

**ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РОССИЙСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ
“ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА
С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА”**

Разработаны группой экспертов секции атеросклероза ВНОК
(Москва 2004 г.)
(Второе издание 2005 г.)

Российские рекомендации “Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза” разработаны большой группой экспертов секции атеросклероза Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) и утверждены национальным конгрессом кардиологов (Москва, 2004 г.). В 2005 г. подготовлено краткое издание тех же рекомендаций. В сокращенной версии адаптированы и внесены некоторые дополнения к основному тексту Российских рекомендаций 2004 г.

В настоящем приложении приводятся основные положения краткой версии Российских рекомендаций без каких-либо принципиальных отступлений, допуская лишь стилистическую правку и небольшие редакторские комментарии в сносках.

“Основные положения Российских рекомендаций”
подготовлены Ю.П. Никитиным и О.В. Мотиной.
Редактор профессор Ю.П. Никитин

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЗУЕМЫХ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ

АГ	— артериальная гипертензия	КФК	— креатинфосфокиназа
АД	— артериальное давление	МС	— метаболический синдром
АЛТ	— аланинаминотрансфераза	ОХС	— общий холестерин
АСТ	— аспартатаминотрансфераза	СД	— сахарный диабет
ВС	— внезапная смерть	ССЗ	— сердечно-сосудистые заболевания
ГЛП	— гиперлипидемия	ТГ	— триглицериды
ГТГ	— гипертриглицеридемия	ФР	— факторы риска
ГХС	— гиперхолестеринемия	ХМ	— хиломикроны
ДЛП	— дислипидемия	ХС-ЛВП	— холестерин липопротеинов высокой плотности
ИБС	— ишемическая болезнь сердца	ХС-ЛНП	— холестерин липопротеинов низкой плотности
ИМ	— инфаркт миокарда		
ИМТ	— индекс массы тела		

1. КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ

Термин ГЛП означает повышение в крови уровня липидов выше оптимальных значений, что может быть обусловлено генетическими и/или средовыми факторами. Фенотип ГЛП определяют по классификации ВОЗ (табл. 1). Для этого необходимо определить концентрацию в крови ОХС, ТГ, ХС-ЛВП, ХС-ЛНП. Классификация ВОЗ не учитывает фенотип, для которого характерно избирательное снижение уровня ХС-ЛВП. Этот фенотип чаще наблюдается у мужчин и нередко сопровождается поражением коронарных и церебральных сосудов.

Важно отметить, что приведенная классификация не дает возможности врачу поставить диагноз заболевания, связанного с ДЛП, однако позволяет судить о характере нарушений липидного обмена и степени их атерогенности (см. табл. 1).

У больных ИБС, атеросклерозом мозговых и церебральных артерий чаще всего имеют место следующие особенности нарушений липидного состава крови: ОХС умеренно повышен, ХС-ЛНП повышен значительно, но даже если это повышение незначительное, то при специальном биохимическом исследовании нередко обнаруживают мелкие, плотные, легко окисляющиеся частицы ЛНП типа В. Эти частицы легко проникают в субэндотелиальное пространство, активно захватываются макрофагами, и, предполагается, что таким образом они инициируют атеросклеротический процесс. Содержание ТГ чаще нормальное или умеренно повышенное, ХС-ЛВП находится на нижней границе нормы или снижен. Таким образом, у больных ИБС преобладают фенотипы IIa и IIb.

2. ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ЛИПИДНЫХ ПАРАМЕТРОВ

Желаемые значения липидных параметров, принятые в соответствии с Европейскими рекомендациями по профилактике ССЗ в клинической практике, представлены в табл. 2. Эти значения оптимальны для лиц взрослой популяции стран Европы, однако для больных с ИБС, атеросклерозом периферических и сонных артерий, аневризмой аорты, а также с СД – уровни ОХС, ХС-ЛНП должны быть <4,5 ммоль/л (175 мг/дл), <2,5 ммоль/л (100 мг/дл) соответственно.

3. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Наряду с липидными ФР в табл. 3 представлены некоторые другие, способствующие развитию и прогрессированию ССЗ, в первую очередь

Таблица 1

Классификация гиперлипидемий ВОЗ

Фено-тип	ОХС	ТГ	Изменения ЛП	Атерогенность
I	Повышен	Повышены	↑ ХМ	Неатерогенен
IIa	Повышен	В норме	↑ ЛНП	Высокая
IIb	Повышен	Повышены	↑ ЛНП и ЛОНП	Высокая
III	Повышен	Повышены	↑ ЛПП	Высокая
IV	Чаще в норме	Повышены	↑ ЛОНП	Умеренная*
V	Повышен	Повышены	↑ ХМ и ЛОНП	Низкая

Примечание. ↑ – повышение концентрации; * – IV фенотип является атерогенным, если ему сопутствуют низкая концентрация ХС-ЛВП, а также другие метаболические нарушения (гипергликемия, инсулинорезистентность, нарушенная толерантность к глюкозе).

У больных МС, СД 2-го типа чаще наблюдаются нарушения липидного обмена, характеризующиеся повышением уровня ТГ и снижением концентрации ХС-ЛВП. Вместе с тем часты случаи повышенного содержания ХС-ЛНП. По классификации ВОЗ – это IIb или IV фенотипы.

Перечисленные фенотипы – IIa, IIb, IV, как и реже встречающийся III тип, являются атерогенными и требуют, как правило, незамедлительного начала медикаментозной коррекции.

Таблица 2

Оптимальные значения липидных параметров плазмы (Новые европейские рекомендации III пересмотра, версия 2003 г.)

Липидные параметры	Значения, ммоль/л	Значения, мг/дл
ОХС	<5,0	<200
ХС-ЛНП	<3,0	<115
ХС-ЛВП	≥1,0 (у муж.); 1,2 (у жен.)	≥40 (у муж.); 45 (у жен.)
ТГ	<1,7	<150

ИБС. Эти факторы просты для их выявления, но они имеют практическое значение в деятельности врача.

Основные факторы риска развития и прогрессирования ИБС*

Возраст	Мужчины >45 лет Женщины >55 лет или с ранней менопаузой
Раннее начало ИБС у ближайших родственников	ИМ или внезапная кардиальная смерть у мужчин <55 лет, у женщин <65 лет
Курение сигарет	Вне зависимости от количества
АГ	АД >140/90 мм.рт.ст. (или ниже на фоне гипотензивной терапии)
ГХС	ОХС >5 ммоль/л (200 мг/дл) ХС-ЛНП >3,0 ммоль/л (115 мг/дл)
ГТГ в сочетании с типоХС-ЛВП	ТГ >1,7 ммоль/л (150 мг/дл) и ХС-ЛВП <0,9 ммоль/л (35 мг/дл)
СД 2 типа	Глюкоза натощак >7 ммоль/л (125 мг/дл)
Абдоминальное ожирение	ОТ у мужчин >102 см, у женщин >88 см

* Европейские рекомендации 1998 г.

4. КАТЕГОРИИ РИСКА

У всех обратившихся к врачу пациентов желательно определить степень (категорию) риска. Категории риска, предложенные Европейскими рекомендациями по профилактике ССЗ, представлены в табл. 4.

Таблица 4

Разграничение больных по категориям риска развития ССЗ*

1 категория (высокого риска):	а) Больные с любыми клиническими проявлениями ИБС, периферического атеросклероза, атеросклероза мозговых артерий, с аневризмой брюшного отдела аорты; б) Больные с СД 2 или 1 типов, в особенности при наличии микроальбуминурии; в) Лица без клинических проявлений выше указанных заболеваний, но имеющих: несколько ФР, при оценке которых по таблице SCORE 10-летний риск фатальных событий $\geq 5\%$
2 категория (умеренного риска)	Лица, у которых отсутствуют клинические признаки ССЗ, но у которых есть риск развития атеросклероза вследствие: а) наличия нескольких ФР (≥ 2), при оценке которых по таблице SCORE 10-летний риск фатальных событий превышает или равен 5 %; б) выраженного повышения одного из ФР: ОХС ≥ 8 ммоль/л (320 мг/дл), ХС-ЛНП ≥ 6 ммоль/л (240 мг/дл), АД $\geq 180/110$ мм рт.ст.
3 категория (низкого риска)	а) Лица без клинических проявлений ССЗ с одним умеренно выраженным ФР; б) Лица с отягощенным семейным анамнезом; начало ИБС или другого ССЗ у ближайших родственников (1 степени родства) по мужской линии <55 лет, по женской — <65 лет

* В последнее время обсуждается вопрос о выделении категорий высокого и очень высокого риска при 10-летней вероятности случая > 10 % (прим. редактора).

5. ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ФАТАЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ССЗ

Индивидуальная оценка фатального риска, т.е. вероятность умереть от ИБС, периферического атеросклероза и атеросклероза мозговых артерий у лиц без клинических проявлений в ближайшие 10 лет, проводится по таблице SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Эта таблица была разработана на основании результатов 12 эпидемиологических исследований, проведенных в Европе и России с учас-

тием 205178 человек. По шкале SCORE оценка риска производится в зависимости от пола, возраста, статуса курения, САД и концентрации ОХС (см. рисунок). В настоящее время разрабатывается аналогичная таблица для российской популяции с учетом данных национальной статистики и особенностей распространения ФР ССЗ в России. Риск считается очень высоким, если при проекции данных пациента на карту

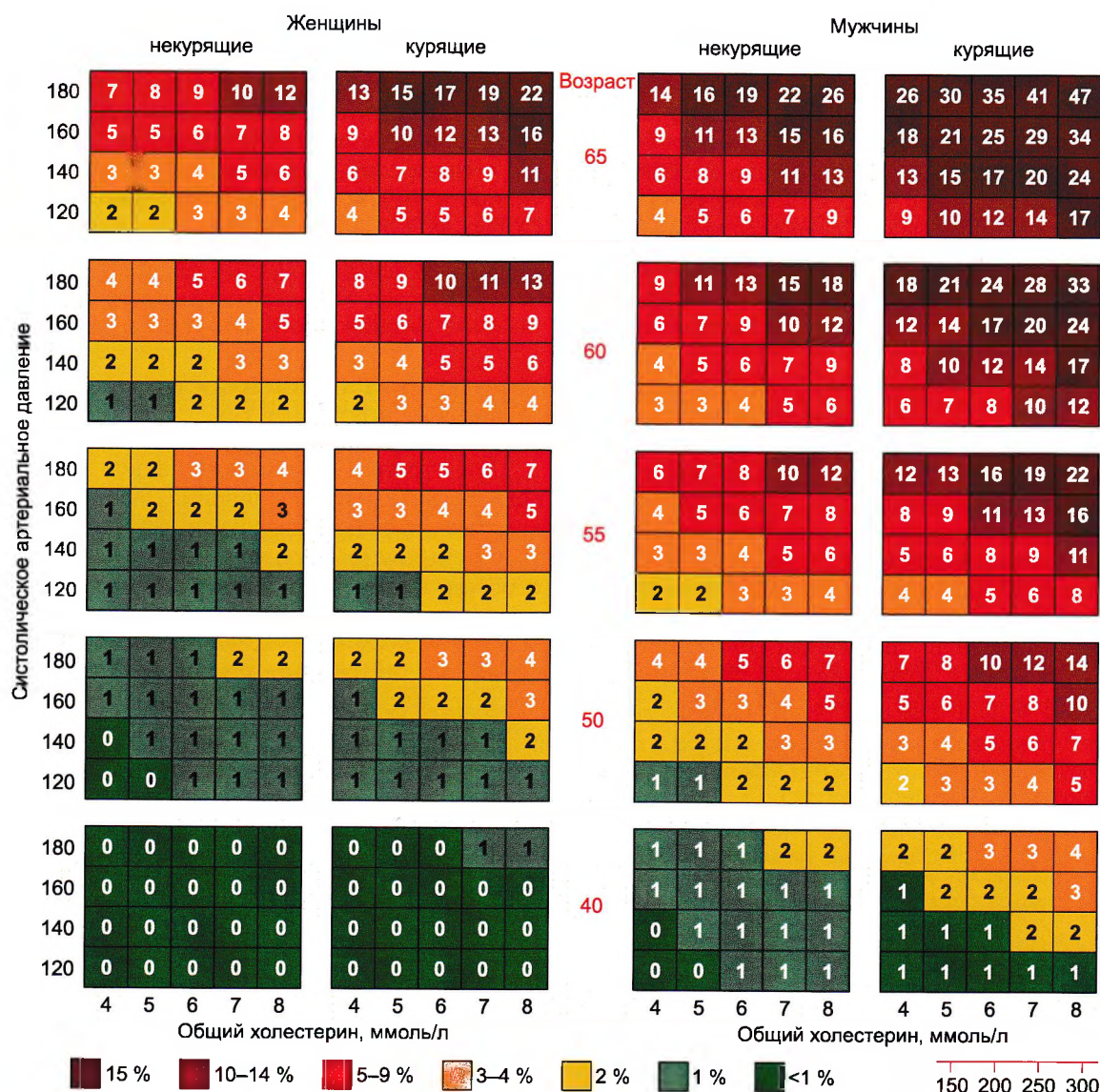


Таблица оценки вероятности 10-летнего риска смерти от ССЗ в Европейских регионах с высоким риском ССЗ на основании пола, возраста, САД, ОХС и статуса курения ("SCORE" – Systematic Coronary Risk Evaluation).

SCORE он >10 %, высоким – если располагается в пределах 5–10 %, и низким, если <5 %. Естественно, что в случаях высокого и очень высокого риска пациент нуждается в проведении активных профилактических и лечебных мероприятий, направленных на устранение и коррекцию ФР.

Как осуществлять скрининг ГЛП? У каждого человека старше 20 лет при обращении в медицинское учреждение рекомендуется определить ОХС (табл. 5).

Если концентрация ОХС >5 ммоль/л (190 мг/дл), при дальнейшем обследовании необходимо:

- Собрать анамнез, провести рутинное врачебное клиническое обследование;

- Определить развернутый липидный профиль крови: ОХС, ХС-ЛВП, ТГ, ХС-ЛНП;
- У пациентов без клинических признаков ИБС и атеросклероза другой локализации оценить по карте SCORE фатальный 10-летний риск ССЗ (см. рисунок);

Таблица 5
Категории лиц, подлежащих лабораторному скринингу в зависимости от степени риска ССЗ

Возраст >20 лет	Что определять
У здоровых лиц, обратившихся в медицинское учреждение	ОХС (можно не натошак)
У больных ИБС, СД, у лиц с несколькими ФР ССЗ при суммарном фатальном риске >5%)	Натошак – ОХС, ХС-ЛВП, ТГ, ХС-ЛНП

- Наметить цели вмешательства: снижение уровня ХС-ЛНП, повышение ХС-ЛВП и коррекция нелипидных ФР;

- Дать рекомендации по здоровому образу жизни: диета, коррекция веса, повышение физической активности, прекращение курения;

- Если в течение 8–12 недель не удастся достичь намеченных целей, сохраняя все предыдущие условия, обсудить вопрос о начале медикаментозного гиполипидемического лечения. Если

у больных с установленной ИБС или ее эквивалентами уровень ОХС $>4,5$ ммоль/л, а ХС-ЛНП $>2,6$ ммоль/л, медикаментозную терапию предлагается начать одновременно с мероприятиями по немедикаментозной профилактике ИБС;

- Контролировать липидные параметры, активность печеночных и мышечных ферментов (АЛТ, АСТ, КФК) раз в 3 месяца в течение первого года терапии, далее не реже 1 раза в 6 месяцев.

6. ПОДХОДЫ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ССЗ

У пациентов без клинических проявлений ССЗ, но с несколькими или одним выраженным ФР их развития, лечение начинают с назначения немедикаментозных методов, и если в течение 3 месяцев с их помощью не удастся достигнуть целевых уровней по нормализации липидного профиля или если фатальный 10-летний риск по шкале SCORE сохраняется $>5\%$, то обсуждается вопрос о начале медикаментозной терапии (табл. 6).

Для третьей категории пациентов, а это обычно практически здоровые люди, в семьях которых наблюдались случаи раннего развития ИБС или других сосудистых заболеваний, целесообразно дать рекомендации по здоровому образу жизни и наблюдать их хотя бы с интервалом в 1 год. Однако, если у них 10-летний риск фатальных осложнений по шкале SCORE велик, предлагается внимательно обсудить вопрос о необходимости и допустимости гиполипидемической терапии.

Таблица 6

Целевые уровни ХС-ЛНП. Значения ХС-ЛНП для начала терапии у больных с различными категориями риска ССЗ

Категория риска	Целевой уровень ХС-ЛНП, ммоль/л (мг/дл)	Уровень ХС-ЛНП для начала немедикаментозной терапии	Уровень ХС-ЛНП для начала медикаментозной терапии*
ИБС или ее эквиваленты или 10-летний фатальный риск очень высок ($>10\%$)	$<2,5$ (100)**	$\geq 2,5$ (100)	$\geq 3,0$ (115)
2 и $>$ ФР, 10-летний фатальный риск, высокий ($>5\% - <10\%$)	$<3,0$ (115)	$\geq 3,0$ (115)	$\geq 3,5$ (130)
0-1 ФР, 10-летний риск, низкий ($<5\%$)	$<3,5$ (130)	$\geq 3,5$ (130)	$\geq 4,0$ (150)

* Если в течение 3 месяцев мероприятия по изменению образа жизни (коррекция веса, прекращение курения, повышение физической активности, диета с ограничением насыщенных жиров) недостаточны для достижения целевого уровня ХС-ЛНП, необходимо назначить медикаментозную терапию (препараты выбора — статины). У больных с диагностированной ИБС и ее эквивалентами наряду с немедикаментозной терапией следует одновременно назначить липидкорректирующие медикаменты.

** Недавно завершены многолетние исследования, демонстрирующие больший клинический эффект и лучшую выживаемость больных при снижении у них уровня ХС-ЛНП до $1,7$ ммоль/л (75 мг/дл). Такие результаты, вероятно, будут учтены при очередной коррекции модификации российских рекомендаций по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена (прим. редактора).

ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ СТАТЬИ В ЖУРНАЛ «АТЕРОСКЛЕРОЗ»

Научно-практический журнал “Атеросклероз” публикует работы в области фундаментальных и клинических проблем атеросклероза и заболеваний атеросклеротического генеза, а также краткие сообщения, заметки из практики, лекции, обзоры, письма в редакцию, краткие обобщенные данные последних российских и международных конгрессов по атеросклерозу, рефераты наиболее интересных статей, научные новости. Все представляемые материалы рецензируются и обсуждаются редакционной коллегией.

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

Материалы статьи направляются в редакцию в печатном (2 экземпляра) и электронном варианте (на дискете, CD или по электронной почте office@iimed.ru). Статья должна сопровождаться 1) официальным направлением на бланке учреждения и 2) заключением биоэтического комитета учреждения, где выполнена работа.

Статья должна быть напечатана на одной стороне листа формата A4, интервал полуторный, ширина полей 3 см слева, 2 см сверху, снизу и справа. Шрифт 12, Times New Roman. Электронный вариант рукописи должен быть представлен в текстовом редакторе MS Word.

Объем оригинальной статьи не должен превышать 15 стр. машинописи, передовой статьи, обзора или лекции – не более 30 стр. (сюда не входят иллюстрации, подписи к ним, таблицы, список литературы). *Указатель литературы* к оригинальным статьям должен содержать не более 20 источников, к передовым статьям – не более 30, к обзору – не более 200 источников.

Рукопись статьи должна включать: 1) титульный лист; 2) резюме; 3) ключевые слова; 4) введение; 5) материалы и методы; 6) результаты; 7) обсуждение; 8) заключение и выводы; 9) таблицы; 10) иллюстрации; 11) подписи к рисункам; 12) список литературы.

Титульный лист должен содержать: 1) название статьи, которое должно быть информативным и достаточно кратким; 2) фамилии и инициалы авторов; 3) полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнялась работа; 4) фамилию, имя, отчество, полный почтовый адрес, номера телефона и факса автора, ответственного за контакты с редакцией.

Резюме (на русском и английском языках) печатается на отдельной странице по схеме: а) цель исследования; б) материалы и методы; в) результаты; г) заключение. Объем резюме должен быть не более 300 слов. На этой же странице помещаются “ключевые слова” (от 3 до 7 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах.

Текст. Оригинальные статьи должны иметь следующую структуру:

Введение. В нем формулируются цель и необходимость проведения исследования, кратко освещается состояние вопроса со ссылками на наиболее значимые публикации.

Материалы и методы. Приводятся количественные и качественные характеристики больных (обследованных), а также упоминаются все методы исследований, применявшиеся в работе, включая методы статистической обработки данных. При упоминании аппаратуры и новых лекарств в скобках указываются производитель и страна, где он находится.

Результаты. Их следует представлять в логической последовательности в тексте, таблицах и на рисунках. В тексте не следует повторять все данные из таблиц и рисунков, надо упоминать только наиболее важные из них. В рисунках не следует дублировать данные, приведенные в таблицах. Подписи к рисункам и описание деталей на них под соответствующей нумерацией надо представлять на отдельной странице. Величины измерений должны соответствовать Международной системе единиц (СИ). Клинико-диагностические термины должны быть унифицированы с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте развернуты.

Обсуждение. Надо выделять новые и важные аспекты результатов своего исследования и по возможности сопоставлять их с данными других исследований. Не следует повторять сведения, уже приводившиеся в разделе “Введение”, и подробные данные из раздела “Результаты”.

Статья должна завершаться *заключением и выводами*, кратко обобщающими полученные результаты.

Таблицы. Каждая таблица печатается на отдельной странице через два интервала и должна иметь название и порядковый номер соответственно первому упоминанию ее в тексте. Каждый столбец в таблице должен иметь краткий заголовок (можно использовать аббревиатуры). Все разъяснения, включая расшифровку аббревиатур, надо размещать в сносках. Указывайте статистические методы, использованные для представления вариативности данных и достоверности различий.

Иллюстрации (рисунки, диаграммы, фотографии) представляются в 2 экземплярах (фотографии на глянцевой бумаге). На оборотной стороне рисунков мягким карандашом должны быть помечены фамилии автора (только первого), номер рисунка, обозначение верха рисунка. Рисунки не должны быть перегружены текстовыми надписями. Фотографии должны быть в оригинале или в электронном виде в формате “TIFF” с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм). Графики и схемы принимаются в форматах MS Word (Диаграмма), MS Excel, Corel Draw или MS PowerPoint.

Подписи к иллюстрациям. Печатаются на отдельной странице через 2 интервала с нумерацией арабскими цифрами соответственно номерам рисунков. В подписях к микрофотографиям надо указывать степень увеличения.

На полях и в тексте обозначаются места расположения рисунков и таблиц, с указанием номера рисунка или таблицы.

Список литературы должен быть оформлен в соответствии с “Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы”. Печатается отдельно, через 2 интервала, каждый источник с новой строки под порядковым номером. Все работы перечисляются в *порядке цитирования* (ссылок на них в тексте), а не по алфавиту. При упоминании отдельных фамилий авторов в тексте им должны предшествовать инициалы (фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции). В тексте статьи библиографические ссылки даются арабскими цифрами в квадратных скобках. В список литературы не рекомендуется включать диссертационные работы, так как ознакомление с ними затруднительно; если же это необходимо, используются авторефераты диссертаций.

Порядок составления списка следующий:

а) автор(ы) книги или статьи; б) название книги или статьи; в) выходные данные. При авторском коллективе до 4 человек включительно упоминаются все авторы (с инициалами после фамилий), при больших авторских коллективах упоминаются три первых автора и добавляется “и др.” (в иностранной литературе “et al.”). В некоторых случаях в качестве авторов книг выступают их редакторы или составители. После фамилии последнего из них в скобках следует ставить “ред.” (в иностранных ссылках “ed.”).

В библиографическом описании книги (после ее названия) приводятся город (где она издана), после двоеточия название издательства, после точки с запятой — год издания. Если ссылка дается на главу из книги, сначала упоминаются авторы и название главы, после точки — с заглавной буквы ставится “В”: (“In”:) и фамилия(и) автора(ов) или выступающего в его качестве редактора, затем название книги и выходные данные ее.

В библиографическом описании статьи из журнала (после ее названия) приводятся сокращенное название журнала и год издания (между ними знак препинания не ставится), затем после точки с запятой — номер отечественного журнала (для иностранных журналов номер тома, в скобках № журнала), после двоеточия помещаются цифры первой и последней (через тире) страниц.

Примеры оформления пристатейной литературы:

Книги и монографии

1. Волошин А.И., Субботин Ю.К. Болезнь и здоровье: две стороны приспособления. М.: Медицина; 1998.

2. Ringsven M.K., Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (N. Y.): Delmar Publishers; 1996. 234 с.

Глава в книге или монографии

1. Ноздрачев А.Д. Функциональная морфология сердечно-сосудистой системы. В: Чазов Е.И. (ред.) Болезни органов кровообращения. М: Медицина; 1997. 8-89.

2. Phillips S.Y., Whisnant Y.P. Hypertension and stroke. In: Laragh Y.H., Brenner B.M. (eds.) Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1996. 465-478.

Статья в журнале

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Орлова Я.А. и др. Магнитно-резонансная томография в оценке ремоделирования левого желудочка у больных с сердечной недостаточностью. Кардиология 1996; 4: 15-22.

2. Yu C.M., Anderson J.E., Shum I.O.L. et al. Diastolic dysfunction and natriuretic peptides in systolic heart failure. Eur Heart J 1996; 17: 1694-702.

3. Davis L, Angus R.M., Calverley M.A. Oral corticosteroids in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 1999; 354 (15): 456-460.

Патент

Пат. 2181297 РФ. Способ лечения патологического синдрома и лекарственное средство / Эпштейн О.И., Колядко Т.М., Штарк М.Б.; опубл. 20.06.2000.

Автореферат диссертации

При описании автореферата диссертации указываются в следующей последовательности: фамилия и инициалы автора, полное название автореферата. После двоеточия и слов “Автореф. дис.” сообщается, на соискание какой степени защищается диссертация и в какой области наук, место и год издания (через запятую):

Перельман, Ю.М. Эколого-функциональная характеристика дыхательной системы человека в норме и при хроническом бронхите: Автореф. дис. д-ра мед. наук, Хабаровск, 2000.

Научно-исследовательские проекты с участием людей должны соответствовать этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации “Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека” с поправками 2000 г. и “Правилами клинической практики в Российской Федерации”, утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266. Все лица, участвующие в исследовании, должны дать информированное согласие на участие в исследовании.

Научно-исследовательские проекты, требующие использования экспериментальных животных, должны выполняться с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинской декларации.

- Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять принятые работы.
- Рукописи, оформленные не по правилам, не рассматриваются.
- Авторский гонорар не выплачивается.
- Рукописи и диски авторам не возвращаются.
- Корректур авторам высылаются электронной почтой только в случае необходимости доработки. Статьи, направленные для доработки, должны быть возвращены в редакцию не позднее чем через 3 недели после получения. Возвращение в более поздние сроки меняет дату ее опубликования.
- Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или направленных в другой журнал, не допускается.

Статьи с дискетами направлять по адресу:
630089, г. Новосибирск, ул. Б. Богаткова, 175/1,
ГУ НИИ терапии СО РАМН, редакция журнала
“Атеросклероз” или по e-mail: office@iimed.ru