



Ростовский государственный
медицинский университет



МНО РостГМУ

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Молодёжное научное общество научного управления
Ростовского государственного медицинского университета
приглашает Вас принять участие в

13-Й ИТОГОВОЙ НАУЧНОЙ СЕССИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ РОСТГМУ

Срок начала приема заявок: **5 октября 2026**

Срок окончания приема заявок: **13 ноября 2026**

Дата проведения мероприятия: **21 декабря 2026**

Формат проведения: **очный**

Место проведения: **Ростовский государственный медицинский
университет, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.**

С уважением, Оргкомитет конференции

Website: <http://mno.rostgmu.ru/>

E-mail: med_asp@rostgmu.ru

Группа Вконтакте:

https://vk.com/mno_rostgmu

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

- В конференции могут принять участие магистранты, ординаторы, аспиранты и молодые ученые в возрасте до 39 лет;
- Статьи принимаются от авторов, которые ознакомились с условиями приема, оценки работ и проведения конференции;
- Одну работу можно подать только по одному из существующих направлений (Приложение № 1) конференции (одна работа – одно направление);
- Один автор имеет право опубликовать не более 2-х статей в одном сборнике;
- В одной статье может быть указано не более 4-х авторов;
- Количество научных руководителей не ограничено;
- Возможны следующие формы участия в конференции: заочная (публикация тезисов – только для реферативных статей и иногородних участников) и очная (устный доклад с публикацией тезисов; стендовый доклад с публикацией тезисов) формы.
- Подача тезисов будет осуществляться до 13.11.2026 года (включительно) на электронный адрес: med_asp@rostgmu.ru
- В тексте письма необходимо указать Ф.И.О., контактный телефон, факультет, курс, группу всех авторов статьи и отметить докладчика (Приложение №2).
- Язык конференции: русский.
- Участие в конференции: бесплатно.

РАБОТЫ, КОТОРЫЕ НЕ ДОПУСКАЮТСЯ К УЧАСТИЮ В КОНФЕРЕНЦИИ

- Работы, ранее публикуемые в сборниках других научно-практических мероприятий, не несущие научной новизны;
- Работы, не соответствующие обязательной структуре научной статьи;
- Работы, которые противоречат 37 статье Федерального закона от 21.11.2011;
- №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Работы, несущие информацию о препаратах, незарегистрированных в Российской Федерации как лекарственное средство (БАДы, пищевые добавки, препараты фитотерапии, не зарегистрированные в РФ как лекарственное средство);
- Работы, несущие информацию о методах ФТЛ, не включенных в Приложение №1 Проект приказа Минздравсоцразвития России от 17 марта 2012 г. «О порядке организации медицинской помощи по физиотерапии».

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ОРГКОМИТЕТА

- Оргкомитет принимает заявки в электронном формате при подаче их на электронный адрес: med_asp@rostgmu.ru
- Подача заявки осуществляется единожды. Будьте внимательны в процессе ее заполнения. Неправильное внесение данных при подаче тезиса является основанием для отказа в принятии заявки Оргкомитетом. Повторная подача невозможна;
- Оргкомитет оставляет за собой право отбора работ. Работы, которые не набирают проходной балл (25% от максимального количества баллов) после оценки редакционной коллегии в соответствии с критериями (Приложение № 3, 4, 5), не допускаются к публикации. В случае отказа в принятии работы Оргкомитет обязуется предоставить информацию не позднее, чем за 7 суток до конференции. Окончательное решение об отказе принимает редакционный совет МНО во главе с начальником научного управления Гулян М.В., отказ аргументируется;
- Исходя из оценок работ редакционной коллегией, будут отобраны тезисы с наивысшими баллами и сформированы секции по актуальным научным направлениям;
- Проверка работ на повторные публикации в течение последних пяти лет осуществляется выборочно редакционным советом по материалам сборников;

- В случае перевода работы в другой раздел, Оргкомитет обязуется предоставить информацию авторам не позднее, чем за 7 суток до начала конференции;
- Каждая работа подлежит проверке редакционным советом на степень оригинальности в электронной системе <https://www.antiplagiat.ru/> (оригинальность текста должна составлять не менее 71%);
- Оргкомитет конференции не несет ответственности за содержание и достоверность публикуемых сведений;
- По материалам конференции будет сформирован сборник, индексируемый РИНЦ;
- Публикация статей в сборнике конференции бесплатная.

ТРЕБОВАНИЯ ОРГКОМИТЕТА К ОФОРМЛЕНИЮ ТЕЗИСА ОРИГИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- Объем статьи варьируется от 2500 до 3500 символов без учета пробелов, названия работы, сведений об авторах, научном руководителе, ключевых слов и списка литературы;
- Все сокращения должны иметь расшифровку в тексте, например, тиреотропный гормон (ТТГ);
- Для лабораторных параметров следует указывать единицы измерения и референсные значения;
- Требования к оформлению тезиса:
 - Сведения о научном руководителе печатаются с заглавной буквы, жирным шрифтом Times New Roman размером 12 пт с выравниванием по центру, без абзаца и переносов, точка в конце не ставится, инициалы (имя и отчество) научного руководителя ставятся после фамилии;
 - Статья работы печатается с заглавной буквы, обычным шрифтом Times New Roman размером 10 пт с выравниванием по ширине, междустрочный интервал – 1,15, абзац – 0,5 см, переносы допустимы. В конце ставится точка;
 - Не допускается использование рисунков, таблиц, формул и т.д.;
- Тезис оригинального исследования обязательно должен содержать следующие разделы (Приложение №6):
 - **Название работы:** указывается заглавными буквами без точки в конце.
 - **Сведения об авторах и научном руководителе:** перечислить ФИО всех авторов через запятую, порядок упоминания зависит от вклада автора в

работу; перечислить ФИО всех научных руководителей, при этом ученую степень и звание указывать не нужно.

- **Ключевые слова:** необходимо указать до 5 ключевых слов или словосочетаний.
- **Актуальность исследования и научная новизна:** должна быть подкреплена выдержками минимум из двух статей; давность используемых источников не должна превышать 5 лет (опубликованы не раньше 2021 года).
- **Научная гипотеза:** предположение, выдвигаемое как временное на основе наблюдений и уточняемое последующим экспериментом (исследованием).
- **Цель исследования:** должна быть направлена на подтверждение научной гипотезы.
- **Материалы и методы:** информация о базе исследования; дизайн исследования (сроки начала и окончания исследования, сроки и задачи каждого этапа исследования); характеристика выборки (критерии включения и исключения участников в выборку исследования, при сравнении двух и более групп критерии формирования групп); методы исследования, используемые критерии изучаемых состояний, чувствительность и специфичность метода; статистическая обработка и оценка данных.
- **Результаты исследования:** должны быть представлены кратко, на основе статистической обработки данных; результаты должны быть получены методами, указанными в предыдущем разделе, соответствовать цели исследования.
- **Выводы:** умозаключения исследователя, сделанные на основе полученных результатов, подтверждающие или опровергающие заявленную научную гипотезу.
- **Список литературы:** оформляется по требованиям ГОСТа Р 7.0.100 – 2018 г.; все работы перечисляются в порядке цитирования; список должен включать минимум две статьи; давность используемых источников не должна превышать 5 лет (опубликованы не раньше 2021 года); в библиографический список НЕ включаются учебники, учебные пособия, газетные заметки, диссертации, а также неопубликованные работы; вместо ссылок на материалы диссертаций рекомендуется ссылаться на оригинальные статьи по теме диссертационной работы, так как сами диссертации рассматриваются как рукописи и не являются печатными источниками; при наличии DOI в цитируемой литературе необходимо его указать.

ТРЕБОВАНИЯ ОРГКОМИТЕТА К ОФОРМЛЕНИЮ ТЕЗИСА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

- Объём клинического случая варьируется от 5000 до 7000 символов без учёта пробелов, названия, сведений об авторах, ключевых слов и списка литературы;
- К рассмотрению принимаются описания клинического случая по данным тематикам:
 - Орфанные заболевания;
 - Атипичное течение;
 - Сложность диагностики.
- Реальный клинический случай должен содержать обучающие моменты.
- Все сокращения должны иметь расшифровку в тексте, например, тиреотропный гормон (ТТГ).
- Для лабораторных параметров следует указывать единицы измерения и референсные значения.
- Требования к оформлению тезиса:
 - Сведения о научном руководителе: печатаются с заглавной буквы, жирным шрифтом Times New Roman размером 12 пт с выравниванием по центру, без абзаца и переносов, точка в конце не ставится, инициалы (имя и отчество) научного руководителя ставятся после фамилии;
 - Статья работы печатается с заглавной буквы, обычным шрифтом Times New Roman размером 10 пт с выравниванием по ширине, междустрочный интервал – 1,15, абзац – 0,5 см, переносы допустимы. В конце ставится точка;
 - Не допускается использование рисунков, таблиц, формул и т.д.
- Незавершенных клинических случаев следует избегать.
- Тезис клинического случая должен быть предоставлен в структурированном виде, включающем в себя (Приложение №7):
 - **Название работы:** указывается заглавными буквами без точки в конце.
 - **Сведения об авторах и научном руководителе:** перечислить ФИО всех авторов через запятую, порядок упоминания зависит от вклада автора в работу; перечислить ФИО всех научных руководителей, при этом ученую степень и звание указывать не нужно.
 - **Ключевые слова:** необходимо указать до 5 ключевых слов или словосочетаний.
 - **Введение:** должно содержать выдержки минимум из двух статей; давность используемых источников не должна превышать 5 лет (опубликованы не раньше 2021 года);
 - **Клинический случай:** содержит в себе диагностический поиск, лечение и

последующее ведение пациента;

- **Выводы:** следует подчеркнуть основные обучающие моменты и/или возможности для клинической практики;
- **Список литературы:** оформляется по требованиям ГОСТа Р 7.0.100 – 2018 г.; все работы перечисляются в порядке цитирования; список должен включать минимум две статьи; давность используемых источников не должна превышать 5 лет (опубликованы не раньше 2021 года; исключение – историческая справка); в библиографический список НЕ включаются учебники, учебные пособия, газетные заметки, диссертации, а также неопубликованные работы; вместо ссылок на материалы диссертаций, рекомендуется ссылаться на оригинальные статьи по теме диссертационной работы, так как сами диссертации рассматриваются, как рукописи и не являются печатными источниками; при наличии DOI в цитируемой литературе необходимо его указать.

ТРЕБОВАНИЯ ОРГКОМИТЕТА К ОФОРМЛЕНИЮ РЕФЕРАТИВНОЙ СТАТЬИ

- Рекомендуемый объем статьи от 8000 до 9000 символов без учёта названия, сведений об авторах, ключевых слов и списка литературы;
- Тема реферативной статьи должна касаться:
 - Спорных и нерешенных вопросов этиологии, подходов к лечению заболеваний;
 - Сравнений международного опыта и рекомендаций для профилактики и лечения социально-значимых нозологий;
 - Новых разработок в сфере доклинических исследований и их методик.
- Все сокращения должны иметь расшифровку в тексте, например, тиреотропный гормон (ТТГ);
- Для лабораторных параметров следует указывать единицы измерения и референсные значения;
- Требования к оформлению тезиса:
 - Сведения о научном руководителе печатаются с заглавной буквы, жирным шрифтом Times New Roman размером 12 пт с выравниванием по центру, без абзаца и переносов, точка в конце не ставится, инициалы (имя и отчество) научного руководителя ставятся после фамилии;
 - Статья работы печатается с заглавной буквы, обычным шрифтом Times New Roman размером 10 пт с выравниванием по ширине, междустрочный интервал – 1,15, абзац – 0,5 см, переносы допустимы. В конце ставится точка;
 - В основной части статьи разрешено использование рисунков, таблиц, формул и т.д.;
- Реферативная статья обязательно должна содержать следующие разделы (Приложение №8):
 - **Название работы:** указывается заглавными буквами без точки в конце.
 - **Сведения об авторах и научном руководителе:** перечислить ФИО всех авторов через запятую, порядок упоминания зависит от вклада автора в работу; перечислить ФИО всех научных руководителей, при этом ученую степень и звание указывать не нужно.
 - **Ключевые слова:** необходимо указать до 5 ключевых слов или словосочетаний.
 - **Актуальность исследования и научная новизна:** должна быть подкреплена выдержками минимум из двух статей; давность используемых источников не должна превышать 10 лет (опубликованы не

раньше 2016 года; исключение – историческая справка).

- **Основная часть работы:** следует представить существующую информацию о заболевании (эпидемиология, этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз и т.д.), историческую справку, согласно заявленной теме, а также современное состояние проблемы и действующие рекомендации.
- **Выводы:** представляют собой умозаключения исследователя, сделанные на основе рассмотренных данных.
- **Список литературы:** оформляется по требованиям ГОСТа Р 7.0.100 – 2018 г.; все работы перечисляются в порядке цитирования; список должен включать минимум две статьи; давность используемых источников не должна превышать 10 лет (опубликованы не раньше 2016 года; исключение – историческая справка); в библиографический список НЕ включаются учебники, учебные пособия, газетные заметки, диссертации, а также неопубликованные работы; вместо ссылок на материалы диссертаций, рекомендуется ссылаться на оригинальные статьи по теме диссертационной работы, так как сами диссертации рассматриваются, как рукописи и не являются печатными источниками; при наличии DOI в цитируемой литературе необходимо его указать.

ТРЕБОВАНИЯ ОРГКОМИТЕТА К ОФОРМЛЕНИЮ УСТНОГО ДОКЛАДА

- Продолжительность одного выступления от 7 до 10 минут:
 - Само устное выступление – от 5 до 7 минут;
 - Ответы на вопросы членов президиума – от 2 до 3 минут.
- Доклад должен сопровождаться электронной презентацией:
 - Электронная презентация должна быть выполнена в Microsoft PowerPoint в формате ppt или pptx;
 - Структура презентации должна соответствовать обязательной структуре научной статьи;
- Предоставить презентацию Оргкомитету необходимо не позднее, чем за сутки до проведения секционного заседания.
 - Каждое выступление будет оценено членами президиума согласно критериям оценки устного выступления (Приложение №9).
 - Участники секционного заседания, набравшие наибольшее количество баллов, будут награждены дипломом I, II и III степени.

ТРЕБОВАНИЯ ОРГКОМИТЕТА К ОФОРМЛЕНИЮ СТЕНДОВОГО ДОКЛАДА

- Продолжительность представления стендового доклада составляет 5 минут, в процессе которого:
 - Докладчик демонстрирует сам постер;
 - Презентует свою работу;
 - Отвечает на вопросы членов президиума.
- Требования к постеру для стендового доклада:
 - Формат PNG или JPEG
 - 120 см по вертикали на 90 см по горизонтали;
 - Структура постера должна быть выполнена в соответствии с обязательной структурой научной статьи;
 - Текстовая часть работы не должна занимать более 1/3 постера;
 - Постер не следует перегружать второстепенной информацией;
 - На стенде должна быть представлена авторская инфографика;
- Постеры должны быть предоставлены участниками конференции Оргкомитету за сутки до проведения секционного заседания;
 - Каждое выступление будет оценено членами президиума согласно критериям оценки стендового доклада (Приложение №10).
 - Участники секционного заседания, набравшие наибольшее количество баллов, будут награждены дипломом I, II и III степени.

ПЕРЕЧЕНЬ НАУЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ КОНФЕРЕНЦИИ

№	Научное направление
1.	Медико-профилактическое дело и социальная медицина
2.	Стоматология
3.	Клинический случай
4.	Фундаментальная медицина
5.	Фармация
6.	Внутренние болезни (кардиология, эндокринология, гастроэнтерология)
7.	Иммунопатология
8.	Гематология и онкогематология
9.	Психиатрия и зависимости
10	Неврология и нейрохирургия
11	Оториноларингология и офтальмология
12	Хирургия, травматология, урология
13	Акушерство и гинекология
14	Пластическая хирургия
15	Здоровый образ жизни
16	Онкология
17	Педиатрия
18	Педагогика и психология
19	История
20	Медицинское право

ОБРАЗЕЦ ПОДАЧИ ТЕЗИСОВ НА КОНФЕРЕНЦИЮ

Тема: Направление: "сердечно—сосудистая система"

Прикрепить файл

из Облака

из Почты

Отправить деньги

1 файл, общий об

Тезисы И... .docx



Ж К Ч А             | Ещё | Убрать оформление

Подпи

Докладчик: Иванов Иван Иванович, студент педиатрического факультета, 6 курс 1 "А" группа. Контактный телефон: 8-999-999-99-99

Соавтор: Петров Пётр Петрович, студент лечебно-профилактического факультета, 5 курс 2 "Б" группа

КРИТЕРИИ ОТБОРА ОРИГИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Критерий оценки	Максимальное количество баллов
<i>Актуальность исследования и научная новизна</i>	3
<i>Научная гипотеза</i>	3
<i>Цель исследования</i>	2
<i>Материалы и методы (общая сумма)</i>	13
Информация о базе исследования	1
Дизайн исследования	3
Сформированная выборка отвечает целям исследования	3
Соответствие методов цели исследования	3
Статистическая обработка и оценка данных	3
<i>Результаты исследования получены заявленными методами исследования и соответствуют цели исследования</i>	2
<i>Выводы опровергают или подтверждают научную гипотезу</i>	2
<i>Список литературы имеет ссылки с давностью источников не более 5 лет</i>	2
Всего	27

КРИТЕРИИ ОТБОРА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Критерий оценки	Максимальное количество баллов
Название доклада оригинально, соответствует обучающей цели	2
Введение подкреплено информацией с давностью источников не более 5 лет	2
Выбор клинического случая обоснован	3
Наличие дифференциальной диагностики	3
Наличие обучающих моментов	3
Завершенность клинического случая	3
Выводы	2
Всего	18

КРИТЕРИИ ОТБОРА РЕФЕРАТИВНОЙ СТАТЬИ

Критерий оценки	Максимальное количество баллов
Наличие всех структурных частей работы	4
Выполнение требуемого объема работы	4
Наличие рисунков, таблиц, графиков	3
Использованная литература соответствует требованиям	5
Соответствие содержания теме	4
Обоснование актуальности работы	3
Наличие выводов	3
Всего	26

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОЙ СТАТЬИ В СБОРНИКЕ МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ

МИКРОБИОТА КОЖИ ПРИ КРАПИВНИЦЕ У ДЕТЕЙ

Авторы: Иванов И.И., Сидоров С.С.

Научный руководитель: Петров П.П.

Ключевые слова: микробиота, кожа, дети, крапивница

Актуальность исследования и научная новизна: Острая крапивница в настоящее время остается одной из сложных и распространенных проблем современной медицины [1]. Диагностика причин данного заболевания затруднена, так как разнообразие этиологических факторов часто не дает возможности выделить те, которые привели к клиническому проявлению патологии. Нарушение биоценологических взаимоотношений между патогенными бактериями и нормальной микробиотой является одним из важнейших факторов, влияющих на развитие многих заболеваний, особенно имеющих хроническое течение. В настоящее время доказана роль изменения состава кожного микробиома в генезе ряда atopических заболеваний [2,3]. Известно, что при дисбиозе нарушается одна из главных функций нормальной микробиоты – ее антагонистическая активность в отношении патогенной и условно патогенной флоры. В тоже время эффективность терапии atopического дерматита ассоциируется с изменениями кожного микробиома и микробиоты [4,5]. Эти данные позволяют предположить, что качественные и количественные изменения в микробиоте кожи могут оказывать влияния на развитие крапивницы.

Научная гипотеза: Изменен ли состав микробиоты кожи у детей с крапивницей?

Цель исследования: Изучение микробиоты кожи у детей в норме и при крапивнице.

Материалы и методы: Проведено бактериологическое исследование микробиоты кожи и кишечника 94 детей в возрасте от 3 до 12 лет. Обследуемые разделены на две группы: I группа – контрольная (n=31), II группа (n=63) – с острой крапивницей. Критерии включения в I группу: возраст (3-12 лет), группы здоровья I и II а, информированное согласие родителей. Критерии включения во II группу: возраст (3-12 лет), диагноз – острая крапивница, отсутствие сопутствующих дерматологических заболеваний, информированное согласие родителей. Исследования проводили на базах: МБУЗ «Детская городская больница №2», кафедра микробиологии и вирусологии №1 РостГМУ. У детей I группы исследовали микробиоту кожи средней трети внутренней поверхности предплечья. У детей II группы исследовали два участка кожи: пораженный и симметричный непораженный. Бактериологическое исследование кожи проводили по методике А.Б. Покатилова. Забор материала из изучаемых локусов проводили в соответствии с МУ 4.2.2 039-05 (2006г.) с помощью бакпечаток с различными питательными средами. Бактериологическое исследование микробиоты толстого кишечника проводилось согласно ГОСТ 91500.11.0004 – 2003, Приказ МЗ РФ № 231 от 9 сентября 2003г. Идентификацию выделенных микроорганизмов проводили по морфологическим, тинкториальным, культуральным и биохимическим свойствам с помощью энтеро-, стафило-, -неферм, анаэротестов (Lachema, Чехия).

Статистические расчёты выполняли в R (версия 3.2, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Сравнение зависимых групп по средним значениям проводили с помощью критерия Вилкоксона для связанных выборок, по частотам – с помощью критерия Мак-Немара. При сравнении несвязанных групп использовали критерий Манна - Уитни и точный тест Фишера для средних и частот соответственно.

Результаты исследования: Проведенное исследование микробиоты кожи детей изучаемых групп выявило, что у детей I группы доминирующими эпидермотипами кожи являются *S. epidermidis*, *Micrococcus* spp. и *Peptococcus* spp. У детей II группы доминирующими эпидермотипами на неизменном участке кожи являются *S. epidermidis*, *S. aureus*, *Peptococcus* spp., *Bacteroides* spp., а на пораженном – *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp. Выявлено, что у детей II группы на пораженном участке кожи по сравнению с неизменным участком и микробиотой детей контрольной группы значительно повышена ($p<0,05$) частота обнаружения *S.aureus*, *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Propionibacterium* spp. и снижена ($p<0,05$) *S.epidermidis*.

Выводы: Выявлены статистически значимые изменения в составе микробиоты кожи детей с крапивницей.

Полученные данные предполагают введение в план терапии симбиотических препаратов.

Список литературы:

1. Сизякина Л.П., Лебеденко А.А., Мальцев С.В., Посевина А.Н., Аверкина Л.А. Крапивница у детей: современный взгляд на проблему. / Л.П. Сизякина — Текст: непосредственный // Медицинский вестник Юга России. — 2015. — № 4. — С. 5-13.
2. Микробиоценозы и здоровье человека / В. А. Алёшкин [и др.]; под общей редакцией В. А. Алёшкина, С. Афанасьева, А. В. Караулова. — Москва: Династия, 2015. — 547 с. — Текст: непосредственный. — ISBN 978-5-98125-099-6.
3. Dixit S, Farrer AG, Cooper AJ, Cooper AJ. The skin microbiome: Associations between altered microbial communities and disease. / LS1 Weyrich — Text: unmediated // Australas J Dermatol. — 2015. — №25. — DOI: 10.1111/ajd.12253.
4. Wollenberg A., Feichtner K. Atopic dermatitis and skin allergies – update and outlook. / A. Wollenberg — Text : unmediated // Allergy. — 2013. — Vol. 68. — №12. — P. 1509–1519.
5. Chen YE, Tsao H: The skin microbiome: current perspectives and future challenges. Text: unmediated // J Am Acad Dermatol. — 2013. — Vol. 69 — №1. — P. 143–155.

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ

СЛУЧАЙ ТЭЛА НА ФОНЕ ЭКЗОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА У ПАЦИЕНТА С МЕМБРАНОЗНЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Автор: Иванов И.И.

Научные руководители: Петров П.П., Иванов А.А.

Ключевые слова: экзогенный гиперкортицизм, мембранозный гломерулонефрит, тромбоэмболия

Введение: Экзогенный гиперкортицизм (ЭГ) – симптомокомплекс, который развивается вследствие длительного приема супрафизиологических доз глюкокортикостероидов (ГКС). По имеющимся данным, около 0,5% популяции и 1,7% всех женщин получают или получали минимум на протяжении 3 месяцев терапию ГКС, а в группе людей старше 55 лет их доля достигает 1,4%. [1] Распространённость ЭГ связана с широким применением ГКС в клинической практике, что обусловлено их многообразными эффектами на организм, начиная от влияния на углеводный, белковый, жировой обмен и заканчивая изменениями в системе крови. Частота побочных эффектов при применении глюкокортикостероидов возрастает с увеличением дозы и (или) длительности лечения и составляет от 20 до 100%, а также зависит от группы применяемых препаратов (средства природного происхождения, нефторированные средства, фторированные синтетические средства). К составляющим синдрома экзогенного гиперкортицизма относятся:

1. Повышение массы тела и диспластическое ожирение «кушингоидного типа», миопатия, трофические изменения кожи
2. Нарушения углеводного обмена (стероидный сахарный диабет), нарушения водно-электролитного и минерального обменов с развитием остеопороза
3. Вторичная артериальная гипертензия
4. Нарушения функций половых гормонов,
5. Нарушения гемостаза: повышенная ломкость сосудов кожи: кровоизлияния на коже (петехиальные высыпания), гиперкоагуляция: тромбозы.
6. Подавление иммунитета и клеточного деления
7. Поражение желудочно-кишечного тракта
8. Неврологические нарушения [2]

Одним из жизнеугрожающих проявлений синдрома экзогенного гиперкортицизма является риск венозного тромбообразования. Механизм тромбообразования при экзогенном гиперкортицизме включает, по крайней мере, две составляющие триады Вирхова: эндотелиальная дисфункция, гиперкоагуляция и стаз. Большинство исследований показали, что это состояние гиперкоагуляции объясняется повышенным уровнем прокоагулянтных факторов, в основном факторов VIII, IX и фактора фон Виллебранда, а также из-за нарушения фибринолитической способности, что в основном обусловлено повышением ингибитора активатора плазминогена 1. [3]

Клинический случай: Нами описывается клинический случай развития экзогенного гиперкортицизма у пациента, находящегося на длительной терапии ГКС с первичным заболеванием – мембранозный гломерулонефрит. Пациент N. 75 лет. Считает себя больным с октября 2018 года, когда впервые появились и начали нарастать отёки лица, нижних конечностей. В этом же месяце проходил стационарное лечение по м/ж, где был выявлен нефротический синдром: суточная протеинурия – 10 г/л (норма <0,15 г /сут), альбумин – 25,4 г/л (норма 35-50 г/л), холестерин общий – 8,0 ммоль/л (норма 3,0-4,9 ммоль /л), креатинин 101 мкмоль/л (норма 53-115 мкмоль/л). Выполнена МРТ почек – мелкие кисты обеих почек. В январе 2019 года поступил в нефрологическое отделение одной из больниц г.Ростова-на-Дону с прежними жалобами, где был проведен онкопоиск (ФЭГДС, колоноскопия, УЗИ брюшной полости) – онкопатология исключена. Проведена нефробиопсия, результат гистологического исследования – Мембранозная нефропатия I - начала II стадии. Гипертензивная ангиопатия. Для подтверждения первичной этиологии заболевания определены антитела к рецепторам фосфолипазы A2 (PLA2R-AT) – 1:80 (норма 1:10). В результате был выставлен диагноз: Хронический гломерулонефрит, нефротический синдром, морфологически мембранозная нефропатия I- начала

II стадии, PLA2R- позитивная. ХБП 1ст. ХПН 0. Проведена пульс-терапия солумедролом 500 мг №3, циклофосфаном 400 мг, назначена длительная терапия преднизолоном 5 мг – 10 таб. в сутки. На фоне терапии незначительно купировались отёки, ОАМ: белок – 0,75 г/л (норма до 0,03), общий белок – 52 г/л (норма 60-80 г/л). В марте 2019 повторно госпитализирован в нефрологическое отделение, проведена аналогичная патогенетическая терапия. Далее продолжалась терапия преднизолоном в дозе 5 мг – 10 таб. в сутки амбулаторно. Отёки купированы. Выполнено триплексное сканирование вен нижних конечностей – без видимой патологии. 5.08.2020, когда терапия ГКС составляла в общей сложности 8 месяцев, появились жалобы на боли в правой нижней конечности в покое, усиливающиеся при ходьбе, умеренный отек НК. Госпитализирован в стационар. При осмотре выявлен «кушингоидный тип» телосложения, атрофия мышц верхних и нижних конечностей, кровоподтёки на коже рук и ног. При ОАК выявлена тромбоцитопения – $114 \cdot 10^9/\text{л}$ (норма $180320 \cdot 10^9/\text{л}$). Выполнено триплексное сканирование вен нижних конечностей – выявлен тромбоз подколенной вены с флотацией тромба (головка 1,8 см). Назначены гепарин, реополиглюкин, эластическая компрессия НК. 9.08.2020 потерял сознание, упал, появились жалобы на головокружение. На КТ с контрастированием легочных артерий (ЛА) выявлены признаки тромбоэмболии ветвей правой и левой легочной артерии. На ЭхоКГ умеренная гипертрофия ЛЖ, умеренная дилатация ЛП, лёгочная гипертензия 47 мм.рт.ст. (норма 15 мм.рт.ст.). В тяжёлом состоянии пациент переведён в кардиореанимационное отделение, проведен тромболизис (стрептокиназа). После стабилизации состояния, в связи с наличием на УЗИ вен НК флотирующего тромба в правой поверхностной бедренной вене произведена её пликация. 21.08.2020 на КТ с контрастированием ЛА признаков ТЭЛА не выявлено, ЭхоКГ - давление в ЛА 35 мм.рт.ст. Назначен длительная антикоагулянтная терапия (ксарелто). По состоянию на сентябрь 2020 года у пациента уменьшились кровоподтёки. На момент осмотра в ноябре 2020 года отмечается прибавка мышечной массы, нормализация телосложения, отсутствие кровоподтёков. Тромбоциты – $181 \cdot 10^9/\text{л}$ (норма $180-320 \cdot 10^9/\text{л}$), протеинурия 0,25 г/л (норма до 0,03), МНО- 1,24 (0,85-1,15), фибриноген по Клаусу – 4,13 г/л (1,5-4) г/л., АЧТВ 33,1 с. (25-35 с.), ПВ - 16,9с. (13-18 с.).

Выводы:

1. Согласно Практическим клиническим рекомендациям KDIGO по лечению гломерулонефритов[4] рекомендуемой тактикой лечения мембранозной нефропатии является схема Понтичелли (инициальная терапия 6-месячным курсом с чередованием циклов кортикостероидов внутрь и внутривенно, и алкилирующих препаратов внутрь). Учитывая, что лечение мембранозной нефропатии проводится высокими дозами кортикостероидов (0,5 мг/кг/сут), общая продолжительность их применения по схеме Понтичелли составляет 3 месяца, что снижает вероятность возникновения побочных эффектов. Таким образом, данная схема иммуносупрессивной терапии (продолжительностью 8 месяцев) является нерациональной и привела к развитию у пациента синдрома экзогенного гиперкортицизма.

2. Основываясь на Российских клинических рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений [5] у данного пациента применялась консервативная терапия. Однако, из-за риска тромботических осложнений у пациентов, находящихся на длительной ГКС терапии высокими дозами, при появлении первых симптомов тромбоза глубоких вен нижних конечностей оправдана более активная хирургическая тактика для предотвращения тромбоэмболий, в частности ТЭЛА, представленной в данном клиническом случае.

Список литературы:

1. Дедов И.И., Эндокринология: учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М.: Литтерра, 2015. - 416 с.
2. Кулес В.Г., Клиническая фармакология: учебник / под ред. В. Г. Кулеса, Д. А. Сычева. - 5-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1024 с.
3. Coelho, M.C.A., Santos, C.V., Neto, L.V., Gadelha, M.R. Adverse effects of glucocorticoids: Coagulopathy (2015) European Journal of Endocrinology, 173 (4), pp. M11-M21. Cited 34 times.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. Kidney inter., Suppl. 2012; 2:139-274.
5. Бокерия Л.А., Затевахин И.И., Кириенко А.И., и др. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Флебология. 2015;4 (2):52.

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ РЕФЕРАТИВНОЙ СТАТЬИ В СБОРНИКЕ МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Авторы: Иванов И.И., Сидоров С.С.

Научный руководитель: Петров П.П.

Ключевые слова: щитовидная железа, узловые образования, Bethesda, ТАБ, цитологическая диагностика

Введение. Самой частой тиреоидной патологией у взрослых являются узловые образования [1, 2]. В структуре узловых образований коллоидный зоб встречается в 80% случаев, доброкачественные фолликулярные опухоли – в 10-15%, а рак щитовидной железы (РЩЖ) – в 5% случаев. На конец отчетного 2016 г. в структуре больных с онкологией РЩЖ составляет 4,4% и потому является наиболее распространенным онкологическим заболеванием среди опухолей эндокринных органов [3]. Установить структуру узлового образования возможно только при морфологической диагностике цитологического материала при проведении тонкоигольных аспирационных биопсий (ТАБ) под контролем УЗИ.

ТАБ узлов щитовидной железы под контролем УЗИ в настоящее время является неотъемлемой частью обследования и включается в рекомендации Американской тиреоидологической ассоциации (АТА) для оценки узловых новообразований ЩЖ. Преимущество ТАБ заключается в ее точности: чувствительность и специфичность метода составляют 65-98% [4].

Основная часть. В настоящее время существует несколько классификационных систем описания цитологического результата. ВОЗ для унификации описания результатов цитологического исследования рекомендует использовать единую терминологическую классификацию Bethesda, разработанную в Национальном институте рака в США в 2009, пересмотренную в 2017 г. [5].

Таблица 1. Диагностические категории Bethesda, 2017.

Диагностическая категория	Характеристика Bethesda, 2017
DCI	Неинформативный материал (недиагностический или неудовлетворительный – кровь, содержимое кисты или практически бесклеточный образец и др.)
DCII	Доброкачественное образование (доброкачественные фолликулярные новообразования, включая аденоматозные узлы, коллоидные узлы, лимфоцитарный тиреоидит (тиреоидит Хашимото), гранулематозный (подострый) тиреоидит и др.)
DCIII	Фолликулярное поражение неопределенного значения/атипия неопределенного значения
DCIV	Фолликулярная неоплазия/подозрение на фолликулярную неоплазию (наличие клеток Гюртле)
DCV	Подозрение на злокачественность (подозрение на папиллярную, медуллярную, метастатическую карциному или лимфому и др.)
DCVI	Злокачественное новообразование (папиллярный, низкодифференцированный, медуллярный, анапластический РЩЖ, неходжкинская лимфома и др.)

I диагностическая категория – недиагностический материал. Критерии адекватности. Образец ТАБ щитовидной железы считается адекватным для оценки, если он содержит минимум шесть групп хорошо

визуализированных (т.е. хорошо окрашенных, неискаженных и свободных) фолликулярных клеток, по крайней мере, с десятью клетками на группу.

Основные причины неинформативности мазка:

1. Менее шести групп хорошо сохранившихся, хорошо окрашенных групп фолликулярных клеток по десять клеток в каждой эпителии в связи с преобладанием в аспирате крови или коллоида с макрофагами (см. исключения выше).

2. Толстый, неадекватно фиксированный мазок.

3. Низкая клеточность мазка, связанная с особенностями заболевания (фиброзный тиреоидит Риделя) [6].

II. диагностическая категория – доброкачественное образование. Это самая многочисленная группа заключений, около 80%. Низкий риск злокачественности [7, 8]. В эту категорию входят коллоидный узел, аденоматозный/гиперпластический узел, тиреоидит Хашимото, подострый тиреоидит.

Критерии. Коллоид темный, сине-фиолетовый с пятнами Романовского и зеленый или оранжево-розовый с пятнами Папаниколау.

Фолликулярные клетки располагаются преимущественно в однослойных пластах и равномерно распределены внутри них в виде сот, имеют скудное или умеренное количество тонкой цитоплазмы. Могут быть видны зеленовато-черные цитоплазматические гранулы (липофусцин или гемосидерин). Ядра фолликулярных клеток имеют округлую или овальную форму, однородную зернистую структуру хроматина, могут быть лишены цитоплазмы и ошибочно приняты за лимфоциты.

Клетки Гюртле (онкоциты) иногда присутствуют в массах коллоида в виде изолированных клеток.

Макрофаги обычно присутствуют и могут содержать гемосидерин.

III. диагностическая категория – фолликулярные поражения неопределенного значения (атипии). Риск злокачественности составляет 5-10% Основной критерий для постановки – малоклеточность и отсутствие четких цитологических характеристик опухолевого процесса [9].

1. Цитологическая атипия.

— Фокальная цитологическая атипия. Большая часть аспирата выглядит доброкачественной, но редкие клетки имеют ядерное увеличение. Бледный хроматин и нерегулярные контуры ядра особенно часто встречаются у пациентов с тиреоидитом Хашимото.

— Обширная, но умеренная цитологическая атипия. Многие, если не большинство, клетки имеют слегка увеличенные ядра со слегка бледным хроматином и только ограниченной нерегулярностью контура ядра [10].

— Атипичные клетки, выстилающие кисту.

— «Гистиоцитоподобные» клетки. Характерны для кистозно-папиллярной карциномы. Мазки часто имеют многочисленные гистиоциты, но мало доброкачественных фолликулярных клеток.

2. Архитектурная атипия.

— Скудно клеточный образец с редкими скоплениями фолликулярных клеток, почти полностью состоящими из микрофолликулов и со скудным коллоидом.

— Фокально заметные микрофолликулы с минимальной ядерной атипией в образцах с умеренной или выраженной клеточностью.

3. Атипичные лимфоидные клетки, исключая лимфому. Существует атипичный лимфоидный инфильтрат, но степень атипии недостаточна для отнесения его к общей категории «подозрение на злокачественность» [10, 11].

IV. диагностическая категория – фолликулярная неоплазия/подозрение на фолликулярную неоплазию. Дифференциальный диагноз фолликулярная аденома/рак возможен только при гистологическом исследовании капсулы опухоли на всем ее протяжении. В эту группу попадают фолликулярная аденома, аденома из В-клеток, атипичная аденома, фолликулярная карцинома.

Критерии. Фолликулярные клетки нормального размера или увеличены, относительно однородны, со скудным или умеренным количеством цитоплазмы. Ядра обычно округлые и слегка гиперхромные с незаметными ядрышками, может быть видна некоторая ядерная атипия. Коллоид скудный или отсутствует [12]. Фолликулярная неоплазия из клеток Гюртля:

Критерии. Образец состоит исключительно (или почти исключительно) из клеток Гюртля:

— Обильная мелкозернистая цитоплазма (синяя или серо-розовая с пятнами Романовского, зеленая с Папаниколау, розовая с гематоксилином и эозином).

— Увеличенное, центральное или эксцентрично расположенное круглое ядро, выдающееся ядрышко. – Мелкие клетки с высоким ядерным/цитоплазматическим (N/C) соотношением (мелкоклеточная дисплазия). Крупные клетки с вариабельностью ядер (крупноклеточная дисплазия).

— Клетки Гюртля представлены преимущественно изолированными клетками.

— Коллоида нет или его совсем мало. Практически нет лимфоцитов или плазматических клеток [13].

V. диагностическая категория – подозрения на злокачественность. Высокий риск злокачественности – 5075%.

Термин «подозрение на злокачественность» используется при возникновении предположения о наличии папиллярного РЩЖ, медуллярного РЩЖ (для подтверждения диагноза следует провести исследование уровня кальцитонина в сыворотке крови), а при обнаружении тотального некроза клеток – анапластического РЩЖ [14].

Обычно причиной такого заключения являются низкая клеточность мазка при наличии признаков злокачественности, неуверенность цитолога, нетипичность цитологической картины при отсутствии ультразвуковых и клинических данных [13].

VI. диагностическая категория – злокачественное новообразование. Риск злокачественности 97-99 %.

Папиллярный рак; низко дифференцированный рак; медуллярный рак; недифференцированный рак (анапластический); плоскоклеточный рак; смешанный рак (указываются классы); метастазы в щитовидную железу; неходжкинская лимфома.

Папиллярный рак щитовидной железы:

— Клетки расположены в сосочках и/или в монослоях, они гигантские и многоядерные. В некоторых случаях имеются клеточные завихрения (рисунки «луковая кожа» или «колесико»). Ядра гиперхромные, овальной или неправильной формы. Имеются внутриядерные цитоплазматические включения. Переменное количество коллоида; он может быть вязким или похожим на жевательную резинку [14].

— Ядра клеток папиллярной карциномы содержат тонкодисперсный хроматин, который придает им оптически чистый, или пустой, вид. В связи с этим их называют матово-стекловидными ядрами или образно «глазами сиротки Энни» (персонаж американского комикса с «пустыми» глазами без зрачков).

Медуллярный рак щитовидной железы:

— Высокая клеточность мазка. Клетки могут быть плазмцитоподобными, многоугольными, круглыми и/или веретенообразными. В опухолевых клетках обычно наблюдается умеренный плеоморфизм. Могут быть замечены редкие причудливые гигантские клетки. Ядра округлые, овальные или удлинённые и часто расположены эксцентрично, с крупнозернистым хроматином («перец с солью»). Часто встречаются двоядерные клетки, реже наблюдается многоядерность [14].

— Цитоплазма зернистая: видны маленькие красно-фиолетовые гранулы. Амилоид часто присутствует и выявляется как плотный, аморфный материал, который напоминает толстый коллоид. Лимфома, поражающая щитовидную железу:

— Округлые или слегка овальные клетки. Фон содержит многочисленные лимфогландулярные тела, лучше всего видимые с пятном романовского типа на высушенных препаратах. Клетки лимфомы маргинальной зоны примерно в два раза больше мелких зрелых лимфоцитов.

— Ядра имеют везикулярный («открытый») хроматин и маленькие ядрышки.

— Диффузные крупные В-клеточные лимфомы содержат клетки с умеренной или обильной базофильной цитоплазмой на высушенных на воздухе препаратах, окрашенных по Романовскому.

— Ядра имеют грубый хроматин с одним или несколькими видимыми ядрышками. В отличие от тиреоидита Хашимото, лимфоидные клетки пунктата незрелые, иногда с признаками стигм [15].

Выводы: Цитологический метод является ведущим в диагностике узловых образований щитовидной железы. На основании заключений по TBSRTC решается вопрос о дальнейшей тактике ведения пациента.

Список литературы:

1. Михеткина С.И., Корита В.Р. Диагностика и лечение узловых образований щитовидной железы. / С.И. Михеткина, В.Р. Корита // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 37-39.
2. Нечаева О.А., Бавыкина Л.Г., Древалъ А.В. Дифференцированный рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике, терапии и динамическому наблюдению (обзор). / О.А. Нечаева, Л.Г. Бавыкина, А.В. Древалъ // РМЖ. – 2016. – Т.24, № 1. – С. 9-12.

3. Качко В.А., Семкина Г.В., Платонова Н.М., Ванушко В.Э., Абросимов А.Ю. Диагностика новообразований щитовидной железы. / В.А. Качко, Г.В. Семкина, Н.М. Платонова, В.Э. Ванушко, А.Ю. Абросимов // Эндокринная хирургия. – 2018. – Т.12, № 3. – С. 109-127.
4. Соловов В.А., Махонин А.А. Дифференциальная диагностика узловых образований щитовидной железы. / В.А. Соловов, А.А. Махонин // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2018. – № 4. – С. 60-64.
5. S.Z. Ali, E.S. Cibas. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. Definitions, Criteria, and Explanatory Notes. Second Edition. / SyedZ. Ali, Edmund S. Cibas. – 2018.
6. Kierszenbaum Abraham L. Histology and Cell Biology: An Introduction to Pathology. 4th edition. / Abraham L. Kierszenbaum, Laura L. Tres. – 2016. – P. 581.
7. Mescher L. Anthony. Junqueira's Basic Histology. Text&Atlas. 14th edition. / Anthony L. Mescher. – 2016. – P. 429-430.
8. Орлинская Н.Ю. Дооперационная морфологическая диагностика узловых образований щитовидной железы (лекция). / Н.Ю. Орлинская // Медицинский альманах. Эндокринология. – 2014. – № 5 (35). – С. 138-141.
9. Kumar Vinay, Abbas Abul K., Aster Jon C. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. Ninth edition. / Vinay Kumar, Abul K. Abbas, Jon C. Aster. – 2015. – P. 1082-1100.
10. Katoh H., Yamashita K., Enomoto T., Watanabe M. Classification and General Considerations of Thyroid Cancer // Ann Clin. Pathol. – 2015. – Vol. 3 (1). – P. 1045.
11. Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C. et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer/ B.R. Haugen, E.K. Alexander, K.C. Bible et al // Thyroid. – 2016. – Vol. 26 (1). – P. 1–133.
12. Russ G. et al. Prospective evaluation of thyroid imaging reporting and data system on 4550 nodules with and without elastography / G. Russ et al // Eur. J. Endocrinol. – 2013. – Vol. 168 (5). – P. 649-55.
13. Gharib H. et al. Thyroid Nodule Management / H. Gharib et al. // Endocr. Pract. – 2016. – Vol. 22 (Suppl. 1). – P. 1-60.
14. Nikiforov Y.E. et al. Highly Accurate Diagnosis of Cancer in Thyroid Nodules With Follicular Neoplasm/Suspicious for a Follicular Neoplasm Cytology by ThyroSeq v2 Next-Generation Sequencing Assay // Cancer. – 2014. – Vol. 120 (23). – P. 3627–3634.
15. Maldi E., Monga G., Rossi D. et al. Extra-osseous Ewing sarcoma of the thyroid gland mimicking lymphoma recurrence: a case report. / E. Maldi, G. Monga, D. Rossi et al // Pathol. Res. Pract. – 2012. – Vol. 208(6). – P. 356– 359.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ УСТНОГО ВЫСТУПЛЕНИЯ

Слайды презентации	Максимальное количество баллов
Наличие титульного слайда с заголовком	2
Использование ссылок на литературные источники	5
Слайды представлены в логической последовательности	5
Текст хорошо написан, идеи ясно изложены и структурированы	4
Отсутствие орфографических, грамматических и лексических ошибок в тексте	3
Сохранение единого стиля презентации	3
Технологии, используемые в презентации	Максимальное количество баллов
Использование анимации на объектах слайдов и при смене слайдов	2
Наличие иллюстративного материала, графиков и таблиц	2
Содержание выступления	Максимальное количество баллов
Обоснование актуальности заявленной темы	5
Полнота раскрытия заявленной темы	5
Наличие целей и задач представленной работы	4
Применение методов статистической обработки результатов исследования	5
Грамотность и доказательность описания основной части работы/результатов исследования	5

Выводы, обоснованные с научной точки зрения	5
Владение представленной темой, оперирование научно-медицинской терминологией	5
Умение поддержать дискуссию и ответить на заданный вопрос	5
Всего	65

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕНДОВОГО ДОКЛАДА

Содержание и научная составляющая	Максимальное количество баллов
Актуальность	5
Соответствие представленных результатов цели исследования	5
Обоснованность выводов полученными результатами	5
Научная и практическая значимость работы	4
Оформление стендового доклада	Максимальное количество баллов
Логичность и структурированность представления материала	4
Наглядность представления результатов	4
Наличие и качество авторской инфографики, графиков, схем и диаграмм	3
Соблюдение единого стиля оформления	2
Представление работы докладчиком	
Логичность и ясность устного представления постера	4
Владение темой и корректное использование научно-медицинской терминологии	5
Умение отвечать на вопросы и поддерживать научную дискуссию	5
Всего	46