

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Информационное письмо
о проведении VIII Алмазовского молодежного медицинского форума
в рамках IX Инновационного Петербургского медицинского форума**

1. Общие положения

- 1.1 Алмазовский молодежный медицинский форум (далее – АММФ) является ежегодной всероссийской конференцией с международным участием, проводимой на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.
- 1.2 Основной целью АММФ является обмен опытом между гостями и участниками конференции, решение актуальных вопросов медицины и здравоохранения Российской Федерации.
- 1.3 АММФ входит в План мероприятий образовательной и воспитательной направленностей образовательных организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, на 2026 год, утвержденный Заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации Т.В. Семеновой.
- 1.4 Участником конференции может стать любой желающий.
- 1.5 Принять участие в конференции можно в следующих формах:
 - Слушатель – форма участия, подразумевающая только бесплатное посещение лекций и постерных секций, проводимых в ходе АММФ;
 - Докладчик – форма участия, подразумевающая очное представление своей научной работы в одной из постерных секций и участие в конкурсе научных работ, а также бесплатное посещение лекций и других постерных секций, проводимых в ходе АММФ;
 - Заочное участие – форма участия, подразумевающая только публикацию работы в приложение к журналу «Трансляционная медицина»;
 - Участие в олимпиадах и турнирах, проводимых в рамках АММФ (регистрация проходит отдельно в соответствующих регистрационных формах олимпиад).
- 1.6 На АММФ в качестве научной работы могут быть представлены тезисы практической работы или клинический случай.
- 1.7 Настоящее информационное письмо действует в период с открытия по закрытие АММФ и является основным нормативно-правовым актом во время его проведения.
- 1.8 АММФ проводится очно в Санкт-Петербурге с 12 мая по 15 мая 2026 года.

2. Участие в конкурсе научных работ

- 2.1 В случае принятия работы экспертной комиссией автор работы может принять участие в качестве докладчика. Докладчик – основная форма участия в рамках АММФ, подразумевающая очное представление результатов научной работы.
- 2.2 В качестве научной работы могут быть представлены тезисы оригинального исследования или клинический случай.
- 2.3 Участник секции представляет результаты своей работы в форме электронного постера.
- 2.4 Докладчиком может являться только первый автор тезисов (один человек). На имя докладчика выписывается сертификат участника, на соавторов работы - диплом призера или победителя.

2.5 Один человек может выступить в качестве докладчика только в одной постерной секции.

2.6 Только одна работа может быть представлена в рамках постерной секции, все остальные работы, предоставляемые для рассмотрения конкурсной комиссией, могут быть только опубликованы в приложении к журналу «Трансляционная медицина».

3. Заочное участие в АММФ

3.1 В случае принятия работы отборочной комиссией, автор работы может принять участие заочно. В таком случае автор работы получает право на публикацию своей работы в приложении к журналу «Трансляционная медицина» без выступления и бесплатное посещение всех мероприятий, запланированных в программе АММФ.

3.2 Экспертная комиссия выносит решение о формате участия в конференции в соответствии с пунктом 1.5. настоящего информационного письма и об участии в конкурсе научных работ.

4. Участие в качестве слушателя

4.1 Принять участие на АММФ в качестве слушателя может любой желающий.

4.2 Участие на АММФ в качестве слушателя бесплатно.

4.3 Слушатель вправе посещать все лекции, мастер-классы и постерные секции, предполагаемые в программе конференции.

5. Регистрация участников

5.1 Предварительная регистрация участников проводится при помощи электронной системы Яндекс Формы: <https://forms.yandex.ru/u/6964343b90fa7ba17840d4df>

5.2 На указанную при регистрации электронную почту поступает письмо с подтверждением регистрации.

5.3 Регистрируясь, участник дает свое добровольное информированное согласие на обработку персональных данных. Согласие распространяется на осуществление Администрацией сайта любых действий в отношении ваших персональных данных, которые могут понадобиться для сбора, систематизации, хранения, уточнения (обновление, изменение), обработки (например, отправки писем или совершения звонков), распространения (в том числе возможная передача модераторам секций) и т.п. с учетом действующего законодательства.

5.4 В случае возникновения вопросов касательно регистрации и/или мероприятия участникам следует обращаться к организационному комитету через электронную почту - almazovcyss@yandex.ru

6. Разработка и утверждение программы

В рамках конференции предусмотрено проведение следующих постерных секций:

- Акушерство и гинекология;
- Анестезиология-реаниматология и трансфузиология;
- Базисная и клиническая фармакология;
- Гастроэнтерология;
- Гематология;
- Детские болезни;
- Дерматология;
- Инфекционные болезни;
- Нейронные сети и искусственный интеллект в медицине;

- Кардиология: коронарогенные заболевания;
- Кардиология: нарушения ритма и проводимости;
- Кардиология: некоронарогенные заболевания;
- Клиническая лабораторная диагностика;
- Клиническая неврология;
- Лучевая диагностика;
- Медицинская психология;
- Микробиология;
- Молекулярная биология, биохимия, генетика;
- Нейрохирургия;
- Онкология;
- Организация здравоохранения и общественного здоровья;
- Патологическая анатомия;
- Патологическая физиология;
- Психиатрия;
- Профилактическая медицина;
- Ревматология;
- Секция кластера «Трансляционная медицина»;
- Секция школьных работ;
- Стоматология и челюстно-лицевая хирургия;
- Сердечно-сосудистая хирургия и рентгенэндоваскулярная хирургия;
- Эндокринология;
- Урология;
- Хирургия;
- Ядерная медицина и радиационные технологии;

6.1 Постерная секция может быть организована, если на секцию одобрено не менее четырёх устных докладов. В противном случае секция не может считаться организованной, а работы, поданные на конкурс в ее рамках, могут быть опубликованы или же представлены в смежной секции, если тематика работы схожа.

6.2 Программа конференции разрабатывается организационным комитетом и руководителями секций на основании представленных работ.

6.3 В программе конференции предусмотрены:

- 6.3.1 Мастер-классы и лекции ведущих специалистов в рамках «Инновационного Петербургского медицинского форума»;
- 6.3.2 Конкурсы и научно-развлекательные мероприятия;
- 6.3.3 Конкурс научных работ студентов, ординаторов и молодых ученых;
- 6.3.4 Секция научно-образовательного кластера «Трансляционная медицина»;
- 6.3.5 Олимпиада/турнир по кардиологии;
- 6.3.6 IV Алмазовская всероссийская студенческая олимпиада по неврологии с международным участием;
- 6.3.7 IV Всероссийская студенческая олимпиада по лабораторной медицине;
- 6.3.8 III Алмазовская олимпиада по нейрохирургии
- 6.3.9 III Олимпиада по лучевой диагностике для студентов «Dr. Almazov»;
- 6.3.10 Всероссийский индивидуальный турнир с международным участием для школьников;
- 6.3.11 Всероссийский индивидуальный турнир с международным участием для студентов;
- 6.3.12 II Олимпиада по акушерству и гинекологии;
- 6.3.13 II Олимпиада по инфекционным болезням;
- 6.3.14 II Алмазовская всероссийская олимпиада по психотерапии
- 6.3.15 III Алмазовская всероссийская олимпиада по психиатрии
- 6.3.16 II Олимпиада по эндоскопии.

6.3.17 I Алмазовская межвузовская студенческая олимпиада по клинической фармакологии

6.4 Итоговая программа конференции публикуется в официальной группе ВКонтакте - <https://vk.com/almazovcyssammf>

7. Организация и порядок работы организационного комитета

7.1 Организаторами АММФ является Совет обучающихся и молодых ученых (далее – СОМУ) во главе с председателем СОМУ (ответственный секретарь форума).

7.2 В состав организационного комитета помимо СОМУ входят модераторы секций.

7.3 Модераторами секций назначаются обучающиеся и сотрудники ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

7.4 Организационный комитет обязуется уведомить ответным письмом о решении отбора работ.

7.5 По решению экспертной комиссии представленная работа может быть направлена на редактирование. Срок редактирования – 5 рабочих дней. В случае, если отредактированная работа не будет отправлена организационному комитету в указанный срок, работа участника не будет принята повторно.

8. Требования к оформлению тезисов практической работы

8.1. Тезисы оригинальных исследований должны быть подготовлены в редакторе MS Office Word без формул и рисунков.

Параметры страницы и текста:

- размер бумаги – А4 (210мм x 297 мм);

- поля – 30 мм со всех сторон;

- шрифт – Times New Roman;

- основной размер шрифта – 12 пт.;

- междустрочный интервал – одинарный;

- между абзацами отступы – 0 пт;

- отступ абзаца 10 мм

- выравнивание – по ширине.

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

- в именах сначала идет фамилия, затем инициалы. (Иванов И. И.)

- между инициалами ставится пробел (И. И.).

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

- 3-я строка: в скобках – ученая степень, фамилия и инициалы научных руководителей, 10 пт, курсив, выравнивание по центру. Допустимые сокращения: к.м.н., д.м.н., член-корр. РАН, акад., асс., доц., проф.

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

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

8.2. Тезисы оригинальных исследований должны содержать следующие разделы:

- Введение (400-600 символов);

- Цель исследования (200-300 символов);

- Материалы и методы (800-1200 символов);

- Результаты (800-1200 символов);

- Выводы (400-600 символов);

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

8.3. Файл с работой прикрепляется к форме регистрации в разделе «Подача тезисов доклада».

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

8.5. Пример оформления тезисов представлен в Приложении №2.

9. Требования к оформлению клинических случаев

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

Параметры страницы и текста:

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

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

- в именах сначала идет фамилия, затем инициалы. (Иванов И. И.)

- между инициалами ставится пробел (И. И.).

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

- 3-я строка: в скобках – ученая степень, фамилия и инициалы научных руководителей, 10 пт, курсив, выравнивание по центру. Допустимые сокращения: к.м.н., д.м.н., член-корр. РАН, акад., асс., доц., проф.

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

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

9.2. Работа должна содержать следующие разделы:

- Обоснование.

- Описание клинического случая.

- Заключение.

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

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

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

9.5. Пример оформления клинического случая представлен в Приложение №3.

10. Требования к оформлению электронных постеров

10.1 Постер может быть представлен на русском или английском языке. Использование других языков не допускается.

10.2 Ориентация постера – альбомная (горизонтальная).

10.3 Размеры постера – 118 сантиметров в ширину и 85 сантиметров в высоту.

10.4 Содержание постера должно отражать все разделы тезисов.

10.5 Постер должен быть представлен одним слайдом.

10.6 При оформлении постеров должны быть использованы эмблемы: официальная эмблема ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», эмблема СОМУ и эмблема АММФ текущего года.

10.7 Докладчик несет ответственность за оформление и содержание постера.

11. Порядок оценки работ

11.1 Жюри секций формируется из профессорско-преподавательского состава ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

11.2 Работа оценивается по следующим критериям.

11.2.1 Научная значимость

11.2.2 Практическая значимость

11.2.3 Личный вклад в работу

11.2.4 Степень владения материалом

11.2.5 Изложение материала

11.2.6 Качество и информативность иллюстрируемого материала

11.3 Оценочный лист секции (приложение 1) и протокол секции (приложение 2), подписанные председателем жюри секции предоставляется организационному комитету.

11.4 Протоколы и оценочные листы не предоставляются для ознакомления участникам.

12. Награждение победителей

12.1 Лучшим работам в рамках каждой постерной секции присуждаются первое, второе и третье место.

12.2 В каждой секции может быть только одно первое, одно второе и одно третье место.

12.3 Призеры и победители получают дополнительные баллы при поступлении в Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Приложение 1. Оценочный лист секции.

«АЛМАЗОВСКИЙ МОЛОДЕЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ 2026»

Секция

Лист для оценки докладов

[illegible]

Протокол секции

«АЛМАЗОВСКИЙ МОЛОДЕЖНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ 2026»

Секция

«Анестезиология-реаниматология и трансфузиология»

Члены президиума:

В конференции приняли участие ____ человек.

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

за работу: _____

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

за работу: _____

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

за работу: _____

Пример оформления тезисов практической работы

Беганова А. К.¹, Шалина Я.А.²

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ МЕТОДА

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

¹Санкт-Петербургский государственный университет

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Санкт-Петербург, Российская Федерация

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

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

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

Результаты. Регулярный овуляторный менструальный цикл имели 22 женщины (78,6%), у 6 (21,4%) пациенток выявлена нормогонадотропная недостаточность яичников, проявляющаяся олигоменореей. Структура гинекологической патологии: 4 женщинам проводилось комбинированное лечение наружного генитального эндометриоза (лапароскопия и аГнРГ), у 1 пациентки был диагностирован аденомиоз, у 2 - миома матки. Индекс массы тела обследованных женщин составил от 19 до 32,4 кг/м². Ожирение I степени выявлено у 4 пациенток. 2 пациентки получали антигипертензивную терапию в связи наличием гипертонической болезни I ст., артериальной гипертензии 1 ст. После введения «Импланона» время наблюдения составило 3 года. У 11 (39,3%) женщин на фоне применения препарата имелись регулярные менструальноподобные выделения, у 9 (32,1%) пациенток отмечены редкие (раз в 2-3 месяца), скудные кровянистые выделения. Сразу после введение имплантата у 4 женщин были отмечены длительные кровянистые выделения разной степени интенсивности (от 14 до 28 дней). Пациенткам была назначена терапия, направленная на купирование указанных симптомов, которая включала: добавление эстрогенов (преимущественно трансдермальной формы) на этапе адаптации эндометрия к действию препарата; НПВС: индометацин; антифибринолитики: транексамовая кислота; ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции: аскорбиновая кислота + рутозид. Эффективность проводимой коррекции составила 50%. У 8 женщин (28,6%) в течение всего периода наблюдения сохранялись постоянные мажущие кровянистые выделения, что стало причиной отказа от дальнейшего использования метода, имплантат был удален. Прибавка массы тела (от 5 до 6 кг) отмечалась у 4 женщин, но прямой связи с использованием метода отмечено не было. Других нежелательных явлений, связанных с применением «Импланона» таких как болезненность молочных желез,

головная боль, эмоциональная лабильность отмечено не было. Большинство обследуемых женщин были удовлетворены методом, из них 12 (42,86%) предпочли продолжить использование данного метода контрацепции после указанного срока и установили новый имплантат.

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

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

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

АТРЕЗИЯ ТОНКОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова
Санкт-Петербург, Российская Федерация

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

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

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

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

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