

**Детализированные правила оформления публикации  
для журнала «Вестник Смоленской государственной медицинской академии»**

**ОБЩИЕ ПРАВИЛА**

1. Не следует форматировать статью по образцам **публикаций** из журнала. Это усложняет работу технического редактора. Рекомендуется при подготовке электронной формы публикации использовать **шрифт TimesNewRoman №11**

2. **УДК** является обязательным элементом статьи. После УДК двоеточие или тире не ставится. Номер УДК печатается без пробелов.

Пример:

УДК 615.015+616-001.8

3. **Заглавие** статьи **на русском языке** следует набирать **строчными буквами**, а не прописными. Это позволяет идентифицировать грамматическую ошибку, т.к. в этом случае слово с ошибкой будет подчёркнуто, в отличие от прописного варианта. Точка в конце названия не ставится.

Пример:

Фармакологическая коррекция острой экзогенной гипоксии антигипоксантами

4. В **списке русскоязычных авторов** следует размещать инициалы **после** фамилии автора. После каждого инициала ставится точка. Между инициалами **пробел делать не следует**. Если статья подготовлена несколькими авторами, каждого последующего следует отделять от предыдущего запятой. Между точкой после второго инициала и запятой пробел не ставится.

Пример:

Сосин Д.В., Евсеев А.В., Правдивцев В.А.

Если авторы работают в разных учреждениях, то это отмечается **цифровой индикацией** (1, 2, 3 и т.д.), соответствующей конкретному учреждению (см. следующий пункт). Номер располагается в **надстрочном положении** после второго инициала (после точки) **без пробела**.

Пример:

Переверзев В.А.<sup>1</sup>, Вэлком М.О.<sup>2</sup>, Переверзева Е.В.<sup>1</sup>

5. **Название учреждения и адрес** следует набирать через запятую в строгом порядке:

1) название учреждения, 2) страна, 3) почтовый индекс, 4) город, 5) улица 6) дом  
Точка в конце строки не ставится.

Пример:

Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Если публикация представлена авторами от разных учреждений, то перед названием **без пробела** размещается цифровой указатель (1, 2, 3 и т.д.) **в надстрочном положении**.

Пример:

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, 220116, Минск, пр-т Дзержинского, 83

<sup>2</sup>Научная инженерная академия, Греция, 15773, Афины, ул. Иоанна Богослова, 17-23

6. **Резюме** в пределах **1500-2000** знаков. Должно включать четко обозначенные разделы: цель, методика, результаты, заключение. В резюме могут использоваться только общепринятые сокращения (**см. в примере «ГАМК»**).

Пример:

*Резюме*

**Цель.** Целью исследования явилось изучение роли системы дофамина, ГАМК, опиоидов и входящих натриевых каналов нейронов прилежащего ядра для подкрепляющих эффектов ряда психоактивных веществ (психостимуляторов, опиатов, опиоидов) на условную реакцию предпочтения места у крыс. **Методика.** Крысам самцам Вистар вживляли микроканюли в прилежащее ядро (система расширенной миндалины) для введения фармакологических веществ (1 мкг в 1 мкл на инъекцию). У крыс вырабатывали условную реакцию предпочтения места одного из наркогенов в течение 8 дней. Для

анализа использовали блокатор входящих ионных токов Na<sup>+</sup> лидокаин, антагонисты ГАМК<sub>A</sub> рецепторов бикикуллин, D<sub>1</sub> рецепторов дофамина SCH23390, D<sub>2</sub> рецепторов дофамина сульпирид и опиоидных рецепторов налоксон, которые вводили внутривнутриструктурно в прилежащее ядро.

**Результаты.** Большинство исследованных блокаторов уменьшало или устраняло подкрепляющие эффекты фенамина. Активация подкрепления фентанилом снималась бикикуллином, лидокаином и налоксоном, но не антагонистами рецепторов дофамина (SCH23390 и сульпирид). Практически ни один из исследованных фармакологических блокаторов не влиял на условную реакцию предпочтения места, активируемую этаминалом-натрия, за исключением бикикуллина, ее снижавшую. Наконец, эффекты лей-энкефалина устранялись налоксоном и SCH23390, но усиливались бикикуллином. Сульпирид и лидокаин в этом случае не влияли на условную реакцию предпочтения места лей-энкефалина.

**Заключение.** Сделан вывод, что в прилежащем ядре сопрягаются разные управляющие механизмы положительного условнорефлекторного подкрепления (ГАМК-, дофамин- и опиоидергические).

7. **Ключевые слова** – от 3 до 7. В ключевых словах могут использоваться только общепринятые сокращения. После словосочетания «Ключевые слова» ставится двоеточие (без пробела), а затем со строчной буквы перечисляются через запятые собственно слова. В конце строки точка не ставится.

Пример:

Ключевые слова: прилежащее ядро, ГАМК, дофамин, опиоиды, условное предпочтение места

8. **Заглавие** статьи *на английском языке* рекомендуется набирать *строчными буквами*. Это позволяет идентифицировать грамматическую ошибку, т.к. в этом случае слово с ошибкой будет подчеркнуто, в отличие от прописного варианта. Точка в конце названия не ставится.

Пример:

GABA, dopamine and opioidergic mechanisms of nucleus accumbens determine conditioned place preference

9. В **списке авторов на английском языке** инициалы следует размещать после фамилий авторов. Фамилии и инициалы должны быть набраны не по-английски, *а в транслитерации*. После каждого инициала ставится точка. Между инициалами *не следует оставлять пробел*. Если статья подготовлена несколькими авторами, каждого последующего следует отделять от предыдущего запятой. Между точкой второго инициала автора и запятой *не следует оставлять пробел*.

Пример:

Shabanov P.D., Karpova I.Yu.

Если авторы работают в разных учреждениях, то это отмечается *цифровой индикацией* (1, 2, 3 и т.д.), соответствующей конкретному учреждению (см. следующий пункт). Номер располагается в *надстрочном положении* после точки второго инициала.

Пример:

Pereverzev V.A.<sup>1</sup>, Welcome M.O.<sup>2</sup>, Pereverzeva E.V.<sup>1</sup>

10. **Название учреждения и адрес на английском языке** следует набирать через запятую в том же порядке, что и на русском:

1) название учреждения, 2) улица, 3) дом, 4) город, 5) почтовый индекс 6) страна

Название улицы пишется в именительном падеже. Точка в конце строки не ставится.

Пример:

Kirov Military Medical Academy, Acad. Lebedev St., 6, St. Petersburg, 194044, Russia

Если публикация представлена авторами от разных учреждений, то перед названием *без пробела* размещается цифровой указатель (1, 2, 3 и т.д.) *в надстрочном положении*.

Пример:

<sup>1</sup>Belarusian State Medical University, Dzerjinsky Av., 83, Minsk, 220116, Republic of Belarus

<sup>2</sup>Scientific and Engineering Academy, Ioannou Theologou, 17-23, 15773, Athens, Greece

11. **Summary** является точным переводом русского резюме на английский язык.

Должно включать четко обозначенные разделы: цель, методика, результаты, заключение. В резюме и ключевых словах могут использоваться только общепринятые сокращения (*см. в примере «GABA»*).

Пример:

*Abstract*

**Objective.** The purpose of the investigation was to clear up the significance of dopamine, GABA, opioids and sodium influx ionic currents of the nucleus accumbens neurons for the reinforcing effects of a number of psychotropic drugs (opiates, opioids, psychostimulants) on conditioned place preference (CPP) in experimental rats.

**Methods.** The microcannules were implanted into the nucleus accumbens (the extended amygdala system) of the Wistar male rats to inject the drugs studied (1 µg in 1 µl in volume for each injection). The rats were trained CPP of one of narcogenics during 8 days. Such drugs as lidocain, a blocker of sodium influx ionic currents, antagonists of GABA<sub>A</sub> receptors bicuculline, D<sub>1</sub> dopamine receptors SCH23390, D<sub>2</sub> dopamine receptors sulpiride and opioid receptors naloxone, administered intrastructurally into the nucleus accumbens, were used for pharmacological analysis.

**Results.** The majority of the blockers studied decreased or abolished the reinforcing effects of amphetamine. Activation of reinforcement by means of fentanyl was reversed with bicuculline, lidocain and naloxone but did not change with dopamine antagonists (SCH23390 and sulpiride). None of the blockers studied affect the CPP of sodium ethaminal excluding bicuculline which reduced it. Finally, the leu-enkephaline effects were reversed with naloxone and SCH23390, but strengthened with bicuculline. Sulpiride and lidocain did not affect CPP of leu-enkephaline.

**Conclusions.** Therefore, the different mechanisms (GABA-, dopamine- and opioidergic) controlling the positive conditioned reinforcement are located in the nucleus accumbens.

## ОФОРМЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ

### 1. Введение пишется в обязательном порядке для научных статей, обзоров литературы.

Слово «Введение» выносится на отдельную строку по левому краю страницы и пишется без точки. Введение по объёму должно занимать не более 1/8-1/5 размера публикации и включать общие сведения о проблеме с ссылками на современную или основополагающую литературу. Ссылки на источники приводятся по порядку их представления в списке литературы в прямых (квадратных) скобках в цифровом виде, отделяясь друг от друга запятой и пробелом. Не допускается отсутствие пробела между скобками и словами текста.

#### Пример:

##### Введение

В настоящее время фармакология располагает достаточно большим арсеналом иммуномодулирующих средств, применяемых при различных видах патологии [6, 7, 13, 17]. К ним относятся препараты микробного происхождения (продигиозан, рибомунил, пирогенал, вакцина БЦЖ), пептидные иммуномодуляторы (тималин, тимоген, тимотропин, тимостимулин, т-активин, интерфероны), синтетические средства (левамизол, нестероидные анаболизанты, дибазол, трекрезан, полиоксидоний), препараты растительного происхождения (настойка эхиноцеи, иммунал, сироп корня солодки, сплат, настойки женьшеня, элеутерококка, золотого корня). Несмотря на востребованность препаратов микробного, животного и растительного происхождения, многие специалисты отдают предпочтение иммуномодуляторам относительно простого строения, полученным на основе химического синтеза. Среди новых средств этой направленности можно выделить метапрот, полиоксидоний, трекрезан [7-9, 14].

Новый отечественный препарат трекрезан – оксиэтиламмония метилфеноксиацетат – представляет собой высокоэффективное фармакологическое средство с адаптогенным и иммуностимулирующим действием. Препарат создан в Иркутском институте органической химии СО РАН, прошел доклинические и клинические испытания как адаптогенное средство и разрешен Фармакологическим комитетом МЗ РФ к широкому применению [8, 12, 16]. В настоящее время выпускается ООО «Фарматрикс» (Москва).

### 2. Методика – описывается для научных статей.

Слово «Методика» выносится на отдельную строку по левому краю страницы и пишется без точки. Описание методов исследования должно быть достаточным для понимания сути проводимых исследований и иметь ссылки на соответствующие источники. Допустимо использование рисунков, поясняющих суть методов. В случае проведения статистической обработки требуется точное указание использованных статистических методик. Неполное или некорректное изложение статистических методов является частой причиной отклонения публикаций.

#### Пример:

##### Методика

Опыты выполнены на 119 крысах самцах Вистар массой 200-240 г, полученных из питомника Рапполово РАМН (Ленинградская область). Животных содержали в стандартных пластмассовых клетках в

условиях вивария при свободном доступе к воде и пище в условиях инвертированного света 8.00-20.00 при температуре  $22 \pm 2^\circ\text{C}$ . Все опыты проведены в осенне-зимний период.

Вживление канюль в мозг крысам проводили под нембуталовым наркозом (50 мг/кг) с использованием стереотаксического прибора фирмы «Medicor», Венгрия. Канюли из нержавеющей стали диаметром 0,25 мм вживляли униполярно в левое прилежащее ядро (рис. 2) по следующим координатам: AP=2,2 вперед от брегмы, SD=1,2 мм латерально от сагиттального шва, H=6,5 мм от поверхности черепа [20]. Канюли фиксировали на черепе животного самотвердеющей пластмассой и после операции закрывали специальным колпачком, который временно снимали для введения веществ в структуру мозга. Поведенческие эксперименты начинали не ранее 10 дней после операции.

Условную реакцию предпочтения места (УРПМ) вырабатывали в установке размером 60×30×30 см, состоящей из двух одинаковых квадратных камер (отсеков), соединенных дверцей размером 10×10 см [1, 17]. Внутренняя поверхность камер была окрашена в белый цвет. Текстура пола отличалась: в одной камере она представляла мелкую решетку, в другой – гладкий темно-коричневый пол. Выработку УРПМ производили в течение 8 дней. В 1-й день крысу помещали на 10 мин. в установку при открытой дверце для ознакомления и определения исходного предпочтения одного из отсеков установки. Начиная со 2-го дня опыта, каждой крысе вводили либо один из фармакологических препаратов (на 2-й, 4-й и 6-й дни), либо физиологический раствор (на 3-й, 5-й и 7-й дни) и сразу же помещали на 60 мин. в установку: в непредпочитаемый отсек в случае введения наркотика и в предпочитаемый отсек в случае введения физиологического раствора. Дверца между отсеками установки в этом случае была закрыта. На 8-й день опыта дверцу открывали и помещали животное на 10 мин. в непредпочитаемый отсек без введения препарата. Регистрировали время нахождения в каждом из отсеков и число переходов из отсека в отсек. Увеличение времени в исходно непредпочитаемом отсеке камеры трактовали как условное предпочтение места (основной критерий – увеличение времени пребывания в непредпочитаемом отсеке выше 50% от всей экспозиции). Дополнительным критерием предпочтения служило общее увеличение числа переходов из отсека в отсек.

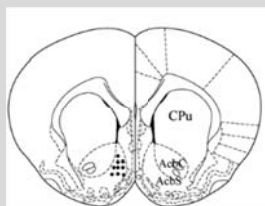


Рис. 2. Проекция (основные места) инъекций фармакологических средств в медиальную часть прилежащего ядра 2,2 мм вперед от брегмы черепа крысы (отмечено темными кружками).

AcbS – n. accumbens shell, AcbC – n. accumbens core, CPu – хвостатое ядро (n. caudatum) и скорлупа (putamen)

По окончании всех опытов производили морфологический контроль локализации кончиков канюль на серии фронтальных срезов мозга, которые окрашивали по методу Ниссля.

Для фармакологического анализа использовали психомоторный стимулятор фенамин (1 мг/кг), синтетический опиатный анальгетик фентанил (0,1 мг/кг), барбитурат этаминал-натрий (5 мг/кг), опиоид лей-энкефалин (0,1 мг/кг), которые вводили внутривенно за 30 мин. до посадки в непредпочитаемый отсек на 2-й, 4-й и 6-й дни опыта. Бикукуллин (антагонист ГАМК<sub>A</sub>-рецепторов), лидокаин (блокатор входящих Na<sup>+</sup> каналов), SCH23390 (антагонист D<sub>1</sub> рецепторов дофамина), сулпирид (антагонист D<sub>2</sub> рецепторов дофамина) и налоксон (избирательный антагонист опиоидных рецепторов), все по 1 мкг (Sigma, США) вводили внутривенно в прилежащее ядро через вживленную в эту мозговую структуру канюлю [4-7]. Субстанции веществ растворяли в дистиллированной воде и вводили в объеме 1 мкл с помощью микроинъектора СМА-100 (Швеция) в течение 30 с за 3-5 мин. до введения наркотика. Каждую крысу обучали УРПМ один раз, то есть она получали 3 внутримозговые инъекции (блокатора рецепторов или физиологического раствора) и 6 внутривенных инъекций (3 наркотика + 3 физиологического раствора). Выборка для каждого вещества составила не менее 10-12 опытов. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием t-критерия Стьюдента и пакета стандартных программ Statistica for Windows, версия 4.0.

**3. Результаты исследования** должны представляться в виде текста, снабжённого пояснительными таблицами, рисунками и т.д. Таблицы и рисунки не должны дублировать друг друга. Толщина стенок и сетки таблицы (толщина линий) – 0,25.

Словосочетание «**Результаты исследования**» выносится на отдельную строку по левому краю страницы и пишется без точки.

**Пример:**

Результаты исследования

На момент обследования у пациентов 1-й группы уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) был значимо выше показателя пациентов 2-й группы – 11,5 % и 8,3% соответственно ( $p=0,05$ ). Результаты суточного мониторинга гликемии представлены в табл. 1.

Таблица 1. Показатели уровня гликемии по данным CGMS у обследованных пациентов

Показатели CGMS	1-я группа	2-я группа
HbA1c, %	11,5	8,3*
Среднесуточный уровень гликемии, ммоль/л	11,7	10,2
Уровень гликемии натощак, ммоль/л	10	14,3*
Уровень гликемии после приема пищи, ммоль/л	14,7	15,4
Уровень гликемии в ночные часы, ммоль/л	8,1	11,4

Примечание: \* – статистически значимые различия

Средний уровень гликемии натощак у детей 2-й группы оказался статистически значимо выше по сравнению с пациентами 1-й группы ( $p=0,023$ ). При сравнительном анализе, гипогликемии за сутки регистрировались чаще у пациентов 1-й группы: у 50% 1-й группы и у 25 % пациентов 2-й группы, в том числе и ночные гипогликемии (у 6 детей с КАН и 1 без КАН). У пациентов 1-й группы было зарегистрировано 14 эпизодов гипогликемии (в том числе 4 ночных) за сутки, а во 2-й группе – 6 за сутки, из них 1 в ночные часы (рис. 1).

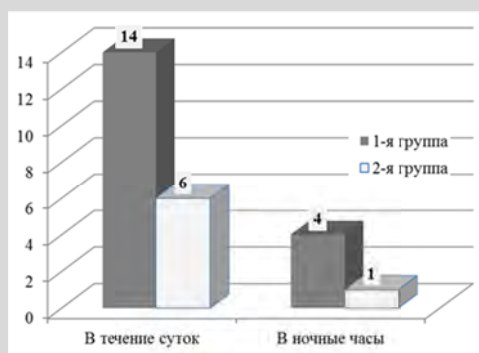


Рис. 1. Количество гипогликемий в течение суток и в ночные часы по данным CGMS. 1-я группа – дети с кардиальной автономной нейропатией, 2-я – без кардиальной нейропатии

Процент времени гипогликемии за сутки в 1-й группе составил 13%, а у детей 2-й группы – 2%, но статистически значима оказалась длительность ночной гипогликемии: у детей с КАН в среднем составила 35 мин. (максимальная – 217 мин.), без КАН – 0 мин. (у 1-го пациента – 20 мин.) ( $p=0,047$ ). Количество экскурсий гликемии между сравниваемыми группами статистически не различалось: в 1-й группе в среднем за сутки 3 эпизода, во 2-й группе – 2 эпизода. В результате анализа данных непрерывного мониторинга гликемии прослеживается тенденция к гипогликемии у пациентов 1-й группы.

Допустимо изложение результатов исследования вместе с обсуждением. В этом случае используется словосочетание «**Результаты исследования и их обсуждение**». При этом в тексте должна присутствовать внутренняя и внешняя дискуссия с использованием в качестве аргументов конкретных источников, ссылки на которые указываются в цифровом виде в соответствующих местах текста в прямых (квадратных) скобках (см. раздел «Введение»). Если в тексте приводится имя какого-либо автора(ов), то ссылка осуществляется лишь

указанием на год издания в круглых скобках. Обсуждение не может быть представлено без ссылок на данные других авторов, т.е. в виде рассуждений, основанных исключительно на оценке собственных результатов. Словосочетание «*Результаты исследования и их обсуждение*» выносится на отдельную строку по левому краю страницы и пишется без точки.

**Пример:**

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе данных нами получены следующие результаты (табл. 1). Курение сразу после пробуждения типично для мужчин (0,65, доверительный интервал 95%: 0,12-0,59,  $p < 0,05$ ), в то время как для женщин характерна иная ситуация (0,62, ДИ 95%: 0,39-0,92,  $p < 0,05$ ). При сравнении между группами оказалось, что выкуривают сигарету буквально сразу после пробуждения мужчины (0,65, ДИ 95%: 0,12-0,59,  $p < 0,05$ ), а женщины не курят сразу после сна.

Таблица 1. Результаты анкетирования пациентов пульмонологического отделения ОГБУЗ «Клиническая больница № 1» г. Смоленска

Вопрос	Ответ «Да»	Ответ «Нет»
После пробуждения Вы сразу закуриваете сигарету?	16	14
Трудно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где оно запрещено?	18	12
Вам трудно отказаться от первой сигареты утром?	13	17
Вы выкуриваете больше 15 сигарет в день?	13	17
Курите ли Вы чаще в первые часы после пробуждения, по сравнению с другим временем дня?	16	14
Курите ли Вы и тогда, когда болеете и лежите в постели большую часть дня?	18	12
Вы предпочитаете сигареты с более высоким содержанием никотина «лёгким» сигаретам?	14	16
Вдыхаете ли Вы дым?	19	11
Вы позволяете себе выпить один раз в неделю?	7	23
Алкоголь улучшает Ваше настроение?	17	13
Вы употребляете алкогольные напитки только по праздникам?	18	12
Употребляете ли Вы алкогольные напитки только в компании?	24	6
Позволяете ли Вы себе выпить пиво чаще, чем три раза в неделю?	7	23
Вы не отдаете предпочтение одному виду спиртного?	15	15
Предпочитаете ли Вы крепкие спиртные напитки (водка, коньяк и т.п.)?	13	17

Как показали результаты исследования, для женщин типично воздержание от курения в запрещенных местах (0,69, ДИ 95%: 0,46-0,92,  $p < 0,05$ ). В то же время среди мужчин одинаково часто можно встретить как воздерживающихся от курения в запрещенных местах, так и мужчин, которым воздержаться от курения сигареты трудно (0,53, ДИ 95%: 0,24-0,71,  $p > 0,05$ ).

При сравнении выявленных типичностей между группами оказалось, что женщины с большей вероятностью откажутся от сигареты, нежели мужчины (0,69, ДИ 95%: 0,46-0,92,  $p < 0,05$ ). По данным исследования женщинам гораздо легче отказаться от утренней сигареты (0,69, ДИ 95%: 0,46-0,92,  $p < 0,05$ ), в то время как мужчинам с равной вероятностью трудно или легко отказаться от сигареты утром (0,53, ДИ 95%: 0,24-0,71,  $p > 0,05$ ). Среди опрошенных женщин не было выявлено куривших более 15 сигарет в день (0,69, ДИ 95%: 0,46-0,92,  $p < 0,05$ ), в то же время среди мужчин одинаково часто можно встретить тех, кто курит более 15 сигарет в день, так и тех, кто выкуривает значительно меньше (0,53, ДИ 95%: 0,24-0,71,  $p > 0,05$ ). При сравнении типичностей между группами оказалось, что женщины курят менее 15 сигарет в день, в отличие от мужчин (0,69, ДИ 95%: 0,46-0,92,  $p < 0,05$ ). В группе мужчин типично курение во время болезни (0,65, ДИ 95%: 0,41-0,88,  $p < 0,05$ ), а женщины одинаково часто как ограничивают себя в курении во время болезни, так и продолжают курить, не ограничивая количество сигарет (0,54, ДИ 95%: 0,23-0,77,  $p > 0,05$ ). При сравнении типичностей между группами оказалось, что во время болезни не ограничивают себя в курении мужчины (0,65, ДИ 95%: 0,41-0,88,  $p < 0,05$ ). Для мужчин типично предпочтение сигарет «тяжелых» более «легким» (0,65, ДИ 95%: 0,41-0,88,  $p < 0,05$ ), в то время как для женщин характерна другая ситуация (0,77, ДИ 95%: 0,54-1) ( $p < 0,05$ ). При сравнении типичностей между группами выяснилось, что мужчины предпочитают «тяжелые» сигареты (0,65, ДИ 95%: 0,41-0,88,  $p < 0,05$ ), а женщины так называемые «легкие» сигареты.

Как для мужчин (0,71, ДИ 95%: 0,47-0,94,  $p < 0,05$ ), так и для женщин (0,85, ДИ 95%: 0,62-1,  $p < 0,05$ ) одинаково типично употребление алкоголя 1 раз в неделю. Для мужчин типично улучшение настроения после употребления алкоголя (0,82, ДИ 95%: 0,65-1,  $p < 0,05$ ), а женщины улучшение настроения не отмечают (0,77, ДИ 95%: 0,54-1,  $p < 0,05$ ). При сравнении типичностей признаков между группами выяснилось, что после приема алкоголя настроение улучшается чаще у мужчин. Как для женщин (0,85, ДИ 95%: 0,62-1,  $p < 0,05$ ), так и для мужчин (0,77, ДИ 95%: 0,53-0,94,  $p < 0,05$ ) оказалось типичным употребление алкоголя в компании. В свою очередь, при сравнении типичностей между группами для женщин оказалось наиболее типичным употребление алкоголя исключительно в компании (0,85, ДИ 95%: 0,62-1,  $p < 0,05$ ). Для женщин характерно, что они не употребляют пиво чаще трех раз в неделю (0,85, ДИ 95%: 0,62-1,  $p < 0,05$ ), для мужчин характерна аналогичная ситуация (0,71, ДИ 95%: 0,47-0,94,  $p < 0,05$ ). Женщины отдают предпочтение разным видам спиртного (0,77, ДИ 95%: 0,54-1,  $p < 0,05$ ), а мужчины – одному виду спиртного (0,59, ДИ 95%: 0,35-0,82,  $p < 0,05$ ). Для мужчин характерно употребление крепких алкогольных напитков (0,59, ДИ 95%: 0,35-0,82,  $p < 0,05$ ), в отличие от женщин, которые предпочитают более легкие напитки (0,77, ДИ 95%: 0,54-1,0,  $p < 0,05$ ). Мужчины выпивают больше 200 мл алкоголя за вечер (0,59, ДИ 95%: 0,35-0,82,  $p < 0,05$ ), а для женщин типично употребление меньшего количества алкоголя за вечер (0,77, ДИ 95%: 0,54-1,0,  $p < 0,05$ ).

Полученные результаты о табакокурении сходны с данными многих исследовательских работ, основанных на анкетировании пациентов с ХОБЛ [5, 6]. Отмечается значительная приверженность мужчин к курению: выкуривание более 15 сигарет в день, предпочтение «тяжелых» видов сигарет, невозможность отказа от утренней сигареты, курения во время болезни [5, 6]. Полученные нами данные в плане алкоголя сходны с результатами ранее проведенных работ, которые демонстрировали одинаковое предпочтение, как и у мужчин, так и у женщин, к распиванию спиртных напитков в компании, «по праздникам», но не реже 1 раза в неделю [2]. По вопросам употребления крепких алкогольных напитков, объема выпитого за вечер и цели, достигаемой употреблением алкоголя (повышение настроения), в нашей работе также были продемонстрированы результаты, сходные с данными других авторов [2, 7].

Приводимые в тексте обозначения типа %, °C не отделяются пробелом от соответствующего показателя.

Например:

правильно 34%, 25°C

неправильно 34 %, 25 °C

При приведении данных с указанием средней ошибки показатель приводится без пробелов.

Например:

правильно 11,5±0,11 мм  $p < 0,05$  0,24-0,71 мл

неправильно 11,5 ± 0,11 мм  $p < 0,05$  0,24 - 0,71 мл

**Таблицы** интегрируются непосредственно в текст статьи *сразу после упоминания о них в тексте*, например, (табл. 3). Между «табл.» и номером таблицы сохраняется пробел.

Не допускается использование таблиц в формате рисунков, для их создания следует пользоваться ресурсами редактора Word. Таблицы и рисунки не должны дублировать друг друга.

При построении таблиц автор обязан обеспечить их приемлемый для журнала масштаб. Таблица должна полностью помещаться на странице. Если это невозможно – следует разбить таблицу на две или более.

Так как левое и правое поля страницы журнала составляют соответственно 25 и 20 мм, следует это учитывать при построении таблицы.

Внешняя и внутренняя структура таблицы выполняется *минимальной* по толщине линией – 0,25. Все буквенные и цифровые элементы таблицы следует набирать *одинаковым шрифтом*. Рекомендуемый шрифт №9 или №10. Не следует использовать жирность и курсив. Раскрашивание таблиц не допускается (полная прозрачность). Выравнивание в таблице производится не вручную, а с помощью автоматических ресурсов редактора Word.

Название таблицы пишется непосредственно над ней. Начинается со слова «Таблица.» с точкой в конце слова. Если таблиц 2 и более, то ставится порядковый номер (Например, Таблица 1.). Знак «№» не применяется. Далее следует название таблицы. Не рекомендуется использовать в названии собственные сокращения, допустимо использование общепринятых сокращений. После названия таблицы точка не ставится.

Пример:

Таблица. Уровни продукции протеина А стафилококком в зависимости от формы патологии

Класс	Группа		
	Паратонзиллит, n=13	хронический декомпенсированный тонзиллит, n=29	Контроль, n=17
Класс I (0 нг/мл усл. ед.)	30,77%	0	47,05%
Класс II (1-50 нг/мл)	23,08%	6,9%	52,94%
Класс III (50-100 нг/мл)	15,38%	6,9%	0
Класс IV (100-150 нг/мл)	15,38%	10,34%	0
Класс V (150-200 нг/мл)	7,69%	10,34%	0
Класс VI (>200 нг/мл)	7,69%	65,51%	0

Примечание. Все исследования были выполнены на базе инфекционного отделения 1-й городской клинической больницы №1 г. Смоленска

Если даётся примечание к таблице, то оно набирается в текстовом поле сразу под таблицей, а не в структуре таблицы. Точка в конце примечания не ставится.

**Рисунки** интегрируются непосредственно в текст статьи *сразу после упоминания о них в тексте*, например, (рис. 2). Между «рис.» и номером рисунка сохраняем пробел.

Подпись выполняется непосредственно под рисунком. Начинается с сокращения «Рис.» с точкой в конце. Если рисунков 2 и более, то ставится порядковый номер (например, Рис. 1.). Знак «№» не применяется. Далее следует название рисунка и пояснение к нему (при необходимости). Слово «Пояснение» не пишется. В конце подписи *точка не ставится*.

Рисунки должны быть чёткими и контрастными. *Цветные рисунки принимаются только после согласования с редакцией*. Если цвет не принципиален – рисунки необходимо заранее перевести в *чёрно-белый формат*. Все значимые элементы рисунка должны иметь цифровую или буквенную индикацию (шрифт Arial) с соответствующими пояснениями в подписи под рисунком. Если приводится несколько рисунков, то следует соотносить в них стиль и масштаб буквенной и цифровой индикации. Не допускается разный стиль рисунков и значительное отличие в контрасте. Не следует выполнять рисунки, используя ресурсы редактора Word. Каждый рисунок должен представляться в тексте единым блоком, исключая мозаичность построения.

Пример:

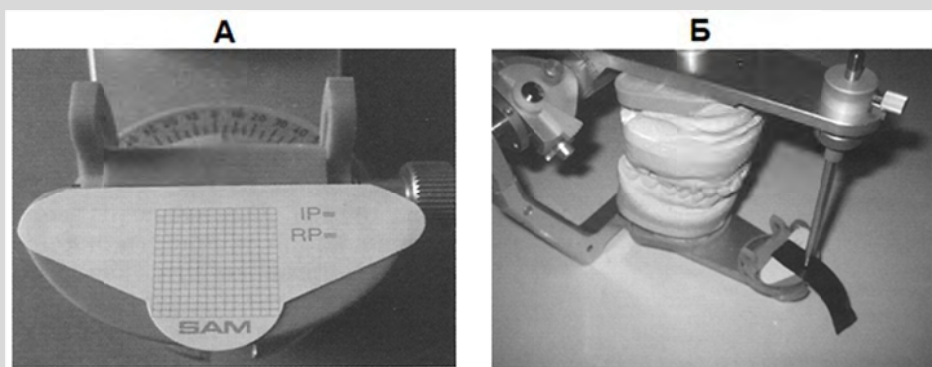


Рис. 2. А – регистрационная этикетка наклеена на резовый столик артикулятора. Б – резовый штифт прибора «МРІ» приводится в контакт с резовым столиком, и чёрной артикуляционной бумагой отмечается точка контакта резового штифта с регистрационной этикеткой

Если на рисунке приводятся *диаграммы*, то следует использовать заливку столбцов *в виде разных типов штриховки*, а не однотонный вариант с разной глубиной контраста.



Пример:

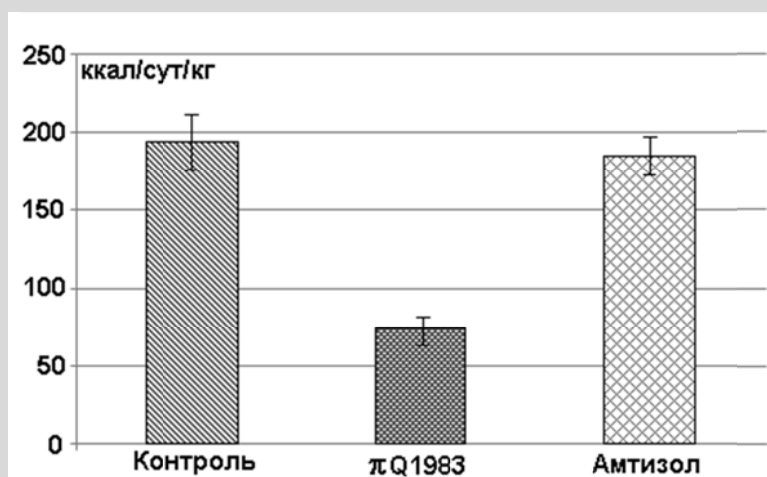


Рис. 5. Влияние вещества  $\pi$ Q1983 и амтизола на стандартный энергетический обмен крыс после введения внутрь в дозе 100 мг/кг

4. **Обсуждение результатов исследования** является обязательным разделом для научной статьи, но может быть представлено и в разделе «Результаты исследования» как «Результаты исследования и их обсуждение» (см. предыдущий пункт). Словосочетание **«Обсуждение результатов исследования»** выносится на отдельную строку по левому краю страницы и пишется без точки.

В разделе должна присутствовать дискуссия (внутренняя и внешняя) с приведением ссылок на актуальную и авторитетную литературу с цифровой индикацией и размещение ссылок в прямых (квадратных) скобках.

Пример:

Обсуждение результатов исследования

В соответствии с данными литературы, адаптивные реакции системы гемодинамики в процессе нарастания острой гипоксии обычно протекают в 2 фазы [20, 23, 31].

В 1-ю фазу, как правило, наблюдают увеличение частоты и силы сердечных сокращений, что приводит к возрастанию минутного объема кровотока. Масса циркулирующей крови существенно прирастает также за счёт её поступления из кровяных депо. Принято считать, что увеличение кровообращения в тканях является фактором, гарантирующим поступление к ним требуемого количества  $O_2$ , несмотря на относительно низкое содержание газа в единице объема крови. Рефлекторные реакции со стороны функциональной системы гемодинамики на ранних стадиях формирования острой гипоксии, как известно, обеспечивают усиление кровообращения на уровне головного мозга, что, в свою очередь, способствует стабилизации параметров активности нервных центров, контролирующих работу жизненно-важных функциональных систем организма [11, 20, 27].

2-ю фазу реагирования, как правило, отмечают с момента манифестации признаков гипоксического повреждения центра регуляции системы кровообращения. Она проявляется в прогрессивном снижении контрактильной активности миокарда [11]. На этом этапе обычно отмечают перебои в работе сердца, а в момент агонии – фибрилляцию желудочков. Кровяное давление, повышенное во время 1-й фазы, при переходе ко 2-й начинает снижаться, иногда стремительно по типу коллапса. Следует отметить, что проблемы центральной гемодинамики неизбежно провоцируют нарушения микроциркуляции на всех уровнях, включая головной мозг и миокард [24].

Согласно данным Н.А. Агаджаняна (2006), «подъём» людей «на высоту» со скоростью 0,1 м/с, сопровождается характерными изменениями амплитудно-частотных характеристик ЭКГ. Как правило, отмечают укорочение кардиоцикла, увеличение амплитуды основных зубцов. При этом нередко наблюдают увеличение интервала QS со смещением электрической оси сердца влево.

В свою очередь, при моделировании состояния острой гипобарической гипоксии у крыс, по завершении «подъёма» животных на высоту 12 000 м со скоростью 25 м/с миокард демонстрировал 2-фазную положительную хронотропную реакцию. Первый пик обычно выявляли на высоте порядка 2 000-3 400 м, и расценивали как ответ на раздражение сосудистых хеморецепторов. Второй пик наблюдали в момент достижения высоты 6 300-8 000 м. Его происхождение объясняли непосредственным влиянием гипоксемии на головной мозг. Далее следовал период угнетения электрической активности миокарда [1].

Как известно, высотная гипоксия существенно отличается от гипоксии, формирующейся в условиях замкнутого пространства. Несмотря на это, результаты наших опытов мало отличались от данных литературы, характеризующих состояние сердечной мышцы крысы при острой гипобарической гипоксии. Также наблюдали непродолжительный период повышенной электрической активности миокарда с укорочением кардиоцикла и расширением комплекса QS. При развитии ОГ+Гк, также как и при гипобарии, период активации сменялся периодом угнетения электрической активности, но без 2-го пика тахикардии [3, 4].

Рассматривая роль фактора гиперкапнии в дестабилизации функционального состояния сердечной мышцы, следует подчеркнуть, что ранняя активация миокарда на фоне нарастающей гиперкапнии обеспечивает на начальных стадиях острой гипоксии увеличение минутного объема кровотока и, как следствие этого, необходимую скорость удаления избытка  $\text{CO}_2$  из тканевой жидкостей [24]. До определённого момента тахикардия даёт организму возможность усиления доставки  $\text{O}_2$  к головному мозгу и сердцу, как к наиболее чувствительным к кислородному голоданию органам. Такой эффект достигается не только за счёт ускорения циркуляции, но также обусловлен феноменом уменьшения сродства гемоглобина к  $\text{O}_2$ , что всегда наблюдается при повышении напряжения  $\text{CO}_2$  и уменьшении pH в плазме крови [2].

Как оказалось, профилактическое введение вещества  $\pi\text{Q1983}$  и антигипоксанта амтизола внутрь в равных дозах (100 мг/кг) оказывает тормозное влияние на ЭКГ-характеристики миокарда крыс в период инкубации. Через 30 мин. после введения вещества  $\pi\text{Q1983}$  частота ЭКГ-комплексов замедлялась на 21,3%, преимущественно за счёт удлинения кардиоцикла. В дальнейшем брадикардия усиливалась, но частотные характеристики ЭКГ стабилизировались приблизительно через 70 мин. опыта. Частота следования ЭКГ-комплексов по сравнению со стартовыми показателями максимально снижалась в 1,5 раза. Амплитуда зубцов R на этот момент была в 2 раза ниже, чем до введения металлокомплексного соединения.

Введение амтизола внутрь в сравнении с веществом  $\pi\text{Q1983}$  оказывало довольно слабое влияние на ЭКГ крыс, хотя в целом обеспечивало однонаправленные эффекты. Достоверное замедление частоты ЭКГ-комплексов (-13,8%) наблюдали только к концу периода инкубации, но без существенных изменений формы и амплитуды зубцов.

Таким образом, полученные данные доказывают, что вещество  $\pi\text{Q1983}$  и в меньшей степени амтизол после введения регос снижают электрическую работу миокарда. При этом оба вещества обеспечивают формирование нового стабильно низкого уровня активности сердечной мышцы, более предпочтительного для условий ОГ+Гк. Детальный анализ электрофизиологических реакций вызванных веществом  $\pi\text{Q1983}$  в миокарде показал, что это металлокомплексное соединение оказывает выраженное кардиодепрессивное влияние. Учитывая, что наблюдаемые изменения ЭКГ-характеристик имели для обоих изученных веществ одинаковую направленность, логично предположить, что такого рода реакции могли быть обусловлены не столько прямым влиянием веществ на эффекторы, сколько их способностью снижать потребности органов и тканей в  $\text{O}_2$ . Последнее было косвенно подтверждено фактом снижения ректальной температуры на фоне применения изученных веществ, что соответствовало их антигипоксической активности.

В литературе встречаются упоминания о кардиодепрессивных эффектах антигипоксических веществ аминокислотного происхождения, таких, например, как, гутимин, амтизол, металлокомплексное соединение  $\pi\text{Q1104}$ . В частности, после 3-х дневного применения амтизола у больных значительно снижалось артериальное давление, формировалась брадикардия [8]. Подобные эффекты были отмечены нами у мышей после внутрибрюшинного введения вещества  $\pi\text{Q1104}$  (бис (N-ацетил-L-цистеинато) цинк(II) сульфат октагидрат) [6]. Следует подчеркнуть, что это соединение, также как и вещество  $\pi\text{Q1983}$ , в качестве комплексообразователя содержит II-валентный цинк, что позволило прогнозировать возможность возникновения отрицательного хронотропного эффекта у животных после введения вещества  $\pi\text{Q1983}$ . Важно отметить, что селенсодержащие металлокомплексные соединения зарекомендовали себя не только как перспективные протекторы острой экзогенной гипоксии, но также впервые обеспечили впечатляющий эффект после введения внутрь, что существенно повышает к ним интерес в плане создания удобной в применении лекарственной формы для оперативного использования антигипоксанта.

К кардиодепрессивным эффектам антигипоксических средств проявили интерес не только научные работники, но и врачи-клиницисты. Например, благодаря использованию амтизола удалось значительно повысить эффективность лечения сердечных аритмий, кардиогенного шока, аритмогенного коллапса [8]. Признаками протективного влияния амтизола на систему кровообращения больных, переживших состояние близкое к критическому, считают стабилизацию работы сердца по кардиотоническому типу,

оптимизацию центральной гемодинамики, улучшение показателей кислотно-щелочного состояния крови [18].

Выявление феномена снижения электрической активности миокарда под влиянием вещества  $\pi Q1983$  и амтизола после введения их *per os* требовало постановки опытов по изучению влияний этих соединений на ЭКГ крыс при формировании ОГ+Гк.

В ходе экспериментов, существенных изменений электрического состояния миокарда на фоне действия вещества  $\pi Q1983$  не обнаруживали на протяжении 75-80 мин. ОГ+Гк. В свою очередь продолжительность жизни крыс увеличивалась более чем в 2 раза в сравнении с животными контрольной группы, что соответствовало результатам, полученным ранее на мышах [6]. По предложению А.В. Евсеева (2003), промежутком времени, в течение которого электрические процессы в миокарде животных в условиях ОГ+Гк, оставались относительно стабильными, обозначали как «период относительного благополучия». Было установлено, что период относительного благополучия у крыс на фоне действия вещества  $\pi Q1983$  удлинялся в 3 раза по сравнению с группой контроля и составлял 68,2% от продолжительности жизни животных 1-й опытной группы, в то время как у животных, не получавших фармакологической защиты, этот показатель составил всего 49,8%.

Защитный эффект амтизола для крыс переживавших состояние ОГ+Гк был слабым (+24,3%) в сравнении с результатом, полученным после введения вещества  $\pi Q1983$  (+127,7%). Период относительного благополучия у крыс, защищённых амтизолом, составил 41,7% от продолжительности жизни, что также ниже соответствующего показателя для вещества  $\pi Q1983$ . Тем не менее, нельзя не отметить, что вызываемые острой гипоксией нарушения в работе сердечной мышцы у крыс 2-й опытной группы также возникали достоверно позже, чем в контроле.

Обращает на себя внимание то, что в опытах, выполненных на модели ОГ+Гк с применением вещества  $\pi Q1983$ , по мере ухудшения качества воздуха в гипоксической камере (уменьшение содержания  $O_2$ , увеличение содержания  $CO_2$ ) со стороны системы кровообращения не было выявлено характерных ранних реакций на гиперкапнию, а именно тахикардии. В связи с этим возникло предположение о способности металлокомплексного соединения вызывать десенситизацию периферических и/или центральных хеморецепторов с последующим снижением их чувствительности к тонким сдвигам газовой константы крови.

В литературе редко встречаются упоминания о состоянии системы кровообращения крыс, находящихся в условиях острой гипоксии, и, в частности, в условиях ОГ+Гк. Для моделирования острой гипоксии чаще используют различные варианты «подъёма на высоту». Иногда состояние острой экзогенной гипоксии у человека и животных формируют путём замены атмосферного воздуха гипоксическими смесями, изготовленными на основе инертных газов-разбавителей [3, 4]. Следует отметить, что результаты, полученные в рамках использования даже технически близких моделей гипоксии, часто существенно разнятся и могут быть противоречивы.

Тем не менее, в работе В.Б. Кошелева (2004), выполненной на крысах, сообщается, что на ранних стадиях острой экзогенной гипоксии у животных заметно возрастает минутный объём кровотока, происходит централизация кровообращения. В свою очередь, Ф.В. Долова (2000) наблюдала у адаптированных к состоянию острой гипобарической гипоксии крыс после «подъёма» на высоту 8000 м правильный синусовый ритм при исходной частоте следования желудочковых комплексов 480/мин, тогда как у нетренированных особей на той же высоте частота возбуждений миокарда снижалась до 282/мин. В этой группе животных синусовая аритмия и ЭКГ-признаки ишемии, зачастую, возникали уже на высоте 4000 м.

Согласно работе J.C. LaManna и соавт. (2004), суммирующей данные многочисленных исследований по этой проблеме, все происходящие в организме изменения вне зависимости от уровня тренированности животных, способствуют оптимизации кислородного обеспечения организма и поддержанию гомеостаза. В результате оперативных функциональных перестроек, особенно на первых стадиях острой гипоксии, существенно повышается продуктивность работы сердца, общая физическая активность животных, улучшается лёгочная вентиляция.

На основании собственных данных С.Г. Кривощёков и соавт. (1998) выдвинули гипотезу, согласно которой основным системообразующим фактором приспособления гемодинамики и дыхания к условиям любого вида острой экзогенной гипоксии выступает так называемый внутренний гипоксический стимул, который может иметь различное происхождение. Стимул способствует переключению механизмов кислородного обеспечения на новый режим активности, обеспечивающий стабильность параметров лёгочной вентиляции, приоритет парасимпатической регуляции в работе сердца, уменьшение реактивности миокарда в сочетании со снижением общей нагрузки на сердечную мышцу.

Известно, что первые попытки поиска высокоэффективных антигипоксантов, способных защитить организм при угрозе быстрого развития гипоксического статуса, склонили выбор в пользу веществ, контролирующих реакции срочной адаптации организма. Речь идёт об аналептиках, психостимуляторах, общетонизирующих средствах и т.п. [16]. Предпосылкой для использования этих агентов с известной целью послужила их способность заметно улучшать параметры внешнего дыхания, повышать кровяное давление, оказывать положительное влияние на коронарное и мозговое кровообращение. В совокупности все перечисленные эффекты, теоретически, должны были способствовать улучшению доставки  $O_2$  к органам, тканям, своевременно включать компенсаторные реакции, повышать общую резистентность организма к острой гипоксии. Однако трудно не согласиться с аргументами оппонентов, указывавших на то, что возбуждающие ЦНС средства способны значительно ускорять течение метаболических процессов в тканях, увеличивая при этом их кислородные запросы. Опыт применения такого рода «антигипоксантов» показал, что фенамин, этимизол, элеутерококк и другие нейростимуляторы обеспечивают довольно слабый гипоксопротекторный эффект, наблюдаемый исключительно в условиях лёгкой гипоксии. При остром развитии процесса, формировании средней или же глубокой гипоксии указанные вещества закономерно снижают устойчивость организма к кислородной недостаточности [10].

Таким образом, на современном этапе поиска новых антигипоксических средств реальные возможности профилактики и коррекции острых гипоксических состояний фармакологическими средствами, по нашему мнению, связаны с синтезом и изучением антигипоксических свойств селенсодержащих металлокомплексных соединений на основе II-валентного цинка. Несомненным преимуществом этих соединений является их способность быстро и эффективно защищать организм от последствий остро нарастающей гипоксии не только после парентерального применения, но также и при введении per os, что и было подтверждено нашими опытами с веществом  $\pi Q1983$ .

В случае приведения в тексте имени автора (или 2-х авторов), то желательно вместо цифровой индикации просто отмечать год выпуска публикации в круглых скобках сразу после упоминания автора(ов). При этом инициалы автора (или 2-х авторов) размещаются перед фамилией (пример 1).

Пример 2 иллюстрирует ситуацию с приведением ссылки на группу из 3-х и более авторов.

Пример 1:

Согласно данным Н.А. Агаджаняна (2006), «подъём» людей «на высоту» со скоростью 0,1 м/с, сопровождается характерными изменениями амплитудно-частотных характеристик ЭКГ. Как правило, отмечают укорочение кардиоцикла, увеличение амплитуды основных зубцов.

Пример 2:

На основании собственных данных С.Г. Кривощёков и соавт. (1998) выдвинули гипотезу, согласно которой основным системообразующим фактором приспособления гемодинамики и дыхания к условиям любого вида острой экзогенной гипоксии выступает так называемый внутренний гипоксический стимул, который может иметь различное происхождение.

**5. Заключение** или **выводы** по итогам публикации. Завершение изложения материалов статьи возможно с помощью «Заключения» или «Выводов». Раздел «*Заключение*» выносится на отдельную строку по левому краю страницы без точки. В разделе «Заключение» не следует использовать аббревиатуры (за исключением общепризнанных), а также не следует использовать элементы обсуждения с литературными ссылками. Обычно «Заключение» начинается со слов «Таким образом, ...».

Пример:

**Заключение**

Таким образом, ассортимент противодиабетических лекарственных препаратов в РФ представлен препаратами инсулина (38,1%), пероральными гипогликемическими лекарственными средствами (60,3%), а также лекарственные препараты для подкожного введения, не относящимися к группе инсулинов (1,6%). Препараты инсулина и его аналоги, разрешенные к применению в РФ, производятся преимущественно за рубежом (70,8%). Другие гипогликемические лекарственные средства для подкожного введения и большинство пероральных противодиабетических лекарственных средств, представленных на российском фармацевтическом рынке (67,1%), – также препараты зарубежного производства. Учитывая чрезвычайную значимость непрерывной медикаментозной терапии различных типов сахарного диабета, представленные данные ещё раз показывают, что в настоящее время в России необходимо принятие реальных мер, направленных на разработку, испытание и внедрение в клиническую практику собственных эффективных противодиабетических средств.

Раздел **«Выводы»** также выносится на отдельную строку по левому краю страницы без точки. Все выводы должны быть пронумерованы в автоматическом режиме (пример 1).

Если вывод всего один, то раздел обозначается в единственном числе – «Вывод». В этом случае нумерация не используется (пример 2).

Пример 1:

Выводы

1. Селенсодержащее металлокомплексное соединение  $\pi$ Q1983, введенное крысам *per os* в дозе 100 мг/кг, оказывает тормозное влияние на электрическую активность миокарда, что преимущественно проявляется в формировании выраженной брадикардии.
2. В соответствии с динамикой изменений ЭКГ, крысы защищённые веществом  $\pi$ Q1983 демонстрируют высокий уровень резистентности к остро нарастающей гипоксии с гиперкапнией, что проявляется слабой ранней реакцией миокарда на гиперкапнию, двукратным увеличением продолжительности жизни животных, существенным увеличением периода относительного благополучия.
3. Вещество  $\pi$ Q1983 значительно превосходит антигипоксикант амтизол по антигипоксической активности после введения крысам *per os* в равных дозах (100 мг/кг), а также по способности вызывать у животных кардиодепрессивный эффект.

Пример 2:

Вывод

У пациентов с абдоминальным ожирением II ст. постинсультный прием пиоглиитазона в дозе 30 мг в сут. достоверно увеличивает уровень циркулирующего адипонектина и снижает показатель инсулинорезистентности. Эти биохимические особенности могут лежать в основе оптимизации функционального восстановления после ишемических атеротромботических гемисферальных инсультов при приеме пиоглиитазона.

6. **Литература (references)**, использованная в ходе написания публикации, приводится после заключения или выводов в соответствии с требованиями. Не рекомендуется ссылаться в научных публикациях на учебники и учебные пособия.

Раздел **«Литература (references)»** выносится на отдельную строку по левому краю страницы без точки. Описание источника **приводится полностью (без сокращений)** и начинается с указания автора (авторов) в алфавитном порядке с автоматической расстановкой нумерации – вначале приводятся источники на русском языке или языках стран СНГ (ближнего зарубежья) с транслитерацией [в квадратных скобках], выполненной буквами латинского алфавита, а также с их переводом на английский язык и указанием языка оригинала. *Элементы транслитерации* (за исключением фамилий и инициалов авторов) *должны выделяться курсивом*.

**Примечание:** на сайте <http://www.translit.ru/> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу (вариант BSI).

Для статей и тезисов, представленных в журналах и сборниках, транслитерация названий публикации не обязательна. Дается лишь транслитерация источника публикации.

Список завершают источники из дальнего зарубежья без транслитерации.

Пример:

Литература (references)

1. Аверьянов М.Ю., Гаар Е.В., Горохов В.Н. Сравнительный анализ применения ненатяжных и традиционных способов герниопластики при грыжах живота // Современные технологии медицины. – 2011. – №3. – С. 39-43. [Aver'janov M.Ju., Gaar E.V., Gorohov V.N. *Sovremennye tehnologii mediciny. Modern Technologies of Medicine*. – 2011. – N3. – P. 39-43. (in Russian)]
2. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. – М.: Практика, 2002. – 148 с. [Egiev V.N. *Nenatjazhnaja gernioplastika. Nonstrain Hernioplasty*. – Moscow: Prartika, 2002. – 148 p. (in Russian)]
3. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 228 с. [Egiev V.N., Ljadov K.V., Voskresenskij P.K. *Atlas operativnoj hirurgii gryzh. Atlas of Operating Surgery of Hernia*. – Moscow: Medprartika-M, 2003. – 228 p. (in Russian)]
4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. – 438 с. [Zhebrovskij V.V. *Hirurgija gryzh zhivota i jeventracij. Surgery of Abdominal Hernias and Eventrations*. – Simferopol: Biznes-Inform, 2002. – 438 p. (in Russian)]
5. Жудро А.А. Острая боль в хирургической практике и её количественная оценка // Медицинские новости. – 2007. – №7. – С. 12-18. [Zhudro A.A. *Medicinskie novosti. Medicine News*. – 2007. – N7. – P. 12-18. (in Russian)]

6. Клише У., Конце И., Ануров М. Сморщивание полипропиленовых сеток после имплантации (экспериментальное исследование) // Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2002. – С. 21. [Klishe U., Konce I., Anurov M. Materialy konferencii «Aktual'nye voprosy germiologii». Materials of the Conference “Actual problems of herniology”. – Moscow, 2002. – P. 21. (in Russian)]
7. Arroyo A., Garcia A., Perez F. Randomized clinical trial comparing suture and mesh repair of umbilical hernia in adults // British Journal of Surgery – 2001. – V.88. – P. 1321-1323.
8. Basoglu M. Late complications of incisional hernias following prosthetic mesh repair // Acta Chirurgica Belgica. – 2004. – N4. – P. 425-428.
9. Foda M., Carlson M.A. Enterocutaneous fistula associated with ePTFE mesh: case report and review of the literature // Hernia. – 2009. – N3. – P. 323-326.
10. Novotny T. Evaluation of a knitted polytetrafluoroethylene mesh placed intraperitoneally in a New Zealand white rabbit model // Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques. – 2012. – N7. – P. 1884-1891.

Ниже приведены **примеры описания различных видов источников** с указанием типичных ошибок оформления.

**Описание журнальной статьи.** Перечисляются фамилии с инициалами авторов статьи через запятую. Инициалы отделяются от фамилии пробелом. После каждого инициала ставится точка. Между инициалами пробела нет. Следом идёт название статьи без точки в конце, отделённое от названия журнала пробелом и двойной косой линией. После двойной косой линии тоже оставляется пробел. Источники на русском языке завершаются транслитерацией и переводом на английский язык.

Пример:

Аверьянов М.Ю., Гаар Е.В., Горохов В.Н. Сравнительный анализ применения ненатяжных и традиционных способов герниопластики при грыжах живота // Современные технологии медицины. – 2011. – Т.21, №3. – С. 39-43. [Aver'janov M.Ju., Gaar E.V., Gorohov V.N. *Sovremennye tehnologii mediciny*. Modern Technologies of Medicine. – 2011. – N3. – P. 39-43. (in Russian)]

Если авторов более 4-х, то приводятся 3 первых, а затем «и др.» Это касается всех типов литературных источников.

Пример:

Аверьянов М.Ю., Гаар Е.В., Горохов В.Н. и др. Сравнительный анализ применения ненатяжных и традиционных способов герниопластики при грыжах живота // Современные технологии медицины. – 2011. – Т.21, №3. – С. 39-43. [Aver'janov M.Ju., Gaar E.V., Gorohov V.N. i dr. *Sovremennye tehnologii mediciny*. Modern Technologies of Medicine. – 2011. – N3. – P. 39-43. (in Russian)]

Очень важно соблюдение правильной расстановки тире «—» (длинная черта) и дефисов «-» (короткая черта). *Тире* следует отделять от других символов пробелом с двух сторон.

Пример правильного расположения тире:

Современные технологии медицины. – 2011. – Т.21, №3. – С. 39-43.

Пример неправильного расположения тире:

Современные технологии медицины.– 2011.–Т.21, №3. –С. 39-43.

*Дефис* (обычно фигурирует в указании страниц) не отделяется пробелами. После символа «С» ставится точка, далее следует пробел, отделяющий его от диапазона страниц.

Пример правильно расположения дефиса и указателя страниц:

Современные технологии медицины. – 2011. – Т.21, №3. – С. 39-43.

Пример неправильно расположения дефиса и указателя страниц:

Современные технологии медицины. – 2011.– Т.21, №3. – С.39 - 43.

Пример непонимания различий между тире и дефисом:

Современные технологии медицины. - 2011. – Т.21, №3. - С. 39–43.

Название журнала, в котором содержится цитируемый источник, следует представлять в полном виде.

Примеры:

Современные технологии медицины.

Acta Chirgica Belgica.

При указании *тома журнала* в русском варианте пишется буква с Т точкой «Т.», в иностранном – «V.» (*неправильный вариант* – Vol.). Затем без пробела указывается номер тома.

В русском варианте в качестве индикации *номера журнала* приводится знак № без точки (в иностранном используется латинская буква N без точки). Указание тома всегда предшествует номеру журнала в составе тома и отделяется от него запятой и пробелом.

Пример представления тома и номера журнала (отечественного):

Современные технологии медицины. – 2011. – Т.21, №3. – С. 39-43.

Пример представления тома и номера журнала (зарубежного):

Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques. – 2012. – V.23, N7. – P. 1884-1891.

**Описание статьи в сборнике.** Перечисляются фамилии с инициалами авторов статьи в сборнике через запятую. Инициалы отделяются от фамилии пробелом. После каждого инициала ставится точка. Между инициалами пробела нет. Следом идёт название статьи без точки в конце, отделённое от названия сборника пробелом и двойной косой линией. После двойной косой тоже ставится пробел.

Если приводится информация о редакторе (редакторах) сборника, то инициалы редактора предшествуют фамилии. Упоминание о редакторе приводится после косой линии отделенной с обеих сторон пробелами. Далее ставится точка (а не косая линия), через пробел тире, город, в котором издан сборник (допустимы общепринятые сокращения, например Санкт-Петербург – СПб). После указания города без пробела ставится двоеточие, через пробел указывается издательство, без пробела ставится запятая, через пробел указывается год выхода сборника с точкой и тире. Далее через пробел – указание диапазона страниц (как в журнальной статье).

Пример:

Лебедев А.А., Николаев С.Д. Поведенческие эффекты алаптида // Эмоциональное поведение / Под ред. Е.С. Петрова. – СПб: Питер, 2000. – С. 56-78. [Lebedev A.A. *Jemocional'noe povedenie* / Pod red. E.S. Petrova. Emotional Behavior / Ed. E.S. Petrov. – Saint-Petersburg: Piter, 2000. – P. 56-78. (in Russian)]

**Описание монографии.** Перечисляются фамилии с инициалами авторов монографии через запятую. Инициалы отделяются от фамилии пробелом. После каждого инициала ставится точка. Между инициалами пробела нет.

Если приводится информация о редакторе (редакторах) монографии, то инициалы редактора предшествуют фамилии. Упоминание о редакторе приводится после косой линии отделенной с обеих сторон пробелами. Далее ставится точка (а не косая линия), через пробел тире, город, в котором издана монография (допустимы общепринятые сокращения, например Москва – М.). Без пробела после города ставится двоеточие, через пробел указывается издательство, без пробела ставится запятая, через пробел указывается год выхода монографии с точкой и тире. Далее через пробел – количество страниц с буквой «с» (строчная) с точкой в конце.

Пример на русском языке:

Петри А.М., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. 2-е изд. (пер. с англ.) / Под ред. В.П. Леонова. – М.: Медицина, 2010. – 456 с. [Petri A.M., Sjebin K. *Nagljadnaja medicinskaja statistika. 2-e izd. (per. s angl.)* / Pod red. V.P. Leonova. Clear Medical Statistic. 2<sup>nd</sup> ed. – Moscow: Medicine, 2010. – 456 p. (in Russian)]

Пример на иностранном языке:

Babor T.F. The alcohol use disorders identification test guidelines for use in primary care. – Geneva-Switzerland, 2001. – 240 p.

**Описание статьи или тезисов в материалах конференции, съезда.** Правила практически не отличаются от описания статьи в сборнике. Название статьи (тезисов) и мероприятия приводится без сокращений.

Пример:

Никитина Г.М., Иванов В.Б. Влияние бемитила на восстановление биохимического гомеостаза после физических нагрузок // Здоровье в XXI веке: Материалы Всероссийской научно-практической

конференции. Тула, 25 июня 2000 г. – Тула, 2000. – С. 87-89. [Nikitina G.M., Ivanov V.B. Здоровье в XXI веке: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Health in XXI century: Materials of the All-Russian Science-Practical Conference. – Tula, 2000. – P. 87-89. (in Russian)]

#### Описание патента

Пример:

Брук Т.М., Гелетин П.Н., Евсеев А.В. и др. Способ регистрации моторной работы жевательной мускулатуры у человека // Патент РФ на изобретение №2561332. Опубликовано 27.08.2015. Бюллетень №24. [Bruk T.M., Geletin P.N., Evseev .V. i dr. *Sposob registracii motornoj raboty zhevatel'noj muskulatury u cheloveka*. Method of masticatory registration in human being // Patent of Russian Federation N2561332. Publication 12.08.2015. Bulletin N24 (in Russian)]

**Описание интернет публикации.** В конце общей информации приводится полная интернет-ссылка на страницу источника.

Пример:

Сидоров П.И. Особенности обучения детей в младших классах средней школы // Образование: Международный научный интернет-журнал. – 21.03.11. URL:<http://www.oim.ru/reader.aspnomer> [Sidorov P.I. *Obrazovanie: Mezhdunarodnyj nauchnyj internet-zhurnal*. International Science Internet Journal. 21.03.11. URL:<http://www.oim.ru/reader.aspnomer> (in Russian)]

**Описание диссертации и автореферата.** Редакция не поощряет ссылки на такого рода источники, являющиеся рукописи и отсутствующие в широком доступе. Лучше использовать конкретные публикации соответствующих авторов, которые, кстати, приводятся в конце автореферата. Но, тем не менее, в случае ссылки на рукописи следует строго соблюдать требования, пользуясь ниже приведёнными примерами.

Пример для автореферата:

Курчанинова М.Г. Сравнительное изучение эффективности различных методов гигиены полости рта при проведении ортодонтического лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 26 с. [Kurchaninova M.G. *Sravnitel'noe izuchenie jeffektivnosti razlichnyh metodov gigieny polosti rta pri provedenii ortodonticheskogo lechenija (kand. dis.)*. Comparative study of efficiency of different methods of oral cavity hygiene in orthodontic treatment (Author's Abstract of Candidate Thesis). – Moscow, 2010. – 26 p. (in Russian)]

Пример для диссертации:

Чикунев С.О. Повторная реабилитация пациентов после ранее проведенного ортопедического стоматологического лечения: Дис. ... докт. мед. наук. – СПбГМУ, 2014. – 434 с. [Chikunov S.O. *Povtornaja rehabilitacija pacientov posle ranee provedennogo ortopedicheskogo stomatologicheskogo lechenija (doctoral dis.)*. Repeated rehabilitation of patients after previous orthopedic stomatology therapy (Doctoral Thesis). – SPbSMU, 2014. – 434 p. (in Russian)]

**Информация об авторах.** Раздел «Информация об авторах» выносится на отдельную строку по левому краю страницы без точки. С новой строки приводится полностью фамилия, имя и отчество автора. Затем через пробел ставится тире, вновь пробел. Далее без сокращений указывается через запятую ученая степень, ученое звание с указанием места работы. Для связи с автором приводятся данные о персональной или служебной электронной почте (адрес и телефон не требуется). Если отсутствует собственный электронный ящик, можно указать ящик коллеги по публикации.

Пример:

Информация об авторах

Сосин Денис Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры нормальной физиологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: [sosina-67@yandex.ru](mailto:sosina-67@yandex.ru)

Карпова Инесса Юрьевна – кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник кафедры нормальной физиологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России. E-mail: [inessa.karpova@gmail.com](mailto:inessa.karpova@gmail.com)

Шабанов Петр Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фармакологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Министерства Обороны России, заведующий отделом



нейрофармакологии НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН им. С.В. Аничкова. E-mail:  
pdshabanov@mail.ru