



Диссертационный совет Д 215.002.05 утвержден при Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова приказом Высшей аттестационной комиссии от 16.02.2001 г. (до указанного срока был диссертационный совет Д106.03.12.).

ИНФОРМАЦИЯ О ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТАХ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ, ПРОШЕДШИХ ЗАЩИТУ В ДИССЕРТАЦИОННОМ СОВЕТЕ Д 215.002.05 (ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ) В 2001–2002 ГГ.

■ Диссертационному совету разрешено принимать к защите диссертации по специальности 14.00.01. — акушерство и гинекология и 14.00.40 — урология.

За период 2001–2002 гг. Советом были рассмотрены 4 докторские и 15 кандидатских диссертаций. Из них по акушерству и гинекологии: 3 — докторских и 8 — кандидатских диссертаций.

Докторские диссертации

В диссертации Берлева И. В. «Состояние микроэкосистемы влагалища у беременных и ее роль в инфекционной патологии в акушерской практике» на основании комплексного подхода к проблеме впервые дана развернутая характеристика микроэкосистемы влагалища при физиологически протекающей беременности и при дисбиотических процессах. Определены факторы риска развития дисбиозов и установлено, что нарушения микроэкосистемы влагалища являются ведущей причиной инфекционно-воспалительных осложнений в акушерской практике. Впервые экспериментально доказана патогенетическая роль микроорганизмов — возбудителей инфекционно-воспалительных осложнений у беременных при дисбиотических заболеваниях влагалища (бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе).

В результате выполненной работы предложены система мониторинга и диагностический алгоритм за состоянием микроэкосистемы у беременных. Установлены особенности формирования значимых клинических симптомов дисбиотических нарушений, определена диагностическая информативность методов ускоренной диагностики. Разработаны и внедрены методы коррекции дисбиотических нарушений влагалища. Обоснована методика профилактики инфекционно-воспалительных осложнений в период беременности, в родах и послеродовом периоде и представлена схема деконтаминации антисептическими препаратами у беременных с бактериальным вагинозом и генитальным кандидозом.

В диссертации Беженаря В. Ф. «Особенности комплексного воздействия неблагоприятных эколого-профессиональных факторов на репродуктивное здоровье женщин» впервые получены данные, раскрывающие важнейшие механизмы воздействия комплекса факторов радиационной аварии и промышленных химических ксенобиотиков на женский организм. В результате исследования и обобщения результатов комплексного обследования 3339 женщин определены основные механизмы возникновения, клинических проявлений и динамики нарушений репродуктивного здоровья женщин при комплексном воздействии эколого-профессиональных факторов (радиационной аварии, токсического химического производства), и обоснованы основные направления по их диагностике, лечению и профилактике.

Установлено, что закономерности возникновения, развития и особенности нарушений репродуктивного здоровья женщин,

подвергавшихся комплексному воздействию факторов радиационной аварии в отдаленном послепериодическом периоде, зависят от влияния как основных, так и сопутствующих факторов аварии. При этом в клиническом отношении возникающие расстройства репродуктивного здоровья выражаются повышением частоты нарушений менструального цикла по типу гиперменструального синдрома, гиперпластических процессов органов мишеней половой системы, неспецифических хронических воспалительных заболеваний половых органов и дисбиотических заболеваний влагалища, а также патологии беременности, родов и послеродового периода.

Автором показано, что в отдаленном периоде, после воздействия комплекса факторов радиационной аварии, нарушения репродуктивного здоровья женщин проявляются комплексом клинических, гормональных, иммуногенетических и микробиологических изменений, которые в большинстве случаев носят неспецифический характер.

Результаты проведенного в исследовании анализа заболеваемости, а также комплексного клинико-лабораторного обследования женщин-ликвидаторов аварии на ЧАЭС, эвакуированных из радиоактивно-загрязненных зон отселения, жительниц радиоактивно-загрязненных территорий (РЗТ) и оценки радиометрических, иммунных, эндокринных, микробиологических, цитогенетических показателей и психологического статуса через 8–12 лет после аварии доказали, что радиационное воздействие в малых дозах не является единственным ведущим фактором в развитии нарушений репродуктивного здоровья у обследованных контингентов женщин.

Проведенные исследования позволили определить значение нарушений эндокринной, иммунной систем, а также хромосомных aberrаций, возникающих под влиянием комплекса факторов крупномасштабной радиационной катастрофы в развитии нарушений репродуктивного здоровья у женщин, участниц ее ликвидации, и жительниц РЗТ. Полученные данные послужили основанием для формирования групп повышенного риска, выработки тактики динамического наблюдения за участницами ликвидации последствий аварии с системой активного выявления генотоксических эффектов, гинекологической и экстрагенитальной патологии.

В диссертации Татаровой Н. А. «Клинико-морфологические аспекты вынашивания и невынашивания беременности» в результате исследования и обобщения результатов комплексного исследования 819 женщин с невынашиванием беременности и сопоставления клинических, цитоморфологических, гормональных факторов риска

невынашивания беременности установлены основные патогенетические звенья, в 95,1 % влияющие на физиологическое течение беременности. Анализ математического моделирования позволил выделить следующие факторы: оптимальный гормональный и иммунологический фон беременной женщины; пролиферативный потенциал, функциональная активность, степень морфофункциональной дифференцировки, компенсаторные возможности децидуальных клеток и отсутствие инфекционного агента в I триместре беременности. Во II и III триместрах — состояние плаценты и периферической децидуальной оболочки; отсутствие инфекционного агента. Представлена математическая модель продолжительности беременности.

При помощи комплекса классических гистологических и современных гисто- и иммунохимических исследований впервые аргументировано показана динамика и пространственная организация тканей в области взаимодействия плода и матери в условиях физиологической беременности, невынашивания и в эксперименте. Впервые изучен цитогенез децидуальных и других клеток эндометрия при невынашивании беременности и в экспериментальных исследованиях.

Дана морфологическая классификация гибели децидуальных клеток, выявлена роль факторов, инициирующих апоптоз, соотношение апоптоза и некроза децидуальных клеток при физиологической беременности и невынашивании. Впервые проанализированы функциональные, секреторные свойства гранулярных клеток эндометрия при невынашивании беременности. Представлены механизмы ауторегуляции иммунных отношений в месте контакта тканей матери и плода. Установлено, что важным моментом в генезе невынашивания беременности является нарушение цитодифференцировки и супрессорной активности гранулярных клеток эндометрия.

Среди гормональных расстройств, приводящих к самопроизвольному прерыванию беременности, выделены сочетание гиперпролактинемических состояний, гипотиреоза и аутоиммунного тиреоидита. Оценена роль нарушений функции гипофиза и щитовидной железы в патогенезе угрозы прерывания беременности. Сформулированы принципы современной терапии и профилактики гормональных расстройств при невынашивании беременности.

На основании клинико-морфологического мониторинга определены факторы риска невынашивания беременности у женщин с эндокринной патологией, индуцированной беременностью, инфекционно-воспалительными процессами.

Предложена система мониторинга, диагностический и лечебный алгоритм оценки состояния

эндокринного фона, иммунологического фона и компенсаторно-приспособительных реакций плаценты. Разработаны и внедрены методы коррекции гормонального фона при гиперпролактинемических состояниях и гипотиреозе.

Кандидатские диссертации

В диссертации Жемчужиной Т. Ю. «Диагностика, лечение и реабилитация женщин с трубной беременностью, развившейся после вспомогательных репродуктивных технологий» впервые проведен комплексный анализ особенностей клинических проявлений у женщин с трубной беременностью после экстракорпорального оплодотворения и искусственной инсеминации при трубно-перитонеальном бесплодии и у практически здоровых женщин. Полученные данные позволили уточнить и улучшить диагностический процесс при исследовании женщин с внематочной беременностью. Усовершенствованная техника эндовидеохирургического лечения с использованием внутривенного наркоза и послеоперационная реабилитация улучшают качество жизни и показатели репродуктивного здоровья у оперированных женщин.

В диссертации Горбаковой Л. Ш. «Совершенствование лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями матки и придатков, развившихся на фоне внутриматочных контрацептивов» на основании результатов комплексного обследования и лечения женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями матки и придатков, возникших на фоне внутриматочных контрацептивов (ГВЗМП/ВМК) (204 пациентки), выявлены клинико-лабораторные особенности течения данной патологии (полимикробная этиология, быстрое развитие гнойно-деструктивных процессов в матке, придатках матки и области малого таза с выраженным синдромом эндогенной интоксикации). Обоснован дифференцированный подход к выбору тактики лечения больных ГВЗМП/ВМК в зависимости от возраста и клинико-лабораторных данных обследования. Автором уточнены критерии выполнения органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и ее придатков. Предложена программа реабилитационных мероприятий с учетом нарушения психологического статуса пациенток, перенесших гнойно-воспалительные заболевания матки и ее придатков на фоне внутриматочной контрацепции. Доказана эффективность разработанной программы обследования и лечения больных ГВЗМП/ВМК в плане сохранения репродуктивной функции.

В диссертации Аль-Тахери Н. А. «Функциональная оценка состояния яичников при нарушениях менструального цикла у девочек подросткового возраста» представлены новые факты о сравнительной диагностической эффективности различных методик оценки функции яичников (ультразвуковое исследование и тесты функциональной диагностики) при обследовании больных с нарушениями менструального цикла (НМЦ).

Установлено, что ультразвуковое исследование в силу высокой информативности, неинвазивности и экономичности с успехом может быть использовано для скринингового обследования девочек подросткового возраста с НМЦ. Доказано, что ультразвуковое исследование обладает преимуществом перед традиционными тестами функциональной диагностики для выявления патологии яичников, а также при динамическом наблюдении за пациентами с НМЦ в возрасте 12–17 лет. Исследована взаимосвязь между эхографической картиной и гормональным фоном. Выявлены особенности данных ультразвукового исследования при гипоестрогении, а также при гиперэстрогении. Исследован ряд медико-социальных факторов риска, достоверно влияющих на формирование нарушений репродуктивного здоровья, в частности нарушений менструальной функции, в пубертатном периоде. В результате исследования определено, что проведение ультразвукового исследования в динамике при лечении больных с НМЦ дает возможность клиницистам выбрать оптимальную в смысле информативности, неинвазивности и экономичности тактику обследования девочек с нарушениями менструальной функции в целях установления патогенеза расстройства и составления программы лечения и адекватно оценить ее эффективность, прогнозирования и реабилитации репродуктивной функции. Предложенные критерии оценки функции яичников позволяют получать диагностическую информацию, которая дает возможность клиницистам выбрать адекватную программу лечения. Кроме того, значительно сокращаются сроки обследования. Использование УЗИ способствует сокращению или полному отказу от проведения инвазивных методик для определения гормонального состояния при первичном обращении пациентов и в динамике наблюдения.

В диссертации Светозаровой И. В. «Объем операции на яичниках и качество жизни женщин» на основании результатов динамического исследования гормональной, менструальной, репродуктивной функций, комплексного изучения соматического и психического состояний женщин до и после различных операций на яичниках (276 пациенток) впервые выявлено, что любое оперативное

вмешательство на яичниках влияет на качество жизни женщин. При этом органосберегающие операции на яичниках имеют более благоприятный характер, чем радикальные. После сопутствующей гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста частота нарушения функции оставшегося яичника(ов) и появление новых экстрагенитальных заболеваний существенно выше, чем после операций только на яичниках. Установлено, что самая высокая частота сексуальных дисфункций наступает после тотальной овариоэктомии, а уровень личностной тревоги является одним из факторов, способствующих развитию после операции специфических психогенных сексуальных дисфункций. Существенного различия между размерами и морфофункциональными особенностями правого и левого яичников после односторонней овариоэктомии нет. Ретенционные кисты в резецированном и неоперированном яичниках формируются одинаково часто, при этом после радикальных операций на яичниках частота выявления ретенционных кист выше, чем после органосберегающих. В результате проведенного исследования установлено, что объем оперативного вмешательства на яичниках сопровождается ростом частоты нарушений специфических функций у женщин репродуктивного возраста. Наименьшие изменения в организме женщины отмечены после резекции одного яичника. Доказана необходимость дифференцированного отношения к объему операции на яичниках и сопутствующей гистерэктомии.

В диссертации Ивановой Л. А. «Реабилитация девочек-подростков с синдромом Шерешевского–Тернера» на основе системного подхода исследована динамика физического и полового развития у больных с синдромом Шерешевского–Тернера на фоне заместительной гормональной терапии. Определены особенности физического и полового развития при сочетанных эндокринных нарушениях (гипогонадизм и функциональные нарушения тиреоидной системы) у больных с данной генетической патологией. Выделены симптомы, характерные для поражения тиреоидной системы у пациенток с синдромом Шерешевского–Тернера, которые дают возможность более ранней диагностики патологии щитовидной железы. Научная новизна проведенного исследования заключается в разработке методики диспансерного наблюдения и реабилитации пациенток с синдромом Шерешевского–Тернера в зависимости от возраста и особенностей кариотипа. Установлена высокая частота патологии щитовидной железы, показана зависимость патологии от кариотипа. Показаны особенности пубертатного периода у пациенток с различными вариантами кариотипа. Предложена доступная для клинической практики методика

комплексного обследования состояния тиреоидной системы. Разработаны принципы тактики ведения пациенток с синдромом Шерешевского–Тернера и патологией щитовидной железы. Для практических врачей-гинекологов и эндокринологов предложена схема обследования пациенток с данной генетической патологией. Даны рекомендации по комплексной реабилитации пациенток с синдромом Шерешевского–Тернера и дисфункцией щитовидной железы. Составлена схема проведения заместительной гормональной терапии для пациенток с различными кариотипами синдрома с учетом возраста.

В диссертации Тычковой Л. А. «Совершенствование методов хирургического лечения стрессовой инконтиненции у женщин с пролапсом гениталий» разработана диагностическая методика, позволяющая в каждом конкретном случае выбрать наиболее адекватный хирургический способ коррекции стрессовой инконтиненции (СИ) у женщин с пролапсом гениталий (обследовано 154 пациентки). Проведена клинко-физиологическая оценка различных методов хирургической коррекции СИ у больных с пролапсом гениталий в отдаленном послеоперационном периоде. Установлена эффективность лапароскопической вентрофиксации матки к передней брюшной стенке (модификация операции Долери–Джиллярмо) в сочетании с влагалишными операциями. Система поэтапного обследования пациенток со СИ, включающая данные цистоскопического, рентгенологического и уродинамического исследований, позволяет объективизировать тип недержания мочи и индивидуализировать выбор конкретного варианта хирургического лечения. Разработаны показания и изучены отдаленные результаты после проведения операции лапароскопической лигаментопексии матки круглыми связками к апоневрозу передней брюшной стенки, позволяющие рекомендовать ее как операцию выбора при проведении первичного хирургического лечения СИ у женщин с пролапсом гениталий.

В диссертации Борисова А. В. «Роль лапароскопии в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, осложненных острым пельвиоперитонитом» в процессе комплексного (клинического, ультразвукового, биохимического, электрофизиологического) обследования 150 пациенток с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки, осложненными острым пельвиоперитонитом и различными клиническими формами гнойного процесса, доказана целесообразность использования лапароскопии для верификации гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, осложненных острым пельвиоперитонитом.

Установлено, что лапароскопия позволяет быстро и точно установить характер и распространённость патологического процесса, своевременно определить лечебную тактику, провести дифференциальную диагностику острой хирургической патологией органов брюшной полости. Показано, что у большинства больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки, осложнёнными острым пельвиоперитонитом, возможно выполнение хирургического лечения в условиях лапароскопического доступа, а также проведения симультанного оперативного лечения. Разработана техника органосохраняющих операций у больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки. Научная новизна исследования заключается в том, что при помощи лапароскопии при гнойных воспалительных заболеваниях придатков матки даже в условиях острого пельвиоперитонита возможно проведение органосохраняющего оперативного лечения, направленного на сохранение репродуктивной функции женщины.

В результате исследования доказана недостаточная информативность неинвазивных методов диагностики гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, применяемых в ургентной гинекологии. Предложен алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при гнойных воспалительных заболеваниях придатков матки. Доказана необходимость проведения у всех больных диагностической лапароскопии. Установлены показания для хирургического лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, осложнённых острым пельвиоперитонитом, в условиях лапароскопического и лапаротомного доступа.

В диссертации Кахиани Е. И. «Клинико-морфометрическая оценка децидуализирующегося эндометрия при невынашивании беременности» впервые проведена комплексная клинико-морфометрическая характеристика децидуализирующегося эндометрия на строго ориентированных по отношению к стенке матки и к месту имплантации плодного яйца гистологических срезах при физиологически протекающей беременности и невынашивании. Определена взаимосвязь между уровнями стероидных половых гормонов и пролактина в сыворотке крови и морфометрическими показателями децидуализирующегося эндометрия.

Установлены и изучены количественные параметры толщины децидуализирующегося эндомет-

рия, среднего количества и диаметра спиральных артерий на единицу площади при физиологически протекающей беременности, угрозе прерывания беременности и начавшемся выкидыше. Установлено, что состояние децидуализирующегося эндометрия задней стенки матки с точки зрения подготовленности к имплантации более благоприятно для дальнейшего формирования маточно-плацентарного кровообращения. Выявлено, что в первую очередь реактивным изменениям подвергаются крупные спиральные артерии; при угрозе прерывания беременности имеет место недостаточная трофобластическая трансформация спиральных артерий. Выявлены закономерные изменения сывороточных уровней стероидных гормонов и пролактина с процессами ангиогенеза в децидуализирующемся эндометрии. Определены прогностические возможности гистологического исследования после самопроизвольного прерывания беременности для планирования последующей беременности.

В результате проведенной работы получены морфометрические параметры толщины децидуализирующегося эндометрия, среднего количества и диаметра спиральных артерий при физиологически протекающей беременности и невынашивании, позволяющие раскрыть неизвестные ранее аспекты механизма невынашивания беременности. Взаимосвязь между сывороточными уровнями прогестерона, эстрадиола, тестостерона и пролактина с морфометрическими показателями децидуализирующегося эндометрия позволяет по уровню гормонов в сыворотке крови судить о закономерных процессах перестройки эндометрия в период имплантации зародыша и плацентации. Предложено проводить морфометрический анализ децидуализирующегося эндометрия после самопроизвольного прерывания беременности с целью оценки дифференцировочного и сосудистого потенциала и планирования последующей беременности.

Таким образом, защищенные диссертационные работы посвящены актуальным проблемам акушерства и гинекологии, выполнены с использованием современных методов исследования, а полученные в них новые данные представляют, несомненно, интерес для науки и практики.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
профессор Ю. В. Цвелев

К АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым биомедицинские журналы» (International committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med 1997;126:36-47. <http://www.media-sphera.aha.ru/recom/trebov.htm>)

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала. **Множественные и дублирующие публикации** — это публикации статьи, материалы которой во многом совпадают с уже однажды опубликованными. Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части **уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации** в другие печатные или электронные средства массовой информации. Представляя статью, автор должен всегда ставить редакцию в известность обо всех представлениях (направлениях) этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы. В таком случае в новой статье должны иметься ссылки на предыдущую. Копии таких материалов должны прилагаться к представляемой статье, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации.

Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением Правил и норм гуманного обращения с объектами исследований.

Представление рукописи в журнал. Отправляйте 2 экземпляра рукописи в конверте из плотной бумаги, при необходимости помещая статью и рисунки между листами картона, чтобы предупредить повреждение фотографий во время пересылки. Фотографии, слайды, негативы и рисунки, выполненные на прозрачной пленке, помещайте в отдельный конверт из плотной бумаги

Представляя рукопись на дискетах, авторы должны записывать на дискету только конечную версию рукописи и дать файлу понятное название.

К статье приложите **сопроводительное письмо**, подписанное всеми соавторами. Оно должно содержать: 1) информацию о предшествовав-

ших или повторных публикациях или о представлении в другой журнал любой части этой работы (см. выше); 2) заявление о финансовых или других взаимоотношениях, которые могут привести к «конфликту интересов» (см. ниже); 3) заявление о том, что статья прочитана и одобрена всеми авторами, что все требования к авторству соблюдены (см. «Единые требования...») и что все авторы уверены, что рукопись отражает действительно проделанную работу; 4) имя, адрес и телефонный номер автора, ответственного за корреспонденцию и за связь с другими авторами по вопросам, касающимся переработки, исправления и окончательного одобрения пробного оттиска. В письме должна быть представлена любая другая информация, которая может быть полезна редакции. Например, к какому типу публикуемых в данном журнале статей относится представляемая рукопись (см. рубрикатор Журнала), согласен ли автор(ы) оплатить стоимость воспроизведения цветных иллюстраций.

К рукописи необходимо прилагать все разрешения на воспроизведение уже опубликованного материала, использование иллюстраций или сообщение информации по которой можно установить личность людей, представленных на фотографиях, а также на указание фамилий лиц, внесших вклад в данную работу.

Рукопись должна иметь направление от учреждения, где выполнялась работа.

Структура статей. Заглавие должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи. Под заглавием помещаются инициалы и фамилии авторов, затем указываются полное название учреждения, город и почтовый индекс. Перед текстом статьи помещаются **резюме (до 400 знаков)**. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информации фармацевтических фирм. В статье целесообразно соблюдать следующий порядок изложения: заглавие, авторы, учреждение, резюме. Под резюме помещается подзаголовок «Ключевые слова», а после него — **от 3 до 10 ключевых слов** или коротких фраз, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи и могут быть опубликованы вместе с резюме. Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (*Medical Subject Headings*), приведенного в *Index Medicus*. Если в

этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, выберите наиболее близкие из имеющихся, далее — введение, изложение основного материала, заключение, литература, резюме на английском языке. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, литература, резюме на английском языке. На отдельных страницах представляются таблицы, рисунки и подписи к рисункам. В разделе «методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Не допускаются сокращения слов, кроме принятых комитетом стандартов. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции. На поля следует выносить номера рисунков, таблиц, особые знаки.

Титульная страница. Титульная страница должна содержать: 1) название статьи, которое должно быть кратким, но информативным; 2) сведения об авторах (публикуется): фамилию и инициалы каждого автора с указанием высшей из имеющихся у него ученых степеней (званий) и членства в различных обществах, почтовый адрес с индексом, телефон, факс, e-mail, http (если имеется); 3) название отдела (отделения) и учреждения, в котором выполнялась данная работа; 4) отказы от каких-либо прав, если таковые имеются; 5) фамилию и адрес автора, ответственного за ведение переписки, связанной со статьей; 6) фамилию и адрес автора, которому следует направлять запросы на отписки, или сообщение о том, что отписки авторами высылаться не будут; 7) источник (и) финансирования в форме грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе.

Объем рукописей. Объем рукописи обзора не должен превышать 25 страниц машинописного текста через 2 интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 страниц машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 страниц; отчетов о конференциях — 3 страниц; рецензий на книги — 3 страниц; лекций для врачей — 15 страниц.

Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерация страниц, содержащий не более 40 знаков (считая буквы и промежутки), для помещения вверху или внизу всех страниц статьи в журнале.

Иллюстрации. Число рисунков не должно превышать 5. Фотоснимки должны быть отпечатаны на белой глянцевой бумаге, присылаются в двух экземплярах, один из них без надписей и цифр. На обороте рисунков необходимо указать карандашом фамилии авторов и статьи. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений. Все графы в таблицах должны иметь заголовки. Сокращения слов в таблицах не допускается. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует.

Литература. Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТом 7.1-84. Если число авторов превышает четыре, приводятся первые три, затем пишется и др. Фамилии и инициалы авторов в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита, полное название статьи, знак //, стандартное сокращенное название журнала, год, том, номер, первая и последняя страницы. Вся информация о выходных данных издания отделяется точками. Сокращения для обозначения тома — Т., для номера — №, для страниц — С. В англоязычном варианте: том — Vol., номер — N, страницы — P. Например: Шабанов П. Д. Дофаминергическая система мозга и эффекты психостимуляторов // Обзоры по клин. фармакол. и лек. тер. 2001. — Т. 1. — № 1. — С. 12–20. Монография, руководство: авторы, название книги, место издания, издательство, год. Например: Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. СПб.: Лань, 1999. Глава в книге: авторы, полное название, знак // название главы, знак /, фамилии редакторов, место издания, издательство, год, первая и последняя страницы. Например: Лебедев А. А. Поведенческие эффекты алаптида // Эмоциональное поведение / Под ред. Е. С. Петрова. СПб.: Питер, 2000. — С. 56–78. Цитирование в тексте дается в прямых скобках на номер работы в списке литературы. Не следует включать в список литературы диссертации. Необходимо, чтобы цитируемые источники соответствовали списку литературы.

Оформление. Рукописи предоставляются в редакцию в двух экземплярах с электронной копией на диске 3,5" в редакторах, совместимых с Word for Windows версии 6.0 или 7.0. При наборе используйте шрифт Times New Roman стандартный 12 кегль, для таблиц 8 кегль, для подписей к рисункам 10 кегль. Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в расчете на печать в черно-белом виде или уровнями серого в точечных форматах tiff (300-600 dpi), bmp, или в векторных форматах Word for Windows (wmf), Corel Draw (cdr). При оформлении графических материалов учитывайте размеры печатного поля Журнала. Масштаб 1:1.

Статья должна быть подписана всеми авторами. В конце статьи следует указать полностью имя, отчество, фамилию авторов, служебный и домашний адрес, телефон, факс, E-mail. Следует указать фамилию автора, с которым будет вестись переписка.

Рецензирование. Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, статья возвращается на доработку. Датой поступления статьи считается дата получения редакцией

окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи.

Авторское право. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи, что отмечается знаком ©. За издательством остается право на оформление и издание Журнала. При перепечатке статьи или ее части ссылка на Журнал обязательна.

При представлении рукописи (будь то статья или письмо) авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

Адрес редакции: 198152, Санкт-Петербург, Автовская, ул., 17 (офис 5 А). ООО «Издательство Н-Л», редакция журнала «Журнал акушерства и женских болезней™».
Тел./факс: (812) 184-97-51. e-mail: nl@n-l.ru