



ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО



75 ИНК

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Ростовский государственный медицинский университет

Молодежное научное общество

приглашают Вас принять участие в

75-ОЙ ИТОГОВОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ РОСТГМУ

Срок начала приема заявок: **12.02.2021**

Срок окончания приема заявок: **12.03.2021**

Дата проведения мероприятия: **26.04.-30.04.2021 (5 рабочих дней)**

Формат проведения: **очный с применением дистанционных технологий.**

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

С уважением, Оргкомитет конференции

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

E-mail: inkrostgmu@gmail.com

Группа Вконтакте: https://vk.com/mno_rostgmu

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ

- В конференции могут принять участие только студенты высших учебных заведений и учащиеся учебных заведений среднего специального образования;
- 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 неограниченно;
- 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 12 марта 2021 года (включительно) на электронный адрес: inkrostgmu@gmail.com.
- 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 N 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 подачи их на электронный адрес: inkrostgmu@gmail.com;
- Подача заявки осуществляется единожды. Будьте внимательны в процессе ее заполнения. Неправильное внесение данных при подаче тезиса является поводом для Оргкомитета в отказе принятия заявки. 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 №3-5), не допускаются к публикации. В случае отказа для принятия работы Оргкомитет обязуется предоставить информацию не позднее, чем за семь суток до конференции. Окончательный отказ осуществляется редакционным советом МНО во главе с проректором по научной работе Волковой Н. И., 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 семь суток до начала конференции.
- Каждая работа подвержена 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 бесплатна.

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 TimesNewRoman 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 TimesNewRoman 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 2017 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 2017 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 TimesNewRoman 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 TimesNewRoman 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 2017 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;
- **Литературная справка:** 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 2017 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 TimesNewRoman 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 TimesNewRoman 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 2011 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.
- **Литературная справка:** 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 2011 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 8 минут;
 - Ответы на вопросы членов президиума – от 5 до 2 минут.
- Доклад должен сопровождать электронной презентацией:
 - Электронная презентация должна быть выполнена в Microsoft Power Point 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 НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ

№	Научное направление
1.	Медико-профилактическое дело и социальная медицина
2.	Стоматология
3.	Клинический случай
4.	Фундаментальная медицина
5.	Фармакология и интенсивная терапия
6.	Костно-мышечная система
7.	Сердечно-сосудистая система
8.	Эндокринная система
9.	Пищеварительная система
10.	Система крови и иммунная система
11.	Психиатрия и зависимости
12.	Нервная система
13.	Система органов чувств
14.	Мочеполовая система
15.	Довузовское образование
16.	Здоровый образ жизни
17.	Онкология
18.	Педиатрия
19.	Инвазивные технологии


ОБРАЗЕЦ ПОДАЧИ ТЕЗИСОВ НА КОНФЕРЕНЦИЮ












 Кому:  inkrostgmu@gmail.com x

Тема: Направление: "сердечно-осудистая система"

 Прикрепить файл  из Облака  из Почты  Отправить деньги 1 файл, общий об

Тезисы И... .docx x



Ж К Ч А            | [Еще](#) | [Убрать оформление](#) [Подп](#)

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
<i>Название доклада оригинально, соответствует обучающей цели</i>	2
<i>Введение Подкреплено информацией с давностью источников не более 5 лет</i>	2
<i>Выбор клинического случая обоснован</i>	3
<i>Наличие дифференциальной диагностики</i>	3
<i>Наличие обучающих моментов</i>	3
<i>Завершенность клинического случая</i>	3
<i>Выводы</i>	2
Всего	18

КРИТЕРИИ ОТБОРА РЕФЕРАТИВНОЙ СТАТЬИ

Критерий оценки	Максимальное количество баллов
<i>Наличие всех структурных частей работы</i>	4
<i>Выполнение требуемого объема работы</i>	4
<i>Наличие рисунков, таблиц, графиков</i>	3
<i>Использованная литература соответствует требованиям</i>	5
<i>Соответствие содержание теме</i>	4
<i>Обоснование актуальности работы</i>	3
<i>Наличие выводов</i>	3
Всего	23

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОЙ СТАТЬИ В СБОРНИКЕ МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ

МИКРОБИОТА КОЖИ ПРИ КРАПИВНИЦЕ У ДЕТЕЙ

Авторы: Иванов И.И., Сидоров С.С.

Научные руководители: 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 атопических 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 атопического 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 ОСТ 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, анаэробов (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 значимо 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. 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

Авторы: Иванов И.И.

Научные руководители: Петров П.П.

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 желобами, где было 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 $180\text{--}320 \cdot 10^9/\text{л}$). Выполнено триплексное сканирование вен нижних конечностей – выявлен тромбоз подколенной вены с флотацией тромба (головка 1,8 см). Назначены гепарин, реополиглюкин, эластическая компрессия НК. 9.08.2019 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 тромболитиз (стрептокиназа). После стабилизации состояния, в связи с наличием на УЗДГ вен НК флотирующего тромба в правой поверхностной бедренной вене произведена её пликация. 21.08.2019 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 2019 года у пациента уменьшились кровоподтёки. На момент осмотра в ноябре 2019 года отмечается прибавка мышечной массы, нормализация телосложения, отсутствие кровоподтёков. Тромбоциты – $181 \cdot 10^9/\text{л}$ (норма $180\text{--}320 \cdot 10^9/\text{л}$), 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 тромбоемболий, 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. Кукес В.Г., Клиническая фармакология: учебник / под ред. В. Г. Кукеса, 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 аденоматоидные 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.
- «Гистиоцитозидные» 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 – 50-75%.

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 двуядерные 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 видные 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 видными 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., Древаль А.В. Дифференцированный рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике, терапии и динамическому наблюдению (обзор). / О.А. Нечаева, Л.Г. Бавыкина, А.В. Древаль // 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. Kato 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
<i>Наличие титульного слайда с заголовком</i>	2
<i>Использование ссылок на литературные источники</i>	5
<i>Слайды представлены в логической последовательности</i>	5
<i>Текст хорошо написан, идеи ясно изложены и структурированы</i>	4
<i>Отсутствие орфографических, грамматических и лексических ошибок в тексте</i>	3
<i>Сохранение единого стиля презентации</i>	3
Технологии, используемые в презентации	Максимальное количество баллов
<i>Использование анимации на объектах слайдов и при смене слайдов</i>	2
<i>Наличие иллюстративного материал, графиков и таблиц</i>	2
Содержание выступления	Максимальное количество баллов
<i>Обоснование актуальности заявленной темы</i>	5
<i>Полнота раскрытия заявленной темы</i>	5
<i>Наличие целей и задач представленной работы</i>	4
<i>Применение методов статической обработки результатов исследования</i>	5
<i>Грамотность и доказательность описания основной части работы/результатов исследования</i>	5
<i>Выводы, обоснованные с научной точки зрения</i>	5
<i>Владение представленной темой, оперирование научно-медицинской терминологией</i>	5

<i>Умение поддержать дискуссию и ответить на заданный вопрос</i>	5
Всего	65

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Слайды презентации	Максимальное количество баллов
<i>Наличие заголовка</i>	2
<i>Использование ссылок на литературные источники</i>	5
<i>Информация представлена в логической последовательности</i>	5
<i>Текст хорошо написан, идеи ясно изложены и структурированы</i>	4
<i>Отсутствие орфографических, грамматических и лексических ошибок в тексте</i>	3
<i>Сохранение единого стиля оформления</i>	3
Технологии, используемые в презентации	Максимальное количество баллов
<i>Наличие иллюстративного материал, графиков и таблиц</i>	2
<i>Наличие авторской инфографики</i>	2
Содержание выступления	Максимальное количество баллов
<i>Обоснование актуальности выбора данного клинического случая</i>	5
<i>Полнота представления клинических данных</i>	5
<i>Проведение дифференциальной диагностики с широким кругом заболеваний</i>	4
<i>Наличие обучающих моментов</i>	5
<i>Грамотность и доказательность описания основной части работы/выбранных методик ведения и лечения</i>	5
<i>Выводы, обоснованные с научной точки зрения</i>	5
<i>Владение представленной темой, оперирование научно-медицинской терминологией</i>	5
<i>Умение поддержать дискуссию и ответить на</i>	5

<i>заданный вопрос</i>	
Всего	65

