

ДЛЯ АВТОРОВ

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ В ЖУРНАЛ «НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК ЮГРЫ»

Для публикации принимаются исследовательские теоретические, экспериментальные и научно-практические работы, а также обзоры, которые могут быть оформлены в том числе в виде лекции по актуальной проблеме.

Требования к публикации

1.1. Рукопись высылается авторами на адрес электронной почты главного редактора В.Л. Янина (vl.yanin@hmgma.ru) или адрес электронной почты заместителя главного редактора А.В. Нехорошевой (av.nehorosheva@hmgma.ru).

1.2. КАК НАЗВАТЬ ФАЙЛ. Рукопись направляется в виде файла текстового редактора MS WORD, озаглавленного *Фамилия.docx*. Таблицы к статье предоставляются в отдельном файле, созданном в MS WORD, название файла – *Фамилия_таб1.docx*. Рисунки, фотографии, графики к статье должны быть также предоставлены в отдельном файле, название файла – *Фамилия_рис1*, *Фамилия_граф1*, *Фамилия_фото1*, каждый вид объекта со своим уникальным номером.

1.3. ОБЪЕМ ПОЛНОГО ТЕКСТА РУКОПИСИ. Следует придерживаться общего объема статьи – не более 10 страниц. Однако по решению редакторов объем отдельных статей может быть увеличен (при наличии технической возможности).

1.4. ФОРМАТ ТЕКСТА РУКОПИСИ. Формат страницы – А4. Поля: левое – 30 мм, правое – 15 мм, верхнее и нижнее – по 20 мм.

Формат абзаца. Межстрочный интервал одинарный. Интервалы перед и после абзаца – 0 пт. Абзацный отступ 1 см, если не указано иное. Абзацный отступ задается с помощью меню Главная – Абзац – Отступы и интервалы – Отступ – первая строка, а не Tab и не пробелами!

Формат шрифта. Times New Roman. Кегль (размер шрифта) основного текста – 14 пунктов (пт), если не указано иное.

2. СТРУКТУРА РУКОПИСИ

На первой строке пишется УДК. Выравнивание по левому краю, без абзацного отступа.

Далее следует текст рукописи с соответствующими разделами.

На второй строке, при необходимости – на нескольких строках, указываются полностью (это необходимо для размещения статей на сайте <http://elibrary.ru/>): фамилия, имя, отчество автора (авторов). Полуужирный курсив, выравнивание по центру, без абзацного отступа. Если места работы авторов различаются, то фамилия каждого автора помечается цифровым верхним индексом и такие же индексы предшествуют перечисляемым далее местам работы соответствующих авторов.

На следующей строке, при необходимости – на нескольких строках, указывается название статьи. Все прописные буквы, полужирный шрифт, выравнивание по центру, без абзацного отступа.

Следующая строка – пустая.

На следующей строке пишется место работы авторов. Размер шрифта 12 пт., курсив, выравнивание по левому краю, без абзацного отступа. Если места работы авторов различаются, то фамилия каждого автора помечается цифровым верхним индексом и такие же индексы предшествуют перечисляемым далее местам работы соответствующих авторов. После названия организации следует через запятую указать населенный пункт, где организация расположена, если это не следует из ее названия (иначе говоря, можно, например, не указывать «г. Москва» если название организации «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова» и он действительно размещен в г. Москва).

Следующая строка – пустая.

На следующей строке пишется контактный адрес электронной почты «автора для корреспонденции» по шаблону: e-mail: *****@*****.**. Размер шрифта 12 пт., выравнивание по левому краю, без абзацного отступа.

Следующая строка – пустая.

На следующей строке помещается «Аннотация», объемом около 10 строк. Слово «Аннотация» выделяется, размер шрифта 10 пт., полужирный курсив. Остальной текст аннотации – размер шрифта 10 пт., курсив.

Следующая строка (после «Аннотация») – пустая.

На следующей строке помещают «Ключевые слова:» размер шрифта 10 пт., полужирный курсив. Затем в этой же строке перечисляются через запятую ключевые слова статьи, размер шрифта 10 пт., курсив.

Следующая строка – пустая.

Следующая строка – на английском языке в английской транскрипции пишутся фамилии, имена, отчества авторов. Полужирный курсив, выравнивание по центру, без абзацного отступа. Если места работы авторов различаются, то фамилия каждого автора помечается цифровым верхним индексом и такие же индексы предшествуют перечисляемым далее местам работы соответствующих авторов.

На следующей строке пишется название статьи на английском языке на одной строке, при необходимости – на нескольких строках. Все прописные буквы, полужирный шрифт, выравнивание по центру, без абзацного отступа.

Следующая строка – пустая.

На следующей строке на английском языке пишется место работы авторов, указывается название организации и город, в котором она находится. Размер шрифта 12 пт., курсив, с выравниванием по левому краю, без абзацного отступа.

Следующая строка – пустая.

На следующей строке помещается контактный адрес электронной почты «автора для корреспонденции» по шаблону: e-mail: *****@*****.**. Размер шрифта 12 пт., выравнивание по левому краю, без абзацного отступа.

Следующая строка – пустая.

На следующей строке помещается «Summary:» (аннотация на английском языке). Слово «Summary:» выделяется, размер шрифта 10 пт., полужирный курсив. Остальной текст аннотации на английском языке – размер шрифта 10 пт., курсив.

Следующая (после «Summary:») строка – пустая.

На следующей строке помещается «Keywords:» (ключевые слова на английском языке). Слово «Keywords:» выделяется, размер шрифта 10 пт., полужирный курсив. Ключевые слова на английском языке – размер шрифта 10 пт., курсив.

Следующая строка – пустая.

ТЕКСТ СТАТЬИ должен быть структурирован по разделам.

Обычно экспериментальная научная статья имеет следующие разделы: ВВЕДЕНИЕ, ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ОБСУЖДЕНИЕ, ВЫВОДЫ, ЛИТЕРАТУРА. Кроме этих (фактически обязательных) разделов, могут быть еще разделы БЛАГОДАРНОСТИ и ПРИЛОЖЕНИЯ (располагаются перед разделом ЛИТЕРАТУРА).

Название раздела статьи пишется на отдельной строчке с прописной (заглавной) буквы и всеми остальными строчными буквами. Полужирный курсив. В конце названия раздела знак «точка» не ставится!

ССЫЛКИ НА ЛИТЕРАТУРУ. Ссылки в тексте на цитированную работу (отсылки в соответствии с п. 7.4.1. ГОСТ 7.0.5–2008) обозначаются арабскими цифрами в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

ЛИТЕРАТУРА. После текста статьи вставляют пустую строку.

В следующей строке приводится название раздела «Литература» – полужирный шрифт, курсив, выравнивание по центру, без абзацного отступа.

После строки со словом «Литература» следует пустая строка.

Сам список литературы (затекстовые библиографические ссылки) оформляется в алфавитном порядке в соответствии с ГОСТ 7.0.5–2008 (сначала все работы на русском языке, потом – иностранные).

При ссылке на статью в журнале указываются последовательно: фамилия и инициалы всех авторов; название статьи (без кавычек); после названия статьи точка не ставится, а следуют пробел и две косые черты //, после которых следует пробел и указывается название журнала (без кавычек); после названия журнала ставится точка, пробел и указываются год издания; после года издания ставится точка и пробел; далее указывают номер тома (после него – запятая и пробел); номер журнала (после него – точка и пробел); после номера журнала ставятся знак страницы С., далее через пробел указывают первую и последнюю страницы (через тире без пробелов), после них ставится точка.

1. Ананова Е.Н. Флора и растительность района нижнего течения р. Камы в среднем плиоцене (по данным палинологического анализа) // Бот. журн. 1956. Т. 41, № 7. С. 976–991.

При ссылке на книгу указываются последовательно фамилии и инициалы авторов, название книги (без кавычек); после названия книги ставится точка и

пробел, следом указывается город издания (при этом для Москвы используется сокращение М., для Ленинграда – Л., для Санкт-Петербурга – СПб.); далее ставится двоеточие (:) и пробел, указывается название издательства (без кавычек), после него ставится запятая и пробел, указывается год издания (после него – точка и пробел); далее – количество страниц в книге, знак страницы с, после него ставится точка.

Если у книги более трех авторов, то сначала указывается название книги, далее ставится пробел и одна косая черта /, после нее – пробел и слова «Под ред.» (или "Ed. by" в англоязычной ссылке), после чего следуют инициалы и фамилия редактора (редакторов), далее ставится точка, указывается город издания и т. д.

1. Гроссгейм А.А. Флора Кавказа. Баку: РИН, 1940. Т. 2. 284 с.

2. Определитель растений Мещеры / Под ред. В.Н. Тихомирова. М., 1986. Ч. 1. 240 с.

При ссылке на статью в сборнике трудов или отдельную главу в книге указываются фамилии и инициалы авторов, далее – название статьи (главы) без кавычек, после чего ставится пробел и две косые черты //, после них – пробел и название сборника трудов (книги) без кавычек; после названия книги ставится точка и пробел, и указывается город издания; далее ставится двоеточие и пробел, указывается название издательства (без кавычек), после него ставится запятая и пробел, указывается год издания (после него – точка и пробел); указывается знак страниц (С.), далее указываются первая и последняя страницы, на которых расположена данная статья (глава), разделенные тире без пробелов, после них ставится точка.

1. Пылаев И.Г. Некоторые особенности развития парциального куста черники и голубики // Дикорастущие ягодные растения СССР: Тез. докл. на Всесоюз. совещ. Петрозаводск, 1980. С. 139–141.

ТАБЛИЦЫ, РИСУНКИ, ФОРМУЛЫ. Таблицы идут сразу после упоминания в тексте. На каждую таблицу в тексте делаются ссылки в круглых скобках (табл. 1).

Слово «Таблица» пишется с новой строки. Выравнивание влево, без абзацного отступа. Если таблиц больше одной, то затем пишут ее номер.

В следующей строке пишется название таблицы. Выравнивание влево, без абзацного отступа.

Далее размещается тело таблицы. В теле таблицы размер шрифта может быть 9-10 пт. Нужно расположение информации должно достигаться использованием ячеек, строк, колонок, а не вставкой знака «конец строки» или знака «конец абзаца».

Таблицы к статье также предоставляются в отдельном файле, созданном в MS WORD (название файла – «Фамилия (таб1).docx»)

Графики, рисунки, фотографии, идут сразу после упоминания в тексте. На каждый график, рисунок, фотографию в тексте делается ссылка в круглых скобках (рис. 1).

Название графического объекта подписывается снизу, с новой строки «Рис. 1». Выравнивание влево, без абзацного отступа. Если графических

объектов больше одного, то затем пишут его номер. В этой же строке начинают писать название графического объекта и пояснения к нему.

В подписях к микрофотографиям следует указывать увеличение объектива, окуляра, давать расшифровку обозначений, способ окраски или обработки препаратов.

Графики (диаграммы) должны быть выполнены средствами MS GRAPH (внутренний инструмент MS WORD, находится на вкладке Вставка – Иллюстрации – Диаграмма). Графики выполняют **только в черно-белом исполнении** (Меню «Стили диаграмм» – Цвет – Монохромная – Цвет 11).

Фотографии должны быть четкими и должны быть представлены в формате tiff, gif, jpg. Разрешение растрового рисунка должно находиться в пределах 300-600 dpi. Рисунки, фотографии, графики к статье должны быть также предоставлены в отдельном файле (название файла: «Фамилия_рис1», «Фамилия_граф3», «Фамилия_фото2»).

Формулы создают с помощью инструмента MS WORD «Редактор формул». Формулам присваивают сквозную нумерацию. Номера формул должны быть даны справа от самой формулы в круглых скобках.

3. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ.

Статьи, оформленные не в соответствии с данными требованиями, приниматься к рассмотрению не будут.

Отклоненные рукописи авторам не возвращаются.

Опубликованные материалы являются собственностью журнала «Научный медицинский вестник Югры».

4. ЭЛЕКТРОННЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ. Авторы могут предоставить любые дополнительные материалы к статье, которые будут размещены на сайте журнала в качестве электронного приложения к тексту статьи (например, презентации, таблицы).

5. СООТВЕТСТВИЕ НОРМАМ ЭТИКИ. Авторы несут всю ответственность за научное содержание, достоверность сведений, приведенных в статье, правильность и полноту представления библиографических данных, а также за сохранение государственной, коммерческой тайны.

Пример оформления

УДК 616.8[-089.5-031.81]

**Волкова Наталья Александровна², Яцинюк Борис Борисович¹,
Шальяпин Василий Георгиевич²**

СНИЖЕНИЕ АФФЕРЕНТНОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

¹БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», г. Ханты-Мансийск

²БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск

e-mail:

***Аннотация.** Неконтролируемая симпатическая гиперактивность, при острой церебральной недостаточности, развивается независимо от причины. Оценка нарушения сознания по шкале Глазго, определение ВЧД, анализ нарушения метаболизма в головном мозге с помощью тканевого микродиализа - отношение уровня лактат / пируват, уровня глицерола и глутамата, изменение индекса Кердо, уровня гликемии и оценка терморегуляции позволяют оценивать компоненты интенсивной терапии, которая направлена на изменение симпатической гиперактивности.*

***Ключевые слова:** афферентная гиперактивность, острая церебральная недостаточность*

**Volkova Natalia Aleksandrovna², Yatsinyuk Boris Borisovich¹,
Chaliapin Basil Georgievich²**

DECREASE OF AFFERENT HYPERACTIVITY IN ACUTE CEREBRAL INSUFFICIENCY

¹Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk

²Regional Hospital of Khanty-Mansiysk autonomus District-Ugra, Khanty-Mansiysk

e-mail:

***Summary.** The uncontrollable sympathetic hyperactivity, at a sharp cerebral failure, develops irrespective of the reason. An assessment of violation of consciousness on a scale of Glasgow, ICP definition, the analysis of violation of a metabolism in a brain by means of a fabric microdialysis - the level relation of lactatum/pyruvate, level of glycerol and a glutamate, change of an index of Kerdo, level of a glycemia and an assessment of a thermoregulation allow to estimate components of an intensive care which is directed on change of a sympathetic hyperactivity.*

***Keywords:** afferent hyperactivity, acute cerebral insufficiency*

Введение

В России, ежегодно 450000 человек переносят инсульт, ежегодно регистрируется свыше 90000 пострадавших с черепно-мозговой травмой, из них, с тяжелой до 34%. Последствия перенесенного инсульта распределяются следующим образом – до 84-87% больных умирают или получают инвалидность, 10-13% больных выздоравливают [1, 5]. Последствия тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) – в 35-70% наблюдается инвалидизация, летальность составляет 6-8,5%. Учитывая общепринятые классификации [6], повреждения головного мозга травматического и нетравматического генеза,

разделяют на первичные и вторичные. К первичным повреждениям относятся ушибы, размозжения вещества мозга, внутрочерепные кровоизлияния, перелом костей черепа, повреждение черепных нервов. При первичном поражении гибель нейронов необратима. Вторичное повреждение аксонов связано с метаболическими и сосудистыми нарушениями, приводящими к нарушениям локального гомеостаза и, в конечном счете, к гибели нейронов, сохранившихся в момент первичного повреждения. Частью имеющихся рекомендаций по проведению интенсивной терапии у лиц с острой церебральной недостаточностью предполагают: предотвращение процессов вторичного ишемического повреждения мозга и создание максимально благоприятных условий для восстановления функций в поврежденном мозге [3, 4]. По мнению ряда авторов, эффекты продленной симпатической гиперактивности (гипертермия, гипергликемия, повышенный уровень метаболизма, повышенный уровень циркуляции катехоламинов) могут увеличивать риск «вторичного» церебрального повреждения [3], который усугубляется присоединяющейся артериальной гипертензией, дыхательными нарушениями, изменениями газового и кислотно-щелочного состава крови, водно-электролитного баланса, развитием судорожного синдрома. При симпатической гиперактивности энергопотребность возрастает на 100%-200%, что приводит к гипопроteinемии, потере веса и катаболическому статусу, а так же способствует развитию цереброкардиального синдрома, который проявляется снижением амплитуды зубца Т, повышением и депрессией сегмента ST. Одной из задач современных исследований [3] данной проблемы является оптимизация компонентов интенсивной терапии защиты головного мозга с целью изменения агрессивности «вторичного удара» – распространение аллодинии, которая является причиной того, что минимальный стимул вызывает симпатическую гиперреакцию со стороны интермедиолатерального серого вещества спинного мозга, формируя там новый более сильный центр автоматии. Учитывая вышеизложенное целью проводимого исследования явилась оценка уровня сознания по шкале Глазго, изменений показателей мониторинга ВЧД, метаболизма с помощью анализа показателей тканевого микродиализа, индекса Кердо, уровня гликемии и выраженности гипертермии на фоне оптимизации патогенетически направленной медикаментозной коррекции способной изменить продленную симпатическую гиперактивность.

Объекты и методы исследования

Проведен ретро- и проспективный (2011 г.) анализ 14 пациентов в возрасте от 23 до 63 лет, которым проводилась интенсивная терапия в отделении анестезиологии и реанимации Окружной клинической больницы г. Ханты-Мансийска. Тяжелые формы инсультов составили 50% из них 6 больных (42,9%) с инсультом по геморрагическому типу и 1 больной (7,1%) с инсультом по ишемическому типу), больные с ТЧМТ составили 50% (7 больных). Критерием включения больных в данное исследование являлось наличие: изолированной ТЧМТ; геморрагического или ишемического

инсульта (ГИ), (ИИ), последнего в стадии клинической субкомпенсации или декомпенсации, с оценкой по шкале Глазго в баллах [6].

Результаты и обсуждение

Выбор компонентов интенсивной терапии в отделении анестезиологии и реанимации начиналось с нейровизуализации (оценка данных компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ)). При отсутствии патологического процесса в центральной нервной системе парасимпатическая система компенсирует или ингибирует симпатические реакции, возвращая организм к нормальному функционированию всех систем гомеостаза, что согласуется с литературными данными [3] и выявлена нами благодаря анализируемым показателям в контрольной группе. Данные нейромониторинга и уровня контроля вегетативных функций при проведении лечения нейровегетативной стабилизации в I группе больных выявило оценку по шкале Глазго 12 баллов (благоприятный прогноз – 15, неблагоприятный прогноз – 3).

Таблица

Название таблицы

Заголовок столбца 1	Заголовок столбца 2	Заголовок столбца 3	Заголовок столбца 4	Заголовок столбца 5
Заголовок строки 1	х	х	х	х
Заголовок строки 2	х	х	х	х
Заголовок строки 3	х	х	х	х



Рис. Название рисунка (графика, диаграммы)

Выводы

1.
2.
3.

Литература

1. Амчеславский В.Г., Тома Г.И. Принципы интенсивной терапии при острых субарахноидальных кровоизлияниях нетравматической этиологии // Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии. 1999. № 1. С. 77-82.

2. Башкиров М.В., Шахнович А.Р., Лубнин А.Ю. Внутричерепное давление и внутричерепная гипертензия // Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии. 1999. № 1. С. 4-11.
3. Гусейнова Х.Т., Петриков С.С. Мониторинг внутричерепного давления у больных с внутричерепными кровоизлияниями // Неврологический журнал. 2011. № 6. С. 4-9.
4. Парфенов В.А., Рагимов С.К. Транзиторные ишемические атаки // Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии. 2011. № 3. С. 4-9.
5. Петриков С.С., Крылов В.В. Интенсивная терапия больных с субарахноидальными кровоизлияниями вследствие разрыва аневризмы головного мозга // Неврология. 2008. № 1. С. 19-21.
6. Старченко А.А. Клиническая нейрореаниматология: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Хилько. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 944 с.
7. Физиология и патофизиология сердца / Под ред. Н. Сперелаксиса. М.: Медицина, 1990. 624 с.
8. Машковский М.Д. Лекарственные средства. М.: Новая волна, 2000. С. 55-57.
9. Рекова Л.П., Дмитриева А.А. Индекс Кердо как характеристика реакции на стрессовую ситуацию у хирургических стоматологических больных // Вопросы эксперим. и клинич. стоматол.: Сб. науч. тр. Вып. 8. Харьков: ХГМУ, 2004. С. 133-134.
10. Bito L., Davson H., Levin E., Murray M., Snider N. The concentrations of free amino acids and other electrolytes in cerebrospinal fluid, in vivo dialysate of brain, and blood plasma of the dog // J. Neurochem. 1966. V. 13, № 11. P. 1057-1067.
11. Kérdö I. Ein aus Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Acta neurovegetativa. 1966. Bd. 29, № 2. S. 250-268.
12. König K., Rickels E., Heissler H.E., Zumkeller M., Samii M. Artificial elevation of brain tissue glycerol by administration of a glycerol containing agent. Case report // J. Neurosurg. 2001. V. 94, № 4. P. 621-623.
13. Zauner A., Bullock R., Kuta A.J., Woodward J., Young H.F. Glutamate release and cerebral blood flow after severe human head injury // Acta Neurochir. Suppl. 1996. V. 67. P. 40-44.