентацию.
3. Предельно допустимый размер постера: 85 см в ширину и 118 см в высоту.
4. Заголовок постера с названием доклада и именами авторов должен располагаться в верхней части постера.
5. Содержание постеров должно включать все разделы, указанные для оформления тезисов.
6. Докладчики самостоятельно закрепляют и снимают постеры со стендов в сроки, установленные программой конференции. Средства для закрепления и снятия постеров предоставляются на месте.
7. Постеры размещаются на стендах по номерам, присвоенными постерным докладам.
8. Рекомендуется представить постер единым полотном.

VII. Порядок оценки работ

1. Жюри секций формируются из профессорско-преподавательского состава кафедр ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.
2. Научная работа на конференции оценивается жюри по следующим критериям:
 - научная значимость;
 - практическая значимость;
 - личный вклад в работу;
 - степень владения материалом;
 - изложение материала;
 - качество и информативность иллюстрированного материала.

Оценочный лист участников секции (приложение №3) и протокол секции (приложение №4) распечатываются, подписываются председателем жюри и представляются оргкомитету форума по адресу: Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2.

VII. Награждение победителей

1. За лучшие работы в рамках каждой секции присуждаются 1, 2 и 3 призовые места.
2. Работы, занявшие 1 места в своих секциях, участвуют в финале конкурса научных работ, который проходит в заключительный день форума.
3. Награждение победителей и призеров проходит в последний день форума в торжественной обстановке.

IX. Издание материалов конференции

1. По итогам конференции издается электронный сборник научных трудов конференции в срок не позднее 3 месяцев с последнего дня форума. Электронный сборник представляет собой приложение к журналу «Трансляционная медицина».
2. В электронный сборник материалов конференции входят доклады участников конференции, которые прошли рецензирование в рамках работы секций и получили рекомендацию оргкомитета секции к изданию за счет собственных средств участников. Оплата производится по реквизитам, высылаемым на почту участника после подтверждения прохождения рецензирования.
3. Представляемые материалы для публикации и выступления должны соответствовать требованиям к их оформлению. Статьи, представленные позднее даты завершения приема докладов на сайте конференции, не рассматриваются.
4. Организаторы научной конференции имеют право не публиковать статьи, не соответствующие требованиям оформления и не отвечающие тематике секции.

X. Ключевые даты

Прием тезисов	с 17 января до 1 марта
Регистрация слушателей	до 1 мая
Регистрация на олимпиаду по кардиологии	до 21 января
Регистрация на олимпиаду по ССХ	до 31 января

Пример оформления тезисов

Беганова А. К.¹, Шалина Я.А.²

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ МЕТОДА

(Научный руководитель - к.м.н. Шалина М.А.)

¹ Санкт-Петербургский государственный университет

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение. Известно, что гормональная контрацепция является эффективным методом предупреждения нежелательной беременности. Поиск наиболее безопасного, эффективного и обладающего высокой комплаентностью гормонального контрацептива остается приоритетным направлением охраны репродуктивного здоровья. Широкое распространение получил чисто гестагенный контрацептив пролонгированного действия в форме имплантата для подкожного введения- «Импланон».

Цель исследования. Выявить преимущества и недостатки пролонгированного метода контрацепции «Импланон».

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 28 женщин в возрасте от 26 до 44 лет (средний возраст 34,1±5,9 года), которым с целью пролонгированной контрацепции был введен гестагенный имплантат «Импланон». Препарат вводили подкожно с внутренней стороны плеча не доминирующей руки в период с 1-го по 5-й день после спонтанной менструации или через 6 недель после родов. Исходное обследование пациенток перед включением в исследование включало сбор общего и гинекологического анамнеза, осмотр, гинекологическое обследование (РАР-тест, УЗИ органов малого таза, гормональное обследование). В ходе наблюдения оценивалось влияние «Импланона» на характер менструального цикла, частоту нежелательных явлений наиболее значимых для женщин таких как: увеличение массы тела, акне, эмоциональная лабильность.

Результаты. Регулярный овуляторный менструальный цикл имели 22 женщины (78,6%), у 6 (21,4%) пациенток выявлена нормогонадотропная недостаточность яичников, проявляющаяся олигоменореей. Структура гинекологической патологии: 4 женщинам проводилось комбинированное лечение наружного генитального эндометриоза (лапароскопия и аГнРГ), у 1 пациентки был диагностирован аденомиоз, у 2 - миома матки.

Индекс массы тела обследованных женщин составил от 19 до 32,4 кг/м². Ожирение I степени выявлено у 4 пациенток. 2 пациентки получали

антигипертензивную терапию в связи наличием гипертонической болезни I ст., артериальной гипертензии 1 ст.

После введения «Импланона» время наблюдения составило 3 года. У 11 (39,3%) женщин на фоне применения препарата имелись регулярные менструальноподобные выделения, у 9 (32,1%) пациенток отмечены редкие (раз в 2-3 месяца), скудные кровянистые выделения. Сразу после введения имплантата у 4 женщин были отмечены длительные кровянистые выделения разной степени интенсивности (от 14 до 28 дней). Пациенткам была назначена терапия, направленная на купирование указанных симптомов, которая включала: добавление эстрогенов (преимущественно трансдермальной формы) на этапе адаптации эндометрия к действию препарата; НПВС: индометацин; антифибринолитики: транексамовая кислота; ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции: аскорбиновая кислота +рутозид. Эффективность проводимой коррекции составила 50%. У 8 женщин (28,6%) в течение всего периода наблюдения сохранялись постоянные мажущие кровянистые выделения, что стало причиной отказа от дальнейшего использования метода, имплантат был удален. Прибавка массы тела (от 5 до 6 кг) отмечалась у 4 женщин, но прямой связи с использованием метода отмечено не было. Других нежелательных явлений, связанных с применением «Импланона» таких как болезненность молочных желез, головная боль, эмоциональная лабильность отмечено не было. Большинство обследуемых женщин были удовлетворены методом, из них 12 (42,86%) предпочли продолжить использование данного метода контрацепции после указанного срока и установили новый имплантат.

Выводы. Основными преимуществами прогестагенных контрацептивов в форме имплантата являются: высокая комплаентность, безопасность и эффективность метода, возможность использования метода для большинства женщин, в том числе, которым противопоказан прием эстрогенсодержащих контрацептивов в соответствии с категориями приемлемости.

Главным недостатком метода является нерегулярность менструальноподобных кровотечений во время применения препарата. Наличие длительных мажущих выделений в нашем исследовании не было связано с наличием заболеваний органов репродуктивной системы, что согласуется с данными литературы о том, что нарушения цикла не предсказуемы и связаны со сложными морфологическими изменениями атрофичного эндометрия.

Нарушение менструального цикла служат одной из самых частых причин для отказа от применения прогестагенных контрацептивных препаратов. В связи с этим необходимо информировать женщин обо всех преимуществах и недостатках данного метода контрацепции.

Пример оформления клинического случая

Анпилогова К.С.

АТРЕЗИЯ ТОНКОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

(Научный руководитель – к.м.н. Константинова Л.Г.)

Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова

Санкт-Петербург, Российская Федерация

Обоснование. Атрезия тонкой кишки – это порок развития кишечной трубки, который является наиболее частой причиной врожденной кишечной непроходимости (частота встречаемости 1:5000). Данная патология нередко ассоциируется с недоношенностью и муковисцидозом. От ранней диагностики атрезии зависит качественное оперативное лечение и последующая реабилитация пациентов.

Важным аспектом является пренатальная диагностика, которая позволяет концентрировать таких пациентов в специализированных перинатальных центрах, где проводится родоразрешение и последующая хирургическая коррекция данного порока у новорожденного.

Описание клинического случая. Пациент N. родился в специализированном перинатальном центре массой тела 3180 г, длиной тела 51 см. Ребенок родился доношенным, при одноплодных родах, срок гестации составил 39 недель 6 дней, оценка по шкале Апгар 7/7. Пренатально по УЗИ у пациента была заподозрена атрезия тонкой кишки. Клинически отмечалась картина кишечной непроходимости: отсутствие мекония, периодическая эвакуация из желудка до 200 мл застойного содержимого. После рождения ребенку была выполнена стандартная рентгенография органов брюшной полости в двух проекциях в вертикальном положении. Выявлено большое количество воздуха в верхнем этаже брюшной полости, соответствующее расширенным петлям тонкой кишки, дистальнее воздух отсутствовал. Ребенку была проведена ирригография с использованием водорастворимого контрастного препарата Оптирей 300 в объеме около 15 мл. По результатам исследования топография толстой кишки была не изменена, определялся микроколон. Просвет толстой кишки оказался сужен в связи с тем, что пренатально у данного ребенка не было пассажа околоплодных вод по отключенной кишке. Также визуализировалась высоко расположенная слепая кишка. Обязательным этапом было проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости с оценкой кровотока магистральных сосудов, а именно взаимного расположения сосудов брыжейки. У данного ребенка не было выявлено атипичного хода сосудов.

Проведенные исследования позволили диагностировать у пациента наличие низкой кишечной непроходимости, провести дифференциальный диагноз с другими патологическими состояниями (синдром Ледда, стеноз тонкой кишки). Внутриоперационно был установлен диагноз атрезии тощей кишки.

Заключение. Таким образом, для обследования детей с подозрением на аномалии развития тонкой кишки необходимо проведение обзорной рентгенографии в двух проекциях в вертикальном положении без введения контраста, ирригографии с использованием водорастворимого контрастного препарата, а также ультразвукового исследования с оценкой взаиморасположения брыжеечных сосудов.

Оценочный лист

«АЛМАЗОВСКИЙ МОЛОДЕЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ»

Секция _____

Лист для оценки докладов

№	ФИО докладчика	Название доклада	Научная значимость (0-5 бал.)	Практическая значимость (0-5 бал.)	Личный вклад в работу (0-5 бал.)	Степень владения материалом (0-5 бал.)	Изложение материала (0-5 бал.)	Качество и информативность иллюстрированного материала (0-5 бал.)	Всего	Место
---	----------------	------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---	-----------------------------------	--	-------	-------

Протокол секции

«АЛМАЗОВСКИЙ МОЛОДЕЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ»

Секция

«_____»

(название секции)

Члены президиума:

В конференции приняли участие ___ человек.

Первое место было присуждено (Ф.И.О. полностью):

за работу: _____

Второе место было присуждено (Ф.И.О. полностью):

за работу: _____

Третье место было присуждено (Ф.И.О. полностью):

за работу: _____
