



## **ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АЛМАЗОВСКИЙ МОЛОДЕЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ» 2023**

### **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. Конференция проводится в рамках «Инновационного Петербургского медицинского форума».
3. 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.
4. Участники конференции: молодые ученые в возрасте до 35 лет.
5. 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.
6. Все желающие могут принять участие в конференции исключительно с помощью системы электронной регистрации своих работ.

Регистрируясь, Вы, как 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.
7. Оплата проезда, проживания и питания производится участниками Форума самостоятельно.

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

## II. Формы участия

Предусмотрены следующие формы участия:

1. «Докладчик» – публикация тезисов
  - стендовый доклад
  - участие в конкурсе научных работ
  - сертификат участника
  - бейдж докладчика
  - свободное посещение всех секций и мастер-классов;
2. «Заочное участие» – только публикация тезисов;
3. Слушатель
  - свободное посещение всех секций и мастер-классов
  - бейдж слушателя
  - сертификат слушателя в электронном виде

При выборе пакета «Заочное участие», Вы также можете пройти повторную регистрацию в качестве слушателя и посещать все мероприятия форума.

**Участие в конференции бесплатное.**

## III. Разработка и утверждение программы

1. Конференция работает по следующим направлениям (секциям):
  - акушерство и гинекология
  - анестезиология-реаниматология и трансфузиология
  - гематология;
  - инфекционные болезни;
  - кардиология: коронарогенные заболевания;
  - кардиология: некоронарогенные заболевания;
  - клиническая лабораторная диагностика;
  - командный подход в управлении COVID-19 ассоциированных состояний;
  - молекулярная биология, биохимия, генетика;
  - неврология;
  - нейрохирургия;
  - организация здравоохранения и общественного здоровья;
  - патология (патологическая анатомия, физиология);
  - детские болезни;
  - дерматология;
  - ревматология;
  - лучевая диагностика;
  - сердечно-сосудистая хирургия и рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение;
  - эндокринология;
  - урология;

- стоматология;
  - хирургия;
  - секция кластера «Трансляционная медицина»;
  - фармакология;
  - ядерная медицина и радиационные технологии;
  - психология;
  - секция студенческих работ (младшие курсы);
  - 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 в рамках «Инновационного Петербургского медицинского форума 2023».
    - 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) Очный этап Алмазовской Всероссийской студенческой олимпиады по неврологии (Положение о проведении анонсируется отдельно).
    - 8) Алмазовский медицинский турнир (индивидуальная олимпиада для студентов старших курсов и школьников старших классов).
    - 9) Конкурсы и научно-развлекательные мероприятия.
    - 10) 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 СОМУ и в группе в социальной сети «ВКонтакте».

#### **IV. 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.

## V. 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).

## VI. 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 х 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 препинание, без учета пробелов).

2. Файл с работой прикрепляется к форме регистрации в разделе «Подача клинического случая»

3. Участники несут ответственность за содержание и качество своих выступлений и материалов.

4. Пример оформления клинического случая представлен ниже (Приложение №2).

## VII. Требования к оформлению постеров.

1. Постер может быть выполнен на русском или английском языках. Использование иных языков не допускается.

2. Постер представляется в электронном формате.

3. Размер слайда: 16:9 (ширина 25,4 см, высота 14,288 см), ориентация альбомная.
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, должны быть использованы эмблемы ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, СОМУ и АММФ текущего года.
6. Докладчики обязаны заблаговременно выслать постер модератору сессии на электронную почту.
7. Порядок выступления авторов определяется организационным комитетом.

### **VIII. 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.

### **IX. 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.

### **X. 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.
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.

*Пример оформления тезисов*

Беганова А. К.<sup>1</sup>, Шалина Я.А.<sup>2</sup>

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ МЕТОДА**

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

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный университет

<sup>2</sup> 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  $34,1 \pm 5,9$  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 (ПАП-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/м<sup>2</sup>. Ожирение I степени выявлено у 4 пациенток. 2 пациентки получали антигипертензивную терапию в связи наличием гипертонической болезни I ст., артериальной гипертензии I 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 атрофического 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: \_\_\_\_\_

---