

НЕОТЛОЖНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

© Николай Николаевич Рухляда¹, Елена Игоревна Бирюкова²

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург. Литовская ул., д. 2

² ГБУЗ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени проф. И.И. Джанелидзе», 192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 3, лит. А

Контактная информация: Николай Николаевич Рухляда — д.м.н., доцент, и.о. заведующего кафедрой акушерства и гинекологии с курсом детской гинекологии, главный специалист ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. E-mail: nickolasr@mail.ru.

РЕЗЮМЕ: В статье, на основе литературных и собственных данных, подробно освещены проблемы диагностики, стадирования и лечения рака шейки матки на этапе оказания экстренной помощи данной категории больных. Проблематика данной статьи связана с печальной статистикой распространенности рака шейки матки, а также достаточно поздней выявляемостью этой нозологической формы, несмотря на доступные средства ранней диагностики. Лечебно-тактические ошибки при ведении больных с впервые выявленными опухолями в специализированных неонкологических стационарах чаще всего обусловлены неточным определением распространенности процесса и необоснованным отказом от радикального хирургического и комбинированного лечения, что может быть связано с поздней госпитализацией, тяжелым общим состоянием больных, присоединившимися осложнениями, отсутствием условий для лечения онкологических больных (невозможность выполнения круглосуточного срочного гистологического исследования, отсутствие химиотерапевтов и врачей-радиологов и необходимого для лучевого лечения оборудования), а также отсутствием общепринятых стандартов оказания экстренной помощи данной категории пациентов. Эти ограничения в целом приводят к значительному снижению 5-летней выживаемости онкогинекологических больных, оперированных в стационарах общей сети, по сравнению с этим показателем в онкологических. Критические состояния онкогинекологических больных обусловлены в основном двумя основными причинами: рецидивированием самого процесса в различные сроки после лечения или осложнениями хирургического, лучевого или химиотерапевтического лечения. В этих ситуациях врачу по оказанию экстренной стационарной помощи, как правило, приходится ограничиваться симптоматической терапией, направленной на коррекцию жизнеугрожающих нарушений (кровотечение, кишечная непроходимость, перитонит), а также наиболее тягостных для пациентки проявлений опухолевого процесса (болевой синдром, интоксикация). В статье приведены алгоритмы диагностики рака шейки матки при первичном обращении пациентки в неонкологический стационар. Подробно описаны методы консервативного лечения осложнений опухолевого процесса. Рекомендован выбор объема оперативного лечения в зависимости от клинической ситуации. С ознакомительной целью для врачей обего гинекологического стационара представлены специализированные схемы лечения рака шейки матки. Статья в первую очередь адресована врачам-гинекологам стационаров по оказанию экстренной и неотложной помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак шейки матки; консервативный гемостаз; биопсия шейки матки; стадирование рака шейки матки; пангистерэктомия.

EMERGENCY SPECIALIZED AID FOR PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

© Nikolay Nikolaevich Rukhlyada¹, Elena Igorevna Biriukova²

¹ Saint-Petersburg, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

² St.-Petersburg Djanelidze research Institute of emergency medicine. 192242, Saint-Petersburg, Budapeshtskaya ul., d. 3, lit. A

Contact Information: *Victor V. Smirnov*— PhD, Associate Professor of the Department of Hospital Therapy with course of endocrinology of Saint-Petersburg State Pediatric Medical University., *Email: vs@tdom.biz*

ABSTRACT: In the article, on the basis of literary and own data, discussed in detail the problems of diagnosis, staging and treatment of cervical cancer at the stage of emergency this category of patients. The subject of this article is associated with the grim statistics of the prevalence of cervical cancer, as well as enough late detection of this nosological form, despite the available means of early diagnosis. Therapeutic-tactical errors in the management of patients with newly diagnosed tumors in non-specialized hospitals mainly due to inaccurate determination of the prevalence of unjustified rejection of radical surgical and combined treatment, which may be associated with late hospitalization, severe General condition of patients, adhering complications, lack of conditions for the treatment of cancer patients (the inability to perform round-the-clock urgent histological examination, the absence of chemioterapico and doctors radiologists and necessary for radiation treatment equipment), as well as the lack of generally accepted standards of emergency care in this category of patients. These constraints in General lead to a significant reduction in 5-year survival rate of gynecologic cancer patients operated in hospitals with a total network, compared with the rate in the cancer. The critical status of gynecological cancer patients mainly due to two main reasons: recurrence of the process at different times after the treatment or complications of surgery, radiation or chemotherapy. In these situations, the physician providing emergency patient care usually has to be limited to symptomatic therapy, aimed at correcting life-threatening problems (bleeding, intestinal obstruction, peritonitis), as well as the most painful for the patient manifestations of tumor (pain, intoxication). The article presents algorithms of diagnosis of cervical cancer in the primary treatment of non-oncological patient in the hospital. Described methods of conservative treatment of complications of tumor process. The recommended choice of volume of surgical treatment depending on the clinical situation. For informational purposes for physicians obego gynecological hospital provides specialized treatment regimens for cervical cancer. The article is primarily addressed to doctors and gynecologists hospitals for emergency and urgent care.

KEYWORDS: acervical cancer; conservative hemostasis; biopsy of the cervix; staging of cervical cancer; panhysterectomy.

Удельный вес пациенток с онкогинекологической патологией, требующей неотложной специализированной помощи достигает 10% от числа всех госпитализированных по экстренным показаниям гинекологических больных [5, 7, 13]. Лечебно-тактические ошибки при ведении больных с впервые выявленными опухолями в специализированных неонкологических стационарах чаще всего обусловлены неточным определением распространенности процесса и необоснованным отказом от радикального хирургического и комбинированного лечения, что может быть связано с поздней госпитализацией, тяжелым общим состоянием больных, присоединившимися осложнениями, отсутствием условий для лечения онкологических больных (невозможность выполнения круглосуточного срочного гистологического исследования, отсутствие химиотерапевтов и врачей-радиологов и необходимого для лучевого лечения оборудования), а также отсутствием общепринятых стандартов оказания экстренной помощи данной категории пациенток [5, 16]. Эти ограничения в це-

лом приводят к значительному снижению 5-летней выживаемости онкогинекологических больных, оперированных в стационарах общей сети, по сравнению с этим показателем в онкологических.

Критические состояния онкогинекологических больных обусловлены в основном двумя основными причинами: рецидивированием самого процесса в различные сроки после лечения или осложнениями хирургического, лучевого или химиотерапевтического лечения [6, 8]. В этих ситуациях врачу по оказанию экстренной стационарной помощи, как правило, приходится ограничиваться симптоматической терапией, направленной на коррекцию жизнеугрожающих нарушений (кровотечение, кишечная непроходимость, перитонит), а также наиболее тягостных для пациентки проявлений опухолевого процесса (болевого синдром, интоксикация).

В настоящее время рак шейки матки в структуре онкогинекологических заболеваний имеет наибольший удельный вес (до 50%), четко прослеживается рост заболеваемости среди жен-

Таблица 1

Стадирование рака шейки матки

TNM	FIGO	Характеристика
Первичная опухоль		
Tx	–	Первичная опухоль не может быть оценена
To	–	Нет очевидных признаков первичной опухоли
Tis	0	Карцинома <i>in situ</i> (преинвазивный рак)
T1	I	Карцинома ограничена шейкой без перехода на тело матки
T1a	IA	Инвазивная карцинома, диагностируемая только микроскопически (микроинвазивный рак). Стромальная инвазия глубиной не более 5 мм, горизонтальная — не более 7 мм. Вовлечение кровеносных или лимфатических сосудов не влияет на классификацию
T1b	IB	Клинически определяемое поражение или превышающее T1a/IA
T2	II	Карцинома, распространяющаяся за пределы шейки матки, но без вовлечения стенок таза и нижней трети влагалища
T2a	IIA	Опухоль без инфильтрации параметрия
T2b	IIb	Опухоль с инфильтрацией параметрия
T3	III	Опухоль инфильтрирует параметрий до стенок таза и/или вовлечена нижняя треть влагалища и/или вызывает гидронефроз
T3a	IIIA	Опухоль вовлекает нижнюю треть влагалища, но не распространяется на стенки таза
T3b	IIb	Опухоль распространяется на стенки таза и/или вызывает гидронефроз
T4	IYA	Опухоль вовлекает слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и/или распространяется за пределы малого таза
Регионарные лимфатические узлы		
NX	–	Регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены
N0	–	Не выявлено изменений в регионарных лимфоузлах
N1	–	Выявлены метастазы в регионарных лимфоузлах
Отдалённые метастазы		
MX	–	Отдалённые метастазы не могут быть оценены
M0	–	Нет признаков отдалённых метастазов
M1	IYB	Имеются отдалённые метастазы

щин репродуктивного возраста. К сожалению, несмотря на визуальную локализацию рака, простоту методик исследования состояния шейки матки и налаженную систему профилактических осмотров, значительным остается число больных III–IV стадий (до 40 % от всех больных с впервые установленным диагнозом) [6, 7, 13]. Классификация рака шейки матки по стадиям представлена в таблице 1.

Основной причиной экстренной госпитализации при раке шейки матки является кровотечение из половых путей различной интенсивности вплоть до профузного. Чаще имеют место контактные кровотечения, реже ациклические при сохраненном менструальном цикле или кровянистые выделения в постменопаузе. При раке шейки матки с экзофитным ростом чаще отмечаются длительные выделения (водянистые, слизисто-гноевидные, сукровичные, ихорозные, цвета мясных помоев). При эндофитном росте и раке цервикального канала чаще и раньше возникают обильные наружные кровотечения. В 10–12% случаев отмечаются боли внизу живота, которые при начальных стадиях заболевания нередко связаны с обострениями хронических воспалительных процессов придатков матки. При распространенных процессах больные предъявляют жалобы на боли в крестце, пояснице, прямой кишке, по ходу нервов нижних конечностей [3, 4, 9–12, 14, 15].

При первом обращении пациентки с подозрением на рак шейки матки обязательным является гистологическое подтверждение диагноза. С этой целью до выполнения лечебных манипуляций производится ножевая биопсия шейки матки (конусовидная или клиновидная) с выскабливанием цервикального канала. Категорически недопустимы многократные биопсии шейки матки, а также использование конхотома. При клинически определяемом раке шейки матки, обильном кровотечении допустимо взятие на биопсию измененных тканей с помощью биопсийных щипцов (6 образцов с захватом пограничных с опухолью тканей) [14].

При впервые выявленном раке шейки матки после остановки кровотечения с целью определения распространенности процесса выполняются:

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза, забрюшинных лимфатических узлов таза и поясничной области, мочевыводящих путей;
- рентгеновское исследование органов грудной клетки;
- цистоскопия;
- ректороманоскопия;

Дополнительными методами исследования являются компьютерная томография или магнитно-резонансная томография, экскреторная урография, радиоизотопная скintiграфия почек, колоноскопия.

Основной задачей на данном этапе лечения является остановка кровотечения с последующим направлением для дальнейшего обследования и лечения в онкологические учреждения.

I. Местная гемостатическая терапия:

- обработка пораженной шейки матки каппрофером в разведении аминокaproновой кислотой в соотношении 1:5;
- обработка 5 % раствором калия перманганата;
- губка гемостатическая коллагеновая (содержит борную кислоту и фурациллин);
- коллагеновая пластина «Тахокомб» (эффективна и при наличии у больной дефицита факторов свёртывания, тромбоцитопении, тромбоцитопатии за счет содержания апротинина, тромбина и фибриногена);
- пористая гемостатическая губка «Гемасепт» (содержит гентамицин);
- модифицированная целлюлозная губка «Поликапран» (содержит аминокaproновую кислоту);
- сухая пористая желатиновая пена «Спонгостан»;
- сухой тромбин 400–600 ед (лучше в смеси с 5% раствором аминокaproновой кислоты и 4–6 мл этамзилата (дицинона) — смочить салфетку и плотно прижать на 15 минут.

Данные средства могут быть использованы как изолированно, так и совместно с тугой тампонадой влагалища [1–3]. При нарушении мочеиспускания, связанного с тугой тампонадой, в мочевого пузыря устанавливается катетер Фоллея. При достижении устойчивого гемостаза тампон оставляют на сутки.

II. Системная гемостатическая терапия:

- 4–6 мл 12,5% раствора этамзилата натрия (дицинона) в/м или в/в;
- 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты в/в;
- транексамовая кислота (в/в по 5,0 мл и/или в таблетках по 250 мг) в максимальной дозировке 1,0–1,5 г 2–3 раза в день или апротинин (контрикал 50–100 тыс. ед., гордокс 300–500 тыс. ед., трасилол 300–500 тыс. ед. в/в струйно).

При острой или хронической кровопотере средней и тяжелой степени показана трансфузия свежезамороженной плазмы в дозе 20 мл/кг, эритроцитарной массы до 3 суток

хранения. Трансфузия эритроцитарной массы свыше 3 суток хранения при неустойчивом гемостазе и коагулопатии может спровоцировать рецидив кровотечения за счёт содержания в «старой» гемотрансфузионной среде большого количества тромбопластина.

Гемостатическая терапия проводится под контролем состояния свертывающей системы крови (АПТВ, ПТИ или МНО, фибринолитическая активность, паракоагуляционные тесты). При недоступности квалифицированной лабораторной диагностики в экстренной ситуации следует ориентироваться на результаты теста времени свёртывания крови по Ли-Уайту (5–12 минут в норме). В той же пробирке можно оценить тест спонтанного лизиса сгустка, который свидетельствует о фибринолитической активности. Если в течение 30 минут при 37 °С (термостат, водяная баня, при невозможности — комнатная температура) сгусток сохраняется, это свидетельствует о нормальной фибринолитической активности. Более ранний лизис говорит о повышении фибринолитической активности, что требует увеличения дозы антифибринолитиков (апротинина, транексамовой кислоты). При подозрении на коагулопатический характер кровотечения показан вызов дежурной гематологической бригады, которая выполняет экстренную развёрнутую коагулограмму и даёт рекомендации по тактике ведения больной.

В случае массивного аррозийного кровотечения, связанного с прогрессированием опухолевого процесса или осложнениями лучевой терапии, неэффективности консервативной терапии показана экстренная эндоваскулярная эмболизация внутренних подвздошных артерий (предпочтительно) или перевязка внутренних подвздошных артерий из лапаротомного доступа (может быть крайне сложной технически вследствие выраженной опухолевой инфильтрации или фиброзирования тканей после лучевой терапии).

В экстренной гинекологии при возникновении показаний к гистерэктомии и наличии фоновых, предраковых процессов шейки матки, а также при подозрении на рак шейки матки следует отдавать предпочтение выполнению пангистерэктомии с обязательной тщательной ревизией органов брюшной полости, тазовых и поясничных лимфоузлов.

При полном стенозе мочеточников, связанном с осложнениями лучевой терапии или прогрессированием самого процесса, показана чрезкожная нефростомия под ультразвуковым контролем.

Рекомендуемые программы лечения рака шейки матки в специализированных учреждениях:

- При преинвазивном раке в любом возрасте и микроинвазивном раке (у женщин репродуктивного возраста, желающих сохранить репродуктивную функцию) выполняется конизация шейки матки (предпочтительно ножевая).
- При микроинвазивном раке с инвазией до 1 мм у женщин до 50 лет возможна конизация шейки матки, а при инвазии 2–3 мм — экстирпация матки с оставлением яичников у женщин до 45 лет.
- При T1b и T1a стадиях показана операция Вертгейма (предпочтительна предоперационная внутриволостная гамма-терапия).
- Послеоперационное дистанционное гамма-облучение показано во всех случаях с метастазами в удаленных лимфоузлах, а также при инвазии опухоли более 1 см.
- При T2b и T3 стадиях методом выбора является сочетанное лучевое лечение в полном объеме, которое может быть дополнительно экстраперитонеальной подвздошной лимфаденэктомией при убедительных положительных лимфографических данных.
- У больных с IV стадией, имеющих отдаленные метастазы или рецидивы заболевания после радикального лечения, применяется системная паллиативная химиотерапия с препаратами платины или лучевой метод лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аметов А.С., Аполихин О.И., Бунятян А.А. и др. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Под ред. А.Г. Чучалина, В.В. Яснецова. Т. XVII (Изд. 17-е). М.; 2016.
2. Аракелян Б.В., Рухляда Н.Н., Мельников А.С., Санина М.С. Возможности иммунокорригирующей терапии обострений хронических заболеваний органов малого таза. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2010; 9 (6): 21–24.
3. Аракелян Б.В., Багненко С.Ф., Рухляда Н.Н., Бирюкова Е.И., Мельников А.С., Миннуллин Р.И. Возможности коррекции нарушений микроциркуляции в кишке при разлитом перитоните гинекологического происхождения. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2009; 168 (4): 77–80.
4. Багненко С.Ф., Аракелян Б.В., Рухляда Н.Н., Левитина Е.И., Бобров К.Ю. Оценка регионарной микроциркуляции кишечника при воспалительных заболеваниях матки и её придатков, осложненных разлитым перитонитом. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2006; 165 (2): 27–31.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб.: Фолиант; 2002.
6. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология: курс лекций в трёх томах. М.: Видар-М; 2010.
7. Гинекология. Национальное руководство. Ред. В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухина. М.: Гэотар-Медиа; 2009.
8. Дуткевич И.Г., Сухомлина Е.Н., Селиванов Е.А. Основы клинической гемостазиологии. СПб.: КОСТА, 2010.
9. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н. Перспективы использования оценки качества жизни гинекологических больных. Журнал акушерства и женских болезней. 1999; 48 (1): 59.
10. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н. Качество жизни женщин после хирургического лечения экстрапеченочной беременности. Журнал акушерства и женских болезней. 1999; XLVIII (3): 30–34.
11. Новиков Е.И., Рухляда Н.Н., Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., Сердюков С.В., Стожарова С.И., Осипов А.В., Мурадян П.А., Шугалей Д.В., Горбакова Л.Ш. Неразвивающаяся беременность I триместра. Современные аспекты клинико-морфологического подхода к диагностике и лечению. Пособие для врачей. СПб., 2009.
12. Пахомов А.А., Рухляда Н.Н., Бакина Н.Н., Чернов Д.А. Психосоциологические особенности женщин в климактерическом периоде. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2011; 10 (80): 159–163.
13. Практическая гинекология (клинические лекции). Ред. В.И. Кулаков, В.Н. Прилепская. М.: МЕДпресс-информ, 2002.
14. Протасова А.Э. Клиническая оценка и фармакоэкономический анализ диагностики и лечения основных злокачественных опухолей женских гениталий в амбулаторных условиях. Автореф. дис... док. мед. наук. СПб., 2011.
15. Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н. Георгий Ермолаевич Рейн — академик, зодчий, государственный деятель. Журнал акушерства и женских болезней. 1998; XLVII: 107.
16. Щепотин И.Б. и соавт. Алгоритмы современной онкологии. Киев: Книга Плюс, 2006.

REFERENCES

1. Ametov A.S., Apolikhin O.I., Bunyatyan A.A. i dr. Federal'noe rukovodstvo po ispol'zovaniyu lekarstvennykh sredstv (formulyarnaya sistema). [Federal operating instructions of medicines (official system)]. Pod red. A.G. Chuchalina, V.V. Yasnetsova. T. XVII (Izd. 17-e). M.; 2016.
2. Arakelyan B.V., Rukhlyada N.N., Mel'nikov A.S., Sanina M.S. Vozmozhnosti immunokorrigiruyushchey terapii

- obostreniy khronicheskikh zabolevaniy organov malogo taza [Possibilities of immunocorrective therapy of exacerbations of chronic diseases of bodies of a small pelvis]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2010; 9 (6): 21–24.
3. Arakelyan B.V., Bagnenko S.F., Rukhlyada N.N., Biryukova E.I., Mel'nikov A.S., Minnullin R.I. Vozmozhnosti korrektsii narusheniy mikrotsirkulyatsii v kishke pri razlitom peritonite ginekologicheskogo proiskhozhdeniya. [Possibilities of correction of violations of microcirculation in a gut at the poured peritonitis of gynecologic origin]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2009; 168 (4): 77–80.
 4. Bagnenko S.F., Arakelyan B.V., Rukhlyada N.N., Levitina E.I., Bobrov K.Yu. Otsenka regionarnoy mikrotsirkulyatsii kishchnika pri vospalitel'nykh zabolevaniyakh matki i ee pridatkov, oslozhnennykh razlitym peritonitom. [Assessment of regional microcirculation of intestines at the inflammatory diseases of a uterus and its appendages complicated by the poured peritonitis]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2006; 165 (2): 27–31.
 5. Bokhman Ya.V. Rukovodstvo po onkoginekologii. [Guide to an onkoginekologiya]. SPb.: Foliant; 2002.
 6. Bulanov M.N. Ul'trazvukovaya ginekologiya: kurs lektсий v trekh tomakh. [Ultrasonic gynecology: a course of lectures in three volumes]. M.: Vidar-M; 2010.
 7. Ginekologiya. Natsional'noe rukovodstvo. [Gynecology. National leaders]. Red. V.I. Kulakov, G.M. Savel'eva, I.B. Manukhina. M.: Geotar-Media; 2009.
 8. Dutkevich I.G., Sukhomlina E.N., Selivanov E.A. Osnovy klinicheskoy gemostaziologii. [Bases of a clinical gemostaziologiya]. SPb.: KOSTA, 2010.
 9. Kira E.F., Bezhenar' V.F., Rukhlyada N.N. Perspektivy ispol'zovaniya otsenki kachestva zhizni ginekologicheskikh bol'nykh. [Prospects of use of assessment of quality of life of gynecologic patients]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 1999; 48 (1): 59.
 10. Kira E.F., Bezhenar' V.F., Rukhlyada N.N. Kachestvo zhizni zhenshchin posle khirurgicheskogo lecheniya ektopicheskoy beremennosti. [Quality of life of women after surgical treatment of ektopicheskoy pregnancy]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 1999; XLVIII (3): 30–34.
 11. Novikov E.I., Rukhlyada N.N., Glukhovets B.I., Glukhovets N.G., Serdyukov S.V., Stozharova S.I., Osipov A.V., Muradyan P.A., Shugaley D.V., Gorbakova L.Sh. Nerazvivayushchayasya beremennost' I trimestra. Sovremennye aspekty kliniko-morfologicheskogo podkhoda k diagnostike i lecheniyu. [Not developing pregnancy of the I trimester. Modern aspects of kliniko-morphological approach to diagnostics and treatment]. *Posobie dlya vrachey*. SPb., 2009.
 12. Pakhomov A.A., Rukhlyada N.N., Bakina N.N., Chernov D.A. Psikhofiziologicheskie osobennosti zhenshchin v klimaktericheskom periode. [Psychophysiological features of women in the climacteric period]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta*. 2011; 10 (80): 159–163.
 13. Prakticheskaya ginekologiya (klinicheskie lektsii). [Practical gynecology (clinical lectures)]. Red. V.I. Kulakov, V.N. Prilepskaya. M.: MEDpress-inform, 2002.
 14. Protasova A.E. Klinicheskaya otsenka i farmakoekonomicheskiy analiz diagnostiki i lecheniya osnovnykh zlokachestvennykh opukholey zhenskikh genitaliy v ambulatornykh usloviyakh. [Clinical assessment and the farmakoekonomicheskyy analysis of diagnostics and treatment of the main malignant tumors of female genitalias in out-patient conditions]. *Avtoref. dis... dok. med. nauk*. SPb., 2011.
 15. Tsvelev Yu.V., Bezhenar' V.F., Rukhlyada N.N. Georgiy Ermolaevich Reyn — akademik, zodchiy, gosudarstvennyy deyatel'. [Georgiy Ermolayevich Rein is an academician, the architect, the statesman]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 1998; XLVII: 107.
 16. Shchepotin I.B. i soavt. Algoritmy sovremennoy onkologii. [Algorithms of modern oncology]. Kiev: Kniga Plyus, 2006.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом и.о. ректора
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 23.06.16

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Medicine: theory and practice/ Медицина: теория и практика» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Управлением Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу 17 мая 2016 года, свидетельство ПИ № ТУ78-01870, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора.

Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

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 инфор-

мации. Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех 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 и предоставить ссылки на предыдущую, 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 биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции по электронной почте на адрес annashapovalova@yandex.ru. Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности опубликования в открытой печати (бланк можно запросить annashapovalova@yandex.ru).

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал 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.

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

- 1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;
- 2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
- 3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;
- 4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;
- 5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

- 6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;
- 7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
- 8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Medicine: theory and practice/ Медицина: теория и практика» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):

1. Заглавие (Title) должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.
2. Сведения об авторах (публикуются). Для каждого автора указываются: фамилия, имя и отчество, место работы, почтовый адрес места работы, e-mail. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт <http://www.translit.ru>.
2. Резюме (Summary) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме доступно на сайте журнала «Medicine: theory and practice/ Медицина: теория и практика» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной,

интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура аннотации: введение (Background), цели и задачи (Purposes and tasks), методы (Materials and methods), результаты (Results), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

3. Ключевые слова (Key words) от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». 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, подберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.
4. Литература (References). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A. A., Author B. B., Author C. C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Книга: Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

Если в качестве автора книги выступает редактор, то после фамилии следует ред.

Преображенский Б. С., Тёмкин Я. С., Лихачёв А. Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина; 1968.

Радзинский В. Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН; 2008.

Brandenburg J.H., Ponti G.S., Worring A.F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 3rd ed. NY: Mosby; 1998.

Глава из книги: Автор (ы) название главы (знак точка) В кн.: или In: далее описание книги [Автор (ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания] (двоеточие) стр. от и до.

Коробков Г.А. Темп речи. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Т. 23. М.; 1989: 107–11.

Статья из журнала

Автор (ы) название статьи (знак точка) название журнала (знак точка) год издания (знак точка с запятой) том (если есть в круглых скобках номер журнала) затем знак (двоеточие) страницы от и до.

Кирющенко А. П., Совчи М. Г., Иванова П. С. Поликистозные яичники. Акушерство и гинекология. 1994; N 1: 11–4.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resonance. Laryngoscope. 1996; 106 (2, pt 1): 174–80.

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). III съезд оториноларингологов Респ. Беларусь: тез. докл. Минск; 1992: 68–70.

Салов И.А., Маринушкин Д.Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.; 2000; ч. 1: 516–9.

Авторефераты

Петров С. М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 1993.

Описание Интернет-ресурса

Щеглов И. Насколько велика роль микрофлоры в биологии вида-хозяина? Живые системы: научный электронный журнал. Доступен по: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (дата обращения 02.07.2012).

Kealy M. A., Small R. E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013)

Для всех статей, имеющих DOI, индекс необходимо указывать в конце библиографического описания.

По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), как было принято ранее, и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для Scopus и других международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: автор(ы) (транслитерация), перевод названия книги или статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные данные в цифровом формате, указание на язык статьи в скобках (in Russian).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Программа очень простая.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.
3. Переводим с помощью автоматического переводчика название книги, статьи, постановления и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования, поэтому данную часть необходимо готовить человеку, понимающему английский язык.
4. Объединяем описания в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Книга: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka)

Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

Preobrazhenskiy B. S., Temkin Ya. S., Likhachev A. G. Bolezni ukha, gorla i nosa. [Diseases of the ear, nose and throat]. M.: Meditsina; 1968. (in Russian).

Radzinskiy V. E., ed. Perioneologiya: uchebnoe posobie. [Perineology tutorial]. M.: RUDN; 2008. (in Russian).

Глава из книги: Avtor (y) Nazvanie glavy (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) In: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya]. (dvoetochie) stranisi ot i do.

Korobkov G. A. Temp rechi. [Rate of speech]. V kn.: Sovremennye problemy fiziologii i patologii rechi: sb. tr. T. 23. M.; 1989: 107–11. (in Russian).

Статья из журнала: Avtor (y) Nazvanie stat'i (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) Nazvanie zhurnala (znak tochka) god izdaniya (znak tochka s zapyatoy) tom (esli est' v kruglykh skobkakh nomer zhurnala) zatem (znak dvoetochie) stranitsy ot i do.

Kiryushchenkov A. P., Sovchi M. G., Ivanova P. S. Polikistoznye yaichniki. [Polycystic ovary]. Akusherstvo i ginekologiya. 1994; N 1: 11–4. (in Russian).

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Babiy A. I., Levashov M. M. Novyy algoritm nakhozheniya kul'minatsii eksperimental'nogo nistagma (minimetriya). [New algorithm of finding of the culmination experimental nystagmus (minimetriya)]. III s'ezd otorinolaringologov Resp. Belarus': tez. dokl. Minsk; 1992: 68–70. (in Russian).

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutriutrobnoy gibeli ploda. [Obstetric tactics in intrauterine fetal death]. V kn.: Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya». M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

Petrov S. M. Vremya reaktsii i slukhovaya adaptatsiya v norme i pri perifericheskikh porazheniyakh slukha. [Time of reaction and acoustical adaptation in norm and at peripheral defeats of hearing]. PhD thesis. SPb.; 1993. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса

Shcheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. Zhivye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal. Available at: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (accessed 02.07.2012). (in Russian).