

Какой бы труд ни писал автор исследования — от одностраничных тезисов до 600-страничной монографии, — следует помнить, что структура подачи материала давно рационально установлена, дабы мысль «не растекалась по древу», а чётко отвечала тем позициям, которые должны быть представлены в **каждой научной работе**. Прежде всего это, конечно, диссертация и автореферат. Но все те же правила действуют для любой научной публикации, научной статьи, подготовленной по материалам проведённого исследования. Соблюдение академических правил дисциплинирует мышление и помогает создать продукт, который становится понятен любому читающему специалисту.

Несмотря на то что диссертация — свободное изложение мыслей, предположений, результатов исследования, именно определённая структура позволяет как можно более полно раскрыть суть выполненной работы. Рассмотрим структуру диссертации.

Введение — неперенный атрибут диссертации, и автореферата, и любого научного труда, ибо в этом кратком разделе, который предшествует описанию всего исследования, читатель может познакомиться с самыми важными сторонами проблемы, которой посвящена выполненная работа.

Итак, первый структурный элемент — **актуальность темы исследования**. Она определяется **аналитическим обзором** современной литературы по изучаемому автором (диссертантом) вопросу. В этой

Согласно требованиям ГОСТа (ГОСТ Р 7.0.11-2011 «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Диссертация и автореферат диссертации. Структура и правила оформления»), введение включает в себя следующие основные структурные элементы:

- актуальность темы исследования;
- степень её разработанности;
- цели и задачи;
- научную новизну;
- теоретическую и практическую значимость работы;
- методологию и методы исследования;
- положения, выносимые на защиту;
- степень достоверности и апробацию результатов.

части в краткой форме должны быть представлены основные существующие мнения, результаты исследований отечественных и зарубежных учёных, то есть краткое резюме, которое и станет обоснованием актуальности, — что же происходит и что достигнуто в мире по изучаемой **проблеме** (докторская диссертация) и отдельным **задачам** (кандидатская диссертация). Но этого мало! Аналитический обзор (так он правильно называется) должен не просто сообщить о сделанном по проблеме и задачам, а представить **противоречия** (контраверсии), выявленные анализом.

В обоснование актуальности будут представлены результаты исследований, связанных с изучаемой проблемой или задачей (не более чем за последние 5, максимум 7 лет), и резюме аналитического литературного обзора (глава 1), которое должно продемонстрировать, почему изучаемая задача/проблема должна быть решена, чем отсутствие её решения чревато для пациентки, потомства, здравоохранения и народного хозяйства (мы цитируем ГОСТ) в целом. По сути, актуальность есть заявление автора о претензии на «диссертательность» своей темы, свидетельство её критериальности для присвоения искомой научной степени (Постановление Правительства РФ от 24.09.2013 №842 [ред. от 26.10.2023] «О порядке присуждения учёных степеней» [вместе с «Положением о присуждении учёных степеней»]). Завершается глава резюме.

К настоящему времени можно считать доказанным: **отсутствие тенденции к снижению частоты преждевременных родов (ПР)**; недостаточность фактов, подтверждающих роль контрактильности миометрия в их генезе. Разобщены, не систематизированы, противоречивы данные о структурных изменениях шейки матки до и во время преждевременных родов; иммуноактивных процессах в ней. Практически отсутствует информация о роли плода. Эти сведения актуализируют настоящее исследование иммунного гомеостаза в возникновении и развитии сократительной деятельности матки при преждевременных родах.

Следующий структурный элемент введения — **степень разрабатанности темы** — отражает суть, которая в дальнейшем будет раскрыта в литературном обзоре, а именно: что уже доказано, причём на высоком уровне; что представляют собой контраверсионные аспекты изучаемой задачи/проблемы (факт разобщённости научных

результатов, несистематизированность данных; отсутствие полных сведений о чём-либо и т.д.). Наиболее важны освещённые в современной литературе прямо противоположные результаты [в то время как Сидоров А.В. (2021) показывает то-то, Иванов И.Г. и соавт. (2022) опровергают его точку зрения, заявляя о своих результатах таких-то...]*.

И наконец, завершающая часть изложения **степени разработанности** темы — то, что вообще не исследовано. Здесь нужен анализ причин отсутствия исследований: иногда оказывается, что всему виной невозможность (теоретическая, технологическая) и/или бесперспективность этих исследований в настоящее время.

Следующим структурным элементом введения являются **цели и задачи исследования**. И здесь необходимо вернуться к пониманию клинической диссертации, защищаемой по направлению «клиническая медицина».

Если ещё 10 лет назад (а иной раз и по сию пору) автор старался проникнуть в тонкости молекулярных механизмов, которые влияют на клинический исход, то в настоящее время ситуация изменилась, поскольку все исследования молекулярных, генетических, клеточных механизмов относят к теоретической медицине, а клиницист должен пользоваться этими методами для обоснования патогенетических и клинических аспектов своей диссертации.

Поэтому целью клинической диссертации не может быть «изучить», «выявить реакции на уровне клеток/молекул/генов». Ещё раз повторимся: это должно быть **методами**. А клинической целью должно стать: «улучшить состояние здоровья...», «повысить эффективность лечения...», «улучшить качество прогнозирования...», «разработать методы профилактики, реабилитации...», то есть то, что входит непосредственно в сферу действий врача-клинициста.

Ни в коем случае не отказываясь от применения всех суперсовременных методов теоретической медицины, используя их для достижения своей клинической цели, диссертант проводит различные исследования, которые должны в результате помочь в достижении его **клинических** целей: получения и обоснования эффективности и приемлемости для клинициста технического решения проблемы (в докторской) либо конкретной задачи (в кандидатской) диссертации. Этим техническим решением может быть научно обо-

* Обратите внимание на квадратные скобки — они поставлены потому, что внутри в тексте есть круглые!

снованная модификация рутинного алгоритма ведения пациенток, конкретного метода диагностики, разработка и валидизация прогностической модели/моделей, обоснование системы мер (для докторской) и т.д.

В соответствии с целью будут сформулированы **задачи исследования**, которые должны отвечать конкретным целевым постулатам, заявленным в цели, например: **улучшить исходы преждевременных родов**. В своей совокупности задачи должны отражать концепцию работы, её **внутреннее единство**, которое позволит впоследствии сформулировать по результатам проведённых исследований положения, выносимые на защиту.

Для этого формируются задачи исследования, среди которых главная — прогнозирование и/или ранняя диагностика тех состояний, которые в нашем примере могут привести к преждевременным родам. То есть первая задача — **установить клинические факторы риска изучаемого заболевания** (в данном случае — **преждевременных родов или позднего выкидыша**) с теми специфическими аспектами в решении этой задачи, которые свойственны определённому региону, популяции, клиническим группам (скажем, **женщинам с миомой матки**).

Вторая задача, вытекающая из первой (но, самое главное, относящаяся к цели исследования), — это **выявить ранние симптомы, признаки, значимые для диагностики** угрожающего прерывания беременности во II и III триместрах (значимые — статистически доказанные с использованием общепринятых для этого методов).

Непременно потребует третья задача — **определить признаки, наиболее информативные для пациенток с невынашиванием беременности** во II и III триместрах.

Следующая задача — **патогенез, расширение представлений о механизмах развития заболевания**, на которые станет возможным повлиять обоснованными в диссертации методами. Ответ именно на эту задачу определит ответ на главный вопрос экспертизы всех уровней: какова научная новизна исследования?

Далее следует задача тщательно **сравнить различные методы лечения** угрозы выкидыша/преждевременных родов во II и III триместрах, на основании чего создать лечебно-диагностический алгоритм.

После этого совершенно очевидна задача **оценить эффективность разработанного алгоритма** (о чём часто забывают!) и опти-

мизировать методы предотвращения потери беременности в поздние сроки, что можно сделать, создав некую математическую модель на основании методов, которые использованы в данной работе (раздел 9).

Вот, собственно говоря, и все задачи, решение которых составляет содержание всей диссертации, соответствующее цели **улучшить исходы преждевременных родов** то ли путём пролонгирования беременности (если получится), то ли путём оптимального выбора метода родоразрешения.

Следующий структурный элемент введения — **научная новизна**. Она определяется при изучении любых патологических состояний, заболеваний, синдромов на основании расширения существующих представлений об их патогенезе.

Никакие методы диагностики и лечения не могут сами по себе быть научной новизной без определения, какова же роль исследованных механизмов возникновения/развития изучаемого процесса/синдрома/болезни.

Наиболее удобное выражение: «научная новизна заключается в расширении представлений о патогенезе невынашивания в поздние сроки беременности на основании верификации новых механизмов инициации сократительной деятельности матки».

Теоретическая и практическая значимость работы — следующий подраздел введения. Необходимо очень точно показать, какова же практическая роль полученных новых научных знаний. Она существенна, если окажется, что выявленные молекулярные механизмы адапционно-гомеостатических реакций фетоплацентарной системы, доселе ещё не изученные биомаркёры, исследованные автором при изучении патогенеза, могут оказаться практически значимыми при их последующем определении в целях прогнозирования и ранней диагностики невынашивания беременности в поздние её сроки.

В конце диссертации из этого раздела последуют **практические рекомендации**, но до этого ещё далеко.

Существует некий шаблон, предложенный ВАК РФ для оформления заключений диссертационного совета по защищённой работе. В нём тезисно указаны варианты формулировок обоснования теоретической и практической значимости.

Это прекрасная подсказка, ориентирующая соискателя, помогающая ему, будь он клиницистом, филологом или юристом.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

разработана _____,
(например, научная концепция, новая научная идея, обогащающая научную концепцию, новая экспериментальная методика, позволившая выявить качественно новые закономерности исследуемого явления, повысить точность измерений с расширением границ применимости полученных результатов)

предложены _____,
(например, оригинальная научная гипотеза, оригинальные суждения по заявленной тематике, нетрадиционный подход)

доказана _____,
(например, перспективность использования новых идей в науке, практике, наличии закономерностей, неизвестных связей, зависимостей)

введены _____.
(например, новые понятия, изменённые трактовки старых понятий, новые термины)

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что:

доказаны _____,
(например, теоремы, леммы, положения, методики, вносящие вклад в расширение представлений об изучаемом явлении, расширяющие границы применимости полученных результатов)

применительно к проблематике диссертации результативно (эффективно, то есть с получением обладающих новизной результатов) использован _____,
(например, комплекс существующих базовых методов исследования, в том числе численных методов, экспериментальных методик)

изложены _____,
(например, положения, идеи, аргументы, доказательства, элементы, теории, аксиомы, гипотезы, факты, этапы, тенденции, стадии, факторы, условия)

раскрыты _____,
(например, существенные проявления теории: противоречия, несоответствия, выявление новых проблем)

изучены _____,
(например, связи данного явления с другими, генезис процесса, внутренние и внешние противоречия, факторы, причинно-следственные связи)

проведена модернизация _____.
(например, существующих математических моделей, алгоритмов и/или численных методов, обеспечивающих получение новых результатов по теме диссертации)

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что:
разработаны и внедрены (указать степень внедрения)

_____,
(например, технологии, новые универсальные методики измерений, образовательные технологии)

определены _____,
(например, пределы и перспективы практического использования теории на практике)

создана _____,
(например, модель эффективного применения знаний, система практических рекомендаций)

представлены _____.
(например, методические рекомендации, рекомендации для более высокого уровня организации деятельности, предложения по дальнейшему совершенствованию)

И ещё один важный нюанс: концепция может быть сформулирована и в кандидатской, и в докторской работе, однако всё же в кандидатских сплошь и рядом разрабатывается лишь гипотеза, доказательство которой обогащает уже существующую концепцию, принятую в клинической практике, некую парадигму на данный момент. В докторских диссертациях формулировка собственной концепции практически обязательна — без этой, авторской, системы взглядов, доказанной в проведённых соискателем исследованиях, проблемы не решаются.

К теоретической и практической значимости проведённого исследования добавляет вес указание на то, что диссертация выполнена в рамках некоего научного направления, при поддержке гранта и т.д. Особенно важно наличие патентов, полезных моделей, баз данных — всего того, что Положением о присвоении учёной степени приравнивается к серьёзным публикациям. Подтверждение охраноспособности темы сразу ставит «точки над ё» в вопросе народно-хозяйственного значения и личного вклада автора. Вездливость патентоведов служит их профессиональной характеристикой. Если патент выдан, значит, данные уже оценены соответствующим образом с прикладной стороны, документально признан вклад в практику.

Следующий пункт введения — **методология и методы исследования**. Методология — это те научные принципы, которые были положены в основу выполненного исследования, то, каким именно оно было: ретроспективным, проспективным, комбинированным, поперечным или лонгитудинальным (продольным), плацебо-контролируемым (при разработке методов лечения) или наблюдательным, о чём будет рассказано в соответствующих разделах. Но конкретные методы исследования подробно излагаются во введении только в автореферате, в диссертации для этого предусмотрена отдельная глава 2.

Здесь же необходимо указать **методы статистики**, которые были использованы для доказательства достоверности полученных результатов, группы и объём выборки, а также то, как именно были получены данные.

Поскольку введение даёт общее представление обо всей диссертации, оно должно быть лаконичным, концептуальным и грамотно написанным. Такие же характеристики требуются для **положений, выносимых на защиту**: они формулируются во введении после описания методологии и методов, применённых в ходе выполнения диссертационного исследования. Положения — это квинтэссенция полученных результатов, обобщение сделанных выводов (раздел 11) по результатам доказательств в отношении выдвинутой диссертантом научной гипотезы. Положений должно быть минимум три, но может быть и больше. В зависимости от направленности работы они могут отражать концепцию автора (он защищает то, что формулирует, поэтому представление итогов работы и называется «защита диссертации») — от актуальности (эпидемиология, факторы риска, ущерб от отсутствия инструмента решения клинически и социально важных задач) через диагностически или клинически значимые аспекты полученных результатов до патогенеза и терапии/профилактики. Есть одно важнейшее правило: предлагаемое техническое решение (их может быть несколько) имеет право на отдельное положение в разрезе доказательств его эффективности. При этом следует иметь в виду, что описание этого инструмента решения (схема патогенеза, алгоритм ведения, модель прогноза, разница в доле выздоровевших в результате внедрения метода и т.д.) — прерогатива выводов.

Далее во введении положено раскрыть **степень достоверности и апробацию результатов**. В этой части необходимо представить методы статистического анализа с обоснованием, почему именно они были выбраны исследователем для интерпретации результатов.

Не менее важно в современных реалиях подробно раскрыть:

- где были доложены результаты работы (доклады устные, постерные, тезисы конференций, конгрессов и т.д.), подчеркнув достижения (места, призы), если таковые имеются;
- указать, сколько публикаций имеет соискатель и где были опубликованы результаты работы.

Эта часть потенциально приобретает чрезвычайную важность для аспирантов, которые попробуют одолеть вершину защиты в виде научного доклада, — 10 требуемых публикаций будут описательно представлены именно здесь, а перечислены уже далее, в списке литературы, будь то диссертация, будь то автореферат.

Следует также раскрыть **личный вклад автора** — долю в сборе материала, его обработке, аналитике, формулировке выводов и научных положений, участии в патентах, написании рекомендаций, книг, монографий, участии в создании клинических протоколов и др. Вместе с тем надо помнить, что по ГОСТу это описание не требует особого заголовка.

Отдельной строкой следует указать, где и когда состоялась апробация диссертационной работы. Представлять следует дату и номер протокола, указанные в соответствующем документе из личного дела соискателя, которое формируется в диссертационном совете и идёт в ВАК либо в его аналог в учреждении, присуждающем учёную степень. Особое внимание — соискателю по двум шифрам. В этом случае апробация требует совместного заседания двух кафедр либо научных отделов или иных подразделений, где трудятся специалисты, юридически имеющие возможность оценить работу (минимум пять докторов наук по специальности, в случае двух шифров — по каждой). Во многих вузах функционируют методические апробационные комиссии. В этом случае состав такой комиссии должен отвечать обоим шифрам. Кстати, и **все** документы (отзыв ведущей организации, например) тоже требуют **двух** подписей — по одному назначенному приказом сотруднику, как правило, это докт. мед. наук, профессор, специалист в этой отрасли.

После введения следует **глава первая — аналитический обзор современных сведений о состоянии проблемы и вытекающих задачах**. Акцентируем внимание на слове «аналитический». Это не пересказ итогов, а то и самих исследований с количественными подробностями; анализ должен представлять итоги исследований последних 5 лет, в которых отражены только **нерешённые, вызываю-**

щие сомнения вопросы, которыми следует заниматься диссертанту для решения важной проблемы/задачи современности.

Разумеется, вначале можно охарактеризовать проблему в целом, её исторические аспекты, сослаться на самые важные труды отечественных и зарубежных классиков XIX–XX веков (единичные ссылки) и, наконец, перейти к работам XXI века (за последние 5 лет).

Построена эта глава должна быть так же, как она называется — «**Аналитический обзор литературы**». Её содержание должно не просто отражать перечисление сделанного в мире (интернет позволит за 2 ч собрать более 600 страниц ненужного текста), а конкретно обозначить суть обзора литературы к диссертации. Объём его не должен превышать 15–20% всего текста: если кандидатская диссертация по клинической медицине занимает в среднем 120–140 страниц, то не более 22 страниц обзора (1 усл. печ. лист), а докторская, соответственно, всего 220–340 страниц, из которых 40–45 страниц (2 усл. печ. листа) сверхдостаточно для анализа версий и контраверсий существующих воззрений. Хорошо (хотя и необязательно) предпослать обзору, всей первой главе, название: условно «Современные представления о...» в зависимости от конкретной задачи (кандидатская) или проблемы (докторская).

Сообщив о последних сведениях в доступной литературе (5–7 лет), следует сразу переходить к анализу версий и контраверсий, противоречий во времени (XX и XXI века), в методологиях, воззрениях — того, что и требует познания, расширения представлений, поиска новых технологий, выдвижения новых идей, обоснования новых концепций. При изучении болезни, синдрома, состояния логично пользоваться классической **основой** медицины — **эпидемиология (распространённость), этиология, патогенез, прогнозирование, диагностика, лечение, профилактика** — или осветить любые другие аспекты, которые изучает автор. **Не нужно сообщать** (частая ошибка!), на каком количестве, какими методиками цитируемый автор пришёл к анализируемым заключениям, — обсуждаются **мысли, заключения и выводы**, высказанные предшественниками, вызывающие различные толкования, противоречия/контраверсии, над которыми будет работать автор.

Следуя от представлений об **общей проблематике** (половина, три четверти страницы) к **конкретной планируемой тематике**, автор использует **только** те данные, которые он будет обобщать, усовершенствовать, о чём будет спорить потом в главе «Обсуждение результатов». Тогда этот обзор будет полезен.

Общая направленность аналитического обзора должна быть очень простой: «В то время как Иванов В.Е. (2013), Петров З.А., Сидоров Е.И. (2015), Higgins et al. (2015) утверждают, что прерывание беременности (выкидыш, преждевременные роды) в поздние сроки является следствием аномальной, рано развившейся сократительной деятельности матки, другие исследователи — Евдокимов А.Н., Серебряков Г.Е., Иванов К.А. (2013), Jenkins I.I., Aldridge F.P. (2016) — утверждают нечто противоположное: отдавая должное конечному механизму, связыванию сократительной деятельности матки, они полагают, что причина не в этом, а в различных иммунных механизмах влияния на деколлагенизацию шейки, приводящую к запуску сократительной деятельности матки». Именно здесь нужно осветить использованные предшественниками методы: молекулярные, клеточные, иммуногистохимические — всё то, чем располагает современная инструментальная и лабораторная база.

Резюме первой главы — основополагающее и для представления **актуальности исследования**, и для **обсуждения результатов** (в последней главе); оно отражает то, с чем соглашается / не соглашается диссертант, относительно чего выражает сомнения или предлагает рассмотреть (первая глава) и обсудить (последняя глава) уточнённые, иногда прямо противоположные позиции.

Опять следует напомнить о сути первой главы — это резюме: **убедительно доказанное; противоречивое** (сомнительное, контраверсионное, двояко и более истолковываемое, а главное — не повышающее клинической эффективности) и **неизвестное**.

При написании работы резюме любой главы не оформляется отдельным заголовком, такого раздела в ГОСТе нет. Резюме начинается словами «Таким образом», «Подводя итог представленному выше» и т.п.

Глава вторая. Программа, контингент (важно для клинициста), **база, материалы и методы исследования**. В этой главе должны быть представлены сведения о том, кого обследовали, что исследовали, на какой базе (клинической, лабораторной) выполнено исследование/исследования, какие методы применялись. В целом всё это отображается в программе (дизайне) диссертационной работы, которая должна быть представлена (оптимально — графически) как преамбула к рассказу о контингенте, базе, материалах и методах исследования (рис. 1-1). Методы исследования должны быть систематизированы и излагаться в строгой последовательности в соответствии

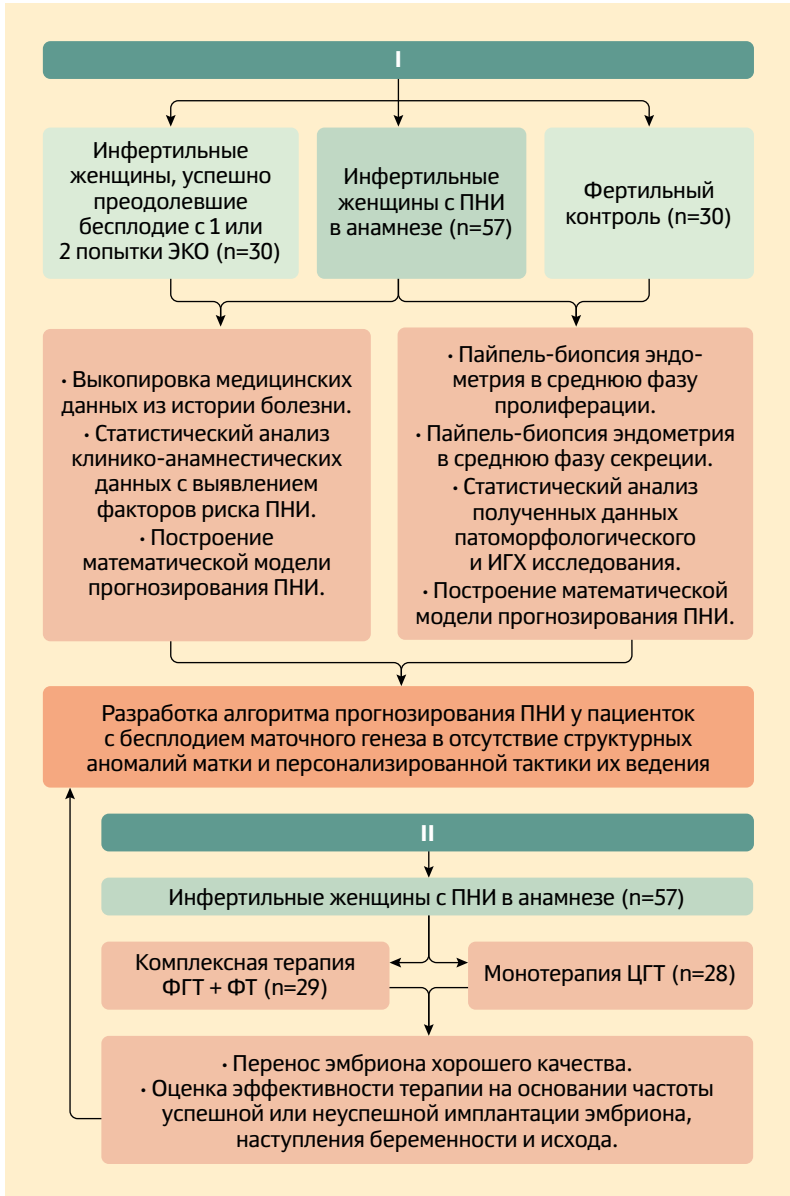


Рис. 1-1. Пример дизайна диссертационного исследования.

с исследуемыми системами, органами, тканями, клетками, молекулами и т.п.

Органizm и орган: антропометрия; сонография; КТ; МРТ; клинические, биохимические (гормональные, иммунные, генетические).

Ткань: гистологическое, гистохимическое.

Клетка: молекулярные механизмы регуляции клеточного гомеостаза; иммунные, генетические детерминанты исследуемых процессов и др., использованные в **данной** диссертации.

Глава третья. Клинико-статистическая характеристика обследованных пациенток (их плодов, новорождённых и т.п.). Единственная глава, где исследователь может показать себя клиницистом. В этой главе он даёт характеристику всем исследуемым пациенткам, уже разбитым на когорты, группы.

Принципиально: **в диссертации не должно быть подгрупп**. Групп может быть столько, сколько нужно исследователю, потому что результаты будут сопоставляться по группам, а подгруппы затрудняют, вплоть до невозможности, последующее сопоставление полученных данных.

Автор должен разделить весь контингент на когорты (если нужно для глобальных заключений о выявленных различиях) и группы, в которых будут проводиться **одни и те же** исследования для сравнения в последующем их результатов и выявления особенностей (статистически значимых отличий) тех или иных групп. Он должен изложить (в 20–25 таблицах) всё, что имеет значение для клинико-статистической характеристики этих групп. И главное — показать и обосновать достоверность различий между ними. В итоге это позволит сформулировать резюме третьей главы: «Факторами риска невынашивания в поздние сроки следует считать...»

Очень важный момент. Если удельный вес некоего признака, описываемого явления (например, место работы или его отсутствие у участниц исследования) составляет 16–35%, этот признак **не может быть фактором риска**, поскольку у 65% участниц этого фактора не было. Признак может рассматриваться как фактор риска после выявления существенного отличия группы именно по этому признаку от той (тех), где этого признака в таком соотношении нет. Отметим, что автору необходимо знать основы методов вариационной статистики для оценки полученных результатов. Да, может быть выявлено отличие одной группы от другой при частоте встречаемости признака 18% (в сравниваемой — 2%), и это будет отличием, но **никак не фактором риска**.

Важна корректная, грамотная оценка полученных данных, которая определяется как раз **знанием статистики**. Порой аспиранты, с лёгкостью «жонглирующие» методами продвинутой статистической обработки массива данных, умудряются описывать количество пациентов в % (количество — это абсолютные числа, единицы измерения, тогда как % — это относительная величина, удельный вес, частота, доля в структуре). Поэтому следует быть внимательным и к формулировкам, и к тому, какими методами и что обрабатывается, способен ли используемый метод дать ту оценку, которая нужна для решения конкретной задачи работы.

Не менее важно правильно составить таблицы. Следует помнить: результаты любых исследований (групповых) оформляются в виде таблицы, где в левом столбце сверху вниз перечисляются группы, в которых проводилось исследование, а справа — результаты исследования. Представляем пример подобной таблицы.

Таблица 1.1 — Сравнительный анализ плотности пиноподий, μm^{-2} и экспрессии MUC1

Группы	Пиноподии, μm^{-2}		p	MUC1, %		p
	Me	Q ₁ –Q ₃		Me	Q ₁ –Q ₃	
Повторные неудачи имплантации (n=57)	0,031	0,028–0,034	<0,001	24,03	18,94–39,01	<0,001
Контрольная (n=30)	0,022	0,018–0,027		48,34	42,60–65,51	

Значимость различий, подсчитанная одним из приемлемых в настоящее время методов, выносится в резюме во фразе: «Достоверными клиническими отличиями (клинико-статистическими особенностями) женщин, страдающих тем-то и тем-то, следует считать то-то и то-то, с такими-то критериями достоверности».

Уже сейчас следует предупредить, что ни одна цифра из таблицы не должна выноситься в комментарий, который следует после таб-

лицы: «Как видно из представленных в таблице такой-то данных, средний возраст женщин с преждевременными родами и поздними выкидышами достоверно отличался от возраста женщин, у которых признаков угрозы выкидыша не было, в сторону увеличения (достоверность)». И только так, потому что эти же таблицы в этом формате будут представлены в следующей главе, а именно в главе четвёртой.

Вместе с тем в комментарии может быть представлена некая цифра аналитического плана, например сумма двух или нескольких показателей из таблицы в сравнении между группами. Если в таблице её нет, описать в сравнении такие показатели, комментируя полученные данные, вполне приемлемо.

Четвёртая глава так и будет называться: «**Результаты лабораторных и инструментальных (функциональных) методов исследования**».

Глава чрезвычайно важна, ибо она представляет данные, претендующие на научную новизну, — патогенетические аспекты исследования. Эта глава призвана с помощью современных методов показать различия здоровых и больных, характеристик ранних и поздних сроков беременности и др. Она сохраняет ту же форму, что и третья глава: легко увидеть, как тем или иным группам соответствуют результаты проведённых исследований.

Последовательность изложения должна быть чёткой и единообразной: либо от организма (органа) к молекуле, либо от молекулы (что хуже: всегда лучше начинать с клиники) к организму (органу). Как правило, вначале все ссылаются на антропометрические и ультразвуковые исследования, что совершенно справедливо. Мы получаем представление об организме (ИМТ) и органе (в данной ситуации — фетоплацентарной системе) и затем оцениваем кардиотокографические результаты, данные гемостазиограммы, биохимических и других заявленных методов исследований. И наконец, итоги специальных методов исследования: определение иммунного статуса, особенности цитокинового каскада — всё то, что последовательно раскрывает участие тех или иных изученных реакций в механизмах развития, то есть в **патогенезе** этого заболевания.

Правила оформления табличного материала в четвёртой главе те же самые: слева — группа, справа — результаты исследований с указанием достоверности различий. Ни одна цифра из таблицы не повторяется в комментарии, в котором сказано: «Как видно из представленных данных, достоверных различий в фетометрических

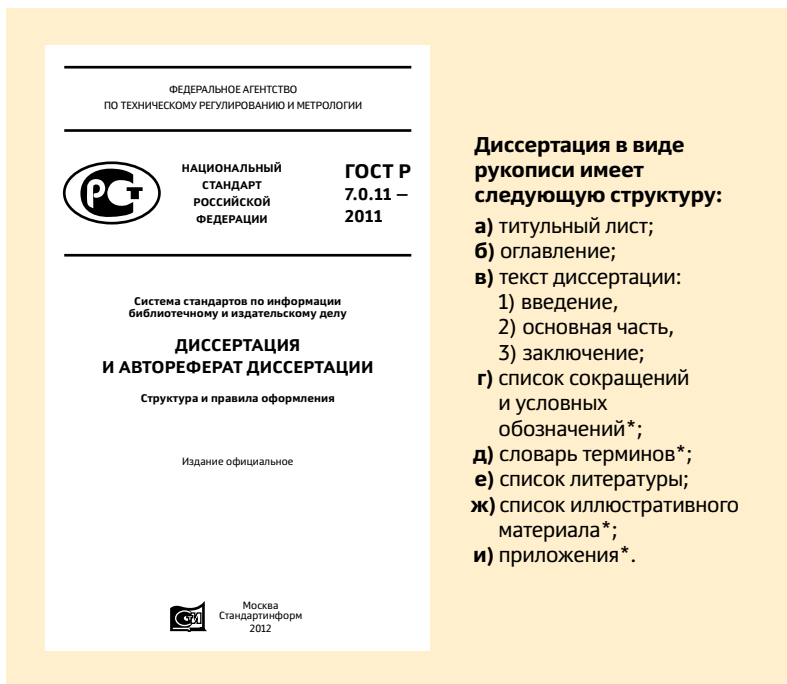


Рис. 1-2. Структура диссертации по ГОСТу.

показателях, полученных при ультразвуковом исследовании, обнаружено не было». Точка.

Резюме этой главы: «Достоверными отличиями женщин с угрожающим невынашиванием (или с уже начавшимися преждевременными родами) являются...» Излагаем чётко по методам исследования: антропометрически и сонографически — такие-то отличия (только статистически значимые); по биохимическому исследованию — такие-то; иммунологическому, гистохимическому — такие-то. Это очень важно для корректной оценки полученных результатов.

В целом структура диссертации должна соответствовать ГОСТу (рис. 1-2).

Подробнее о содержании всех структурных элементов диссертации написано в следующих разделах.

