

УДК 616.33-008.44:616.89-008.441.12

С.Н. Зинченко, В.Г. Козачук, Л.В. Чурсина

Клинические и психологические аспекты нарушения пищевого поведения у подростков

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина
Киевская городская психоневрологическая больница № 2, г. Киев, Украина

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.7(79):125-129; doi 10.15574/SP.2016.79.125

Нервная анорексия и нервная булимия относятся к выраженным формам нарушений пищевого поведения у подростков, связаны с физиологическими и психологическими факторами, характеризуются искажением своего телесного образа «Я», страхом потери контроля над своим весом и питанием и проявлением тяжёлых соматических расстройств.

Ключевые слова: нервная анорексия, нервная булимия, подростки, физиологические и психологические факторы, искажение телесного образа «Я», соматические расстройства.

Подростковый возраст, с точки зрения психологии и патологии развития, является переходным периодом между детством и взрослостью. Этот период имеет свои физиологические и психологические особенности, которые влияют на дальнейшее развитие и существование взрослого человека.

Физиологические особенности подросткового возраста характеризуются, прежде всего, гормональной перестройкой систем и органов, половым созреванием, появлением вторичных половых признаков, изменением пропорций тела.

Со стороны **психики** отмечаются повышенная эмоциональная неустойчивость, колебания настроения. Для этого периода развития характерны изменения идентификации своего «образа Я», как личностного, так и телесного. В подростковом возрасте совершенствуется мотивация поведения, как в биологическом ракурсе (контроль над изменениями своего тела, ощущение голода, жажды), так и в социально-психологическом плане. Поведение подростка пополняется социальными мотивами: стремление к контакту со сверстниками, «удаление» от семьи, стремление к престижу и признанию, независимости, знаниям и т.д.

Факторами, влияющими на развитие социальной мотивации, является процесс воспитания, требования к подростку и примеры со стороны семьи и окружения, их изменения по отношению к подростку [4].

Промежуточное положение подростка (между детством и взрослостью) обуславливает возникновение как биологических проблем, связанных с физическим созреванием, так и возрастающих требований в социальном плане. Эти два параметра развития в подростковом возрасте тесно взаимосвязаны: физические изменения приводят к пересмотру своего поведения и установок, возникновению конфликтов с окружающей средой и кризисом идентичности.

Идентичность — это ощущение себя самостоятельным, самодостаточным, отличным от других индивидом в личностном, социальном, телесном плане.

Достижение идентичности своего «Я» предполагает восприятие себя самостоятельной личностью, чувство собственной индивидуальности и целостности, переживание единства своего «Я».

Развитие идентичности начинается с периода младенчества и продолжается всю жизнь. Подростковый возраст —

это этап наибольшей интенсивной потребности в самоидентификации, как личностной, так и телесной.

Этот этап развития отмечен кризисным состоянием в различных системах биологического и психологического направления, прежде всего кризисом идентичности [5].

Суммируя вышесказанное, можно отметить, что центральными потребностями подростка в психосоциальном развитии являются:

- достижение автономии от родителей и семьи;
- установление дружеских связей со сверстниками;
- формирование идентичности;
- развитие навыков нравственного порядка.

Пищевое поведение — это ценностное отношение к пище и её приёму, стереотип потребления пищи в ежедневных условиях жизни или в состоянии стресса, ориентация на внешний вид своего тела и активная деятельность ради формирования своего «образа тела» [1].

У подростков с нарушением пищевого поведения наблюдается несформированная идентичность: неспособность ощутить себя самостоятельным, отличным от других человеком, ставящим для себя цели и достигающим их. При этом подросток воспринимает своё тело крайне искажённо: с излишним весом — худым, маловесным; с недостаточным весом — излишне толстым, «жирным».

Образ телесного «Я» превращается в деструктивного тирана, что обрекает подростка на провал формирования его других потребностей (самостоятельность, независимость, удаление от общения с семьёй и т. д.) и пагубно отражается на формировании личностного «Я».

Таким образом, в подростковом возрасте пищевое поведение приобретает ещё большую личностную значимость. Подростки устанавливают мотивы и ценности, ориентированные на свой внешний облик.

В подростковом возрасте рассматривают такие основные формы нарушений пищевого поведения: **нервная анорексия и нервная булимия**.

Эти расстройства относятся по МКБ-10 к разделу «Поведенческие синдромы, связанные с физическими нарушениями и физическими факторами» и рубрике «Расстройства приёма пищи» — F 50.

Эти расстройства наблюдаются у девочек и мальчиков в соотношении 10:1.

Механизмы возникновения нарушений пищевого поведения (курс и пути развития) у подростков связаны с различными факторами:

- генетические факторы (гормональная гипофизарная недостаточность);
- семейные влияния;
- диетические мероприятия, направленные на изменения своего веса;
- социо-культурные воздействия;
- особенности личностного реагирования на свой собственный вес и формы своего тела;
- уязвимость в отношении ограничений либо навязывания подросткам пищи со стороны семьи и окружающих.

Нервная анорексия (МКБ-10 — F 50.0) предполагает, как минимум, 15%-ную потерю веса тела, вызванную очищением и добровольным ограничением себя в пище, а также активное стремление похудеть.

Критерии диагностики нервной анорексии согласно МКБ-10:

- 1) вес тела на 15% ниже нормы;
- 2) потеря веса вызывается самим пациентом;
- 3) нарушение схемы тела и его пропорций;
- 4) сверхценная идея своей непомерной толщины;
- 5) вторичные эндокринные нарушения со стороны гипофизарно-гипоталамической и гонадной систем;
- 6) вторичные изменения в пищеварительной функциональной системе вплоть до появления органических нарушений, не совместимых с жизнью.

Нервная анорексия относится к расстройствам психики, но в запущенных случаях может привести к необратимым нарушениям со стороны соматической сферы и преждевременной смерти подростка.

Клиника нервной анорексии

Начальными признаками заболевания могут быть такие:

- отказ от приёма высококалорийной пищи;
- исключение из рациона питания мяса, молока, масла, фруктов, рыбы;
- ограничение себя в количестве пищи, вплоть до минимального ее употребления.

Например, в течение суток съедают одну морковку и выпивают стакан воды, затем производят утомительные длительные физические упражнения, чтобы «согнать лишний вес». Предпочитают делать школьные задания стоя, чтобы не накапливались жировые отложения на животе. Мальчики и девочки предпочитают длительные прогулки или бег на длинные дистанции до 5 км, пока их физическое состояние позволяет реализовывать эти процедуры.

Чаще всего пациенты при опросе врача с эмоциональным подъёмом рассказывают о своём полноценном питании в течение дня. Однако если сравнить эти рассказы с описанием их «пищевого дня» родственниками, то оказывается, что это «блеф». И врачу стоит призадуматься, что это не просто «недоедание» по причине приобретения, например, модной модельной внешности, а начало болезненного состояния.

Такое пищевое поведение и питание подростки объясняют их знакомством с различными теориями о полноценном питании и здоровом образе жизни, которое они вычитали в популярной или специальной литературе. Но эти теории не имеют никакого сходства с пищевым поведением данного пациента, потому что в основе лежит идея о своей непомерной полноте с искажением образа своего тела.

Как бы провоцируя родственников поверить в их полноценное питание, эти подростки начинают готовить пищу и стараются их накормить. Сами при этом не едят со

всеми, объясняя это тем, что уже всего попробовали и сыты. Такое поведение имеет сходство с ритуальными действиями избирательного характера.

В ряде случаев пусковым моментом для начала заболевания может стать нечаянно оброненная кем-то фраза о внешнем облике подростка.

К примеру, девочка 14 лет после летних каникул в школе от подруги услышала фразу «Ты очень хорошо выглядишь, так и растолстеть недолго». После этого она начала активно ограничивать себя в пище — количестве и рационе, и через 8 месяцев при росте 168 см имела вес 38 килограммов.

Согласно DSM-4 различают два типа нервной анорексии, в зависимости от средств и способов достижения желаемой худобы, хотя предела этому нет, и пациент её не признаёт:

- *ограничительный тип*, при котором пациент начинает активно ограничивать себя в еде, доходя до полного отказа употреблять пищу;
- *очистительный тип*, при котором происходит чередование особой диеты или переедания — «обжорства» — с целью искусственного вызывания обильной рвоты, очищение при помощи слабительных или клизм.

Нервная анорексия, как известно, относится к расстройствам психики. Впервые обнаруживается педиатром или семейным врачом, но диагностируется психиатром и лечится им же в условиях специализированной лечебницы.

Нервная анорексия, с точки зрения нарушений психического развития подростка, в своём формировании проходит несколько этапов:

1. *Начальный этап*, при котором проявляются первые признаки заболевания, его предвестники (заинтересованность в диете, стремление к некоторому ограничению и избирательности в питании, пристальное внимание к своему внешнему облику, телу и его пропорциям).

2. *Синдром дисморфофобии*, при котором у подростка возникает и стабилизируется страх перед «уродством своего образа тела из-за чрезмерной полноты», но его иногда можно на непродолжительное время убедить в обратном.

3. *Синдром дисморфомании*, при котором имеет место сверхценная идея о своей непомерной полноте, не поддающаяся переубеждению, и подросток упорно продолжает свою линию извращённого пищевого поведения до полного отказа от пищи, что может привести к смерти [2].

Физическое развитие подростка нарушается на каждом этапе формирования нервной анорексии.

В начале заболевания преобладают жалобы подростка: отсутствие аппетита, невкусная и очень калорийная пища, тяжесть в животе, тошнота, запоры.

Это заставляет родителей обратиться с подростком к врачу и принять его советы по питанию и лечению. При отсутствии результатов подростка помещают, по возможности, в гастроэнтерологическое отделение, где обнаруживают расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, низкий вес, дисменорею у девочек.

Пристальное внимание персонала к такому подростку может обнаружить некоторые особенности его поведения в целом и пищевого поведения в частности. Подросток на начальном этапе нервной анорексии демонстрирует явное упрямство при попытке контролировать его питание, конфликтует с персоналом, отказывается от многих блюд, мотивируя это неприятным вкусом или некачественным приготовлением блюд.

Однако и принесенные из дома привычные для него блюда не ест, кроме соков или фруктов. Некоторые подростки, напротив, ведут себя тихо и крайне вежливо, но

едят также мало и избирательно. Часто отдают свои порции окружающим детям или вовсе незаметно выбрасывают еду.

К примеру, одна девочка 13 лет с начальными признаками развития нервной анорексии складывала всю еду в свою прикроватную тумбочку, обнаружили это в связи с появлением неприятного запаха гниющих продуктов.

Различные ухищрения по избавлению от еды такие подростки проделывают и в домашних условиях. При этом они любят говорить о диетах, читая целые лекции родственникам. Если вовремя не обратить внимания на странности поведения подростка в отношении питания и отнестись это всё к преходящим подростковым особенностям, то болезнь перейдёт на следующий этап.

На этапе *дисморфофобии* у подростка выявляются необъяснимые страхи по поводу своего «уродливого облика» из-за своей непомерной толщины и изменённых пропорций тела. Особенно его тревожит, как он выглядит в глазах окружающих людей и своих сверстников [3].

Эти навязчивые страхи диктуют подростку и линию его пищевого поведения: открытый отказ от многих пищевых продуктов, потребление минимального количества пищи, постоянное взвешивание своего тела после еды, тревожность и пониженное настроение, конфликтное отношение к попытке окружающих вмешаться в их питание.

Со стороны физического развития отмечается резкое похудание, полное отсутствие аппетита и страх при его малом проявлении, выраженные патологические изменения со стороны пищеварительного тракта и обменных процессов.

Помощь подросткам на этом этапе болезни обязательно должна проводиться совместными усилиями педиатра, медицинского психолога и детского психиатра, родителями.

Этап *дисморфомании*, как уже сказано выше, характеризуется болезненным развитием сверхценной идеи у подростка о своей непомерной полноте и уродстве своего тела. Пациент не воспринимает истинное состояние своего тела и своей непомерной худобы. Эта сверхценная идея заставляет его продолжать голодание, не поддаётся переубеждению, нарастает агрессия при попытке насильно накормить, появляются способы «выбросить из тела» пищу (рвота после еды, выплёвывание пищевых масс при насильственном кормлении).

Физическое состояние резко ухудшается, появляется слабость, трудность в передвижении без посторонней помощи. Во внешнем облике подростка обнаруживается кахексия, органические изменения в пищеварительной системе, патологические изменения со стороны других органов и систем. И, тем не менее, подросток продолжает активно бороться за свой «образ тела».

Когнитивная (познавательная) система сохраняет свои возможности. К примеру, девушка 17 лет сдавала экзамены в выпускном классе на высшие баллы. При этом при росте 165 см она весила 32 кг и имела все признаки кахексии как следствие «нелечённой» нервной анорексии. На экзамены её привозили родители, так как из-за своего физического состояния и слабости она не могла уже самостоятельно передвигаться. К сожалению, из-за упущенных сроков и методов лечения нервной анорексии эта пациентка через три месяца после сдачи экзаменов умерла.

Лечение нервной анорексии, начиная со второго и, тем более, на третьем этапе болезни, требует обязательного принудительного питания, что возможно только в стационаре психиатрического профиля. Методы лечения должны быть сочетанными и направленными на снятие психопатологических симптомов, психологического переориентирования личностных потребностей подростка, лечение

соматических расстройств со стороны пищеварительной и других физиологических систем организма.

Таким образом, оказание помощи подростку с нервной анорексией должно проводиться в сотрудничестве педиатра, психиатра и медицинского психолога.

Курсу развития нервной анорексии способствуют и часто его определяют различные специфические факторы психологической направленности:

- *внутриличностный фактор*: физиологические изменения приводят к коренной реорганизации тела, которое ведёт к озабоченности своим телом и реакцией на него окружающих; кажущееся искажение своего тела приводит к стремлению его исправить, не осознавая, насколько худым оно является на самом деле;
- *характерные черты личности*: ригидность психики и склонность к конформизму, социальная неприспособленность, слабость в установлении контактов со сверстниками, склонность к навязчивым состояниям и субдепрессивным реакциям;
- *когнитивная сфера*: стремление к персонализации своего «Я», негативное суждение о себе;
- *межличностный фактор*: отсутствие чётких отношений в семье и неправильное распределение ролей между членами семьи, гиперопека со стороны семьи при наличии патологического сопротивления переменам в семье и окружении, неразрешимость личностных конфликтов подростка, озабоченность своим внешним видом и диетой;
- *отношения со сверстниками*: ограничены с детства, в подростковом возрасте не умеют найти друзей и партнёров, общие дела и увлечения;
- *внеличностный фактор*: мода на худобу и модельную внешность [1].

Таким образом, появлению и дальнейшему развитию болезненного состояния психики подростка в форме нервной анорексии способствуют как физиологические, так и социо-психологические факторы. Последние имеют свою специфику и зачастую являются первопричиной появления данного болезненного состояния, доходящего до психотического уровня вследствие появления сверхценных идей.

Нервная булимия (МКБ-10 — F50.2) — это болезненное расстройство психики и физиологических функций всего организма, которое характеризуется повторяющимися приступами переедания и «обжорства», чрезмерной озабоченностью контролем над весом своего тела, что приводит пациента к мерам по нивелированию влияния пищи на полноту тела [5].

Нервную булимию, как болезненное состояние, следует отличать от обычного переедания, при котором отсутствует страх потерять контроль над приёмом пищи и своим весом.

Критерии диагностики нервной булимии согласно МКБ-10:

- 1) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище, сопровождающаяся приступами обжорства;
- 2) потеря возможности контроля над приёмом пищи, её количеством;
- 3) попытки противодействия со стороны большого эффекта ожирения различными способами и средствами;
- 4) болезненный страх ожирения, который не приводит к нормальному контролю приёма большого количества пищи;
- 5) вторичные физиологические изменения со стороны различных органов и систем организма, нарушения обмена веществ.

Средства и способы избавления от лишнего веса и избыточного приёма пищи:

— *очистительный тип* — использование рвоты, слабительных и мочегонных средств для избавления от лишнего веса, который физиологически наиболее опасен, так как приводит к нарушениям функций пищеварительного тракта, нарушениям сердечного ритма и может вызвать внезапную смерть;

— *неочистительный тип* — голодание, различные диеты, чрезмерное увлечение физическими упражнениями.

Клиника нервной булимии и курс её развития [3]

Начало болезни характеризуется появлением пищевых атак, при которых пациент принимает большое количество пищи, обычно легко усвояемой и не требующей приготовления. Затем появляется потеря контроля над количеством и составом принятой пищи.

Первые пищевые атаки могут быть связаны со стрессовыми ситуациями или чрезмерной занятостью и проходят незаметно для индивида.

В последующем пищевые атаки становятся привычными: пациент съедает огромное количество разнообразной пищи не зависимо от фактического ощущения голода. Потребление такого количества пищи может привести к появлению дискомфорта или даже болевых ощущений по ходу пищеварительного тракта. Приступ обжорства обычно заканчивается появлением рвоты вследствие переполнения желудка.

За этим следуют «очистительные мероприятия» со стороны пациента: очистительные клизмы, приём слабительных, искусственно вызванная рвота.

На следующем этапе появляется тревога потери контроля над приёмом пищи и ожирением. Однако при этом избыточный приём пищи становится стабильным, и ожирение нарастает. Обнаруживается постоянное стремление к еде, даже при ощущении сытости, попытки противостоять ожирению различными способами. Появляется навязчивый страх ожирения, который оформляется в психопатологический синдром — *дисморфофобии*.

В дальнейшем происходит смена иерархии мотивов и ценностей, при этом переедание продолжается, и формируется следующий, более тяжёлый, психопатологический синдром психотического уровня — *сверхценная идея своего образа тела — дисморфомания* [3].

Курсу развития нервной булимии способствуют специфические для неё психологические факторы [1]:

- *внутриличностный конфликт* — стремление к совершенству и самоутверждению, потребность в одобрении и низкая самооценка, фиксация на пищевом поведении;
- *межличностный фактор* — отношения со сверстниками и их инициирование булимического поведения, обучение приёмам избавления от лишнего веса;
- *семейные влияния* — семейная дисгармония в системе отношений родители — ребёнок вплоть до конфликтных ситуаций;
- *внеличностный фактор* — социальные влияния с акцентом на стереотипы и внешнюю привлекательность, оценка основана на образе тела и обусловлена мнением окружающих.

Диагностика нервной булимии и лечение находится в компетенции, прежде всего, психиатра, особенно на этапе проявления психопатологических расстройств. Необходимым условием успешного преодоления булимии является тесное содружество педиатра, семейного врача, психиатра, медицинского психолога и родителей.

В запущенных случаях болезни необходимо лечение в специализированных стационарах.

При нервной анорексии и нервной булимии на разных этапах болезни имеют место нарушения со стороны внутренних органов и обмена веществ:

- изменяется внешний вид — нарушение веса и пропорций тела;
- появляются нарушения кожи и её придатков;
- выраженный кариес;
- набухание слюнных желёз;
- эндокринные расстройства — нарушения гипофизарно-надпочечниковой системы и функции щитовидной железы, аменорея;
- нарушения в пищеварительной системе — привычные запоры, периодически тошнота и рвота, отсутствие ощущения голода и сытости, боли в эпигастриальной области и по ходу кишечника, а с течением времени наступают органические нарушения пищеварительного тракта;
- лабораторные данные — изменение формулы крови (лейкопения, анемия), нарушение электролитного баланса, изменение липидного обмена и затем всех видов обмена, снижение общего белка и альбуминов.

Следует отметить, что нервная анорексия может перемежаться с атаками нервной булимии у старших подростков и взрослых при наличии продолжительной фрустрирующей ситуации либо хронической стрессовой ситуации.

Заключение

Нервная анорексия и нервная булимия относятся к разряду психических заболеваний и требуют своевременного вмешательства психиатра совместно с педиатром, медицинским психологом и родителями.

В клинико-психологической картине и курсе развития данных заболеваний просматривается некая общность: стремление к приобретению значимого образа тела для данного индивида, потеря контроля над своим пищевым поведением, сходство способов и средств достижения пищевой потребности (очищение, ограничение), общность факторов влияния на формирование расстройств пищевого поведения и особенности личностного реагирования на ситуацию и свой образ телесного «Я».

ЛИТЕРАТУРА

1. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Венар Ч., Кериг П. — Санкт-Петербург : ПраймЕврознак, 2007. — С. 670.
2. Детская психоневрология / под ред. проф. Л. А. Булаховой. — Киев: Здоров'я, 2001. — С. 496.
3. Зінченко С. М. Медична психологія / С. М. Зінченко. — Київ: КІСКЗ, 2009. — С. 341.
4. Нора Ньюкомб Развитие личности ребёнка / Нора Ньюкомб. — 8-е изд. — Санкт-Петербург : Питер, 2003. — С. 640.
5. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия / Х. Ремшмидт. — Москва : Эксмо-Прайс, 2001. — С. 624.

Клінічні й психологічні аспекти порушення харчової поведінки у підлітків**С.М. Зінченко, В.Г. Козачук, Л.В. Чурсіна**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупіка, м. Київ, Україна

Київська міська психоневрологічна лікарня № 2, м. Київ, Україна

Нервова анорексія та нервова булімія належать до виразних форм порушень харчової поведінки, пов'язані з фізіологічними та психологічними факторами і характеризуються спотворенням свого тілесного образу «Я», страхом втрати контролю над своєю вагою та важкими порушеннями соматичного стану.

Ключові слова: нервова анорексія, нервова булімія, підлітки, фізіологічні та психологічні чинники, спотворення тілесного образу «Я», соматичні розлади.

Clinical and psychological aspects eating disorders of adolescents**S.M. Zinchenko, V.G. Kozachuk, L.V. Chursina**

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

City psychoneurological hospital №2, Kiev, Ukraine

Anorexia nervosa and bulimia nervosa are distinct forms of eating disorders of adolescents which are associated with physiological and psychological factors, characterized by a distortion of the self body image, the fear of losing control over their own weight and nutrition and manifestation of severe somatic disorders.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescents, physiological and psychological factors, distortion of the self body image, somatic disorders.

Сведения об авторах:

Зинченко Светлана Николаевна — к.мед.н., проф. психологии, детский психиатр НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30; тел. 541-02-60.
Козачук Валентина Григорьевна — канд. мед. н., доц. каф. педиатрии №2 Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30. Тел. (044) 412-16-70.
Чурсина Людмила Викторовна — детский психиатр высшей категории, зав. отделением Киевской городской психоневрологической больницы №2. Адрес: г. Киев, ул. Миропольская, 8; тел. (044) 517-28-17.
Статья поступила в редакцию 29.10.2016 г.

НОВОСТИ**Порошок искусственной крови возможно будет использовать при экстренных переливаниях**

Ученые вплотную приблизились к созданию крови, которую службы скорой помощи смогут использовать в критических ситуациях.

В Школе медицины Вашингтонского университета (Washington University School of Medicine) изготовили порошок, который можно превратить в жидкую кровь, всего лишь добавив к нему стерильную воду — и получившаяся субстанция будет работать до 12 часов подряд, разнося кислород по тканям пациента.

Аллан Доктор (Allan Doctor), специалист по реанимации и интенсивной терапии, рассказал, что порошок искусственной крови, внешне похожий на паприку, можно хранить в контейнере для крови и использовать в любой необходимый для этого момент в течение года после производства. Ученые работают над созданием искусственной крови уже много лет, но только сейчас им удалось создать вещество на основе очищенного

гемоглобина, которое действительно может доставлять кислород по организму пациента.

Разработка исследователей из Вашингтонского университета имеет свои минусы — так, она недостаточно стабильна для того, чтобы полностью заменить ей всю кровь больного (впрочем, эксперименты на мышах показали, что возможно перелить животному до 70% искусственной крови), а также не способна участвовать в работе иммунной системы. Все, что может искусственная кровь — это переносить кислород, но во многих случаях этого может быть достаточно, по крайней мере, на первых порах. По статистике, до 70% смертей на поле боя происходят из-за кровотечения, и более 20 тысяч человек в США ежегодно умирают от кровопотери. Искусственная кровь может также применяться для транспортировки к реципиенту донорских органов и как запасной вариант при сложных комплексных операциях — например, на открытом сердце.

Источник: med-expert.com.ua

Правила подачи и оформления статей

Авторская статья направляется в редакцию по электронной почте в формате MS Word с приложением сканированных копий официального направления и первой (титульной) страницы статьи с подписью всех авторов статьи в формате Adobe Acrobat (*.pdf). Печатный экземпляр рукописи, подписанный автором (ами), и оригинал официального направления высылаются по почте на адрес редакции.

Текст статьи принимается на украинском, русском или английском языках.

Структура материала: введение (состояние проблемы по данным литературы не более 5–7-летней давности); цель, основные задания и методы исследования; основная часть (освещение статистически обработанных результатов исследования); выводы; перспективы дальнейших исследований в данном направлении; список литературы (два варианта), рефераты на русском, украинском и английском языках. Объем реферата не должен превышать 200–250 слов. Обязательно указываются ключевые слова (от 3 до 8 слов) в порядке значимости, способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах.

Реферат является независимым от статьи источником информации, кратким и последовательным изложением материала публикации по основным разделам. Он будет опубликован отдельно от основного текста статьи и должен быть понятным без самой публикации.

Реферат к оригинальной статье должен быть структурированным: а) цель исследования; б) материал и методы; в) результаты; г) заключение; д) ключевые слова. Все разделы в резюме должны быть выделены в тексте жирным шрифтом. Для остальных статей (обзор, лекции, обмен опытом и др.) реферат должен включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.

На первой странице указываются: индекс УДК слева, инициалы и фамилии авторов, название статьи, название учреждения, где работают авторы, город, страна.

Количество иллюстраций (рисунки, схемы, диаграммы) должно быть минимальным. Иллюстрации (диаграммы, графики, схемы) строятся в программах Word или Excel, фотографии должны быть сохранены в одном из следующих форматов: PDF, TIFF, PSD, EPS, AI, CDR, QXD, INDD, JPG (150–600 dpi). Таблицы и рисунки помещают в текст статьи сразу после первого упоминания. В подписи к рисунку приводят его название, расшифровывают все условные обозначения (цифры, буквы, кривые и т.д.). Таблицы должны быть компактными, пронумерованными, иметь название. Номера таблиц, их заголовки и цифровые данные, обработанные статистически, должны точно отвечать приведенным в тексте.

Ссылки на литературные источники в тексте обозначаются цифрами в квадратных скобках, должны отвечать нумерации в списке литературы.

Необходимо подавать два варианта списка литературы.

Первый вариант. Список литературы подается сразу же за текстом и оформляется в соответствии с ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, используемым в диссертационных работах. Авторы упоминаются по алфавиту — сначала работы отечественных авторов, а также иностранных, опубликованные на русском или украинском языках, далее — иностранных авторов, а также отечественных, опубликованные на иностранных языках. Все источники должны быть пронумерованы и иметь не более 5–7-летнюю давность.

Пример оформления:

Бадалян Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян — М. : МЕДпресс-информ, 2010. — 608 с.

Волосянко А. Б. Ефективність корекції ендотеліальної дисфункції в дітей із мікроаномаліями розвитку серця інгібіторами ангіотензин конверту вального фактору / А. Б. Волосянко, О. Б. Синоверська, Л. Я. Литвинець // Буковинський мед. вісн. — 2007. — Т. 11, № 2. — С. 23–27.

Дедов И. И. Руководство по детской эндокринологии / И. И. Дедов, В. А. Петеркова — М. : Универсум Паблшинг, 2006. — 595 с.

Референтные значения тиреотропного гормона и распространенность субклинических нарушений функции щитовидной железы у подростков в регионе легкого йодного дефицита / А. В. Киев, Л. И. Савельев, Л. Ю. Герасимова [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2008. — № 4 (54). — С. 14–17.

Второй вариант необходим для анализа статьи в международных наукометрических базах данных, он полностью повторяет первый, но источники на украинском и русском языках **ПЕРЕВОДЯТСЯ!** на английский язык. Нельзя использовать предусмотренные ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 знаки разделения: // и.

Пример оформления:

Для статей: Фамилии авторов и название журнала подаются в транслитерации латиницей, название статьи — на английском языке.

Author AA, Author BB, Author CC. (2005). Title of article. Title of Journal. 10(2); 3: 49–53.

Kaplin VV, Uglav SR, Bulaev OF, Goncharov VJ, Voronin AA, Piestrup MA.

2002. Tunable, monochromatic x rays using the internal beam of a betatron. Applied Physics Letters. 18(80); 3: 3427–3429.

Kulikov VA, Sannikov DV, Vavilov VP. 1998. Use of the acoustic method of free oscillations for diagnostics of reinforced concrete foundations of contact networks. Defektoskopiya. 7: 40–49.

Levey A, Glickstein JS, Kleinman CS et al. 2010. The Impact of Prenatal Diagnosis of Complex Congenital Heart Disease on Neonatal Outcomes. Pediatr Cardiol. 31(5): 587–597.

Сокращения в тексте слов, имен, терминов (кроме общеизвестных) не допускаются. Аббревиатура расшифровывается после первого упоминания и остается неизменной по всему тексту.

Статья заканчивается сведениями об авторах. Указываются фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность в учреждении/учреждениях, рабочий адрес с почтовым индексом, рабочий телефон и адрес электронной почты всех авторов; идентификатор ORCID (<https://orcid.org/register>). Сокращения не допускаются. Автор, ответственный за связь с редакцией, указывает свой мобильный/контактный номер телефона. Если автор работает в нескольких организациях, указываются данные по всем организациям.

Печатный вариант статьи сопровождается официальным направлением от учреждения, в котором была выполнена работа, с визой руководства (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, и экспертным заключением о возможности публикации в открытой печати. На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов и информация о процентном вкладе в работу каждого из авторов.

Ответственность за достоверность и оригинальность поданных материалов (фактов, цитат, фамилий, имен, результатов исследований и т.д.) несут авторы.

Редакция обеспечивает рецензирование статей, выполняет специальное и литературное редактирование, оставляет за собой право сокращать объем статей. Отказ авторам в публикации статьи может осуществляться без объяснения его причин и не считается негативным заключением относительно научной и практической значимости работы.

Статьи, оформленные без соблюдения правил, не рассматриваются и не возвращаются авторам.

Редколлегия



ІНСПІРОН®

Діюча речовина: фенспірид.

1) Інспірон®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг: 1 таблетка містить фенспіриду гідрохлориду, у перерахуванні на 100% речовину, 80 мг.

2) Інспірон®, сироп, 2 мг/мл: 1 мл сиропу містить фенспіриду гідрохлориду у перерахуванні на суху речовину 2 мг.

3) Інспірон®, сироп, 4 мг/мл: 1 мл лікарського засобу містить фенспіриду гідрохлориду у перерахуванні на суху речовину 4 мг.

Фармакотерапевтична група. Засоби, що діють на респіраторну систему. Інші засоби для системного застосування при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів. Код АТС R03D X03.

Клінічні характеристики.

Показання.

- Лікування гострих та хронічних запальних процесів ЛОР-органів та дихальних шляхів, хронічні обструктивні захворювання легень, у складі комплексної терапії бронхіальної астми.
- Сезонний та цілорічний алергічний риніт та інші прояви алергії з боку респіраторної системи та ЛОР-органів.
- Респіраторні прояви кору, грипу.
- Симптоматичне лікування коклюшу.

Протипоказання.

Підвищена чутливість до фенспіриду гідрохлориду та/або до інших компонентів препарату.

Побічні реакції.

Помірна синусова тахікардія, розлади травлення, нудота, біль у шлунку, діарея, блювання, еритема, висип, кропив'янка, свербіж, сонливість, астенія та ін.

Фармакологічні властивості.

Проявляє антибронхоконстрикторні та протизапальні властивості, зумовлені взаємодією кількох взаємопов'язаних механізмів:

- блокує H1-гістамінові рецептори та чинить спазмолітичну дію на гладку мускулатуру бронхів;
- чинить протизапальну дію;
- інгібує α 1-адренорецептори, які стимулюють секрецію в'язкого слизу.

Дітям препарат застосовують тільки з 2-х років і у вигляді сиропу.

¹ на підставі Інструкцій для медичного застосування лікарських засобів Інспірон®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; Інспірон®, сироп, 2 мг/мл та 4 мг/мл.

² дітям препарат застосовують тільки у вигляді сиропу.

³ Перший зареєстрований генеричний препарат фенспіриду в Україні.

Інформацію наведено в скороченому вигляді, повна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування лікарських засобів Інспірон®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; Інспірон®, сироп, 2 мг/мл та 4 мг/мл. Міжнародна непатентована назва: Fenpropriid.

Виробники: ПАТ «Київмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Сакаганського, 139); ПАТ «Галичфарм» (79024, Україна, м. Львів, вул. Опришківська, 6/8).

Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 02.11.2016 р.

Р. П.: № UA/11435/01/01 від 16.03.16 до 16.03.21;
№ UA/9322/01/01 від 10.07.14 до 10.07.19;
№ UA/9322/01/02 від 15.05.15 до 15.05.20.



Інспірон® – перший генеричний фенспірид в Україні*

- цілеспрямована комплексна протизапальна дія по відношенню до дихальних шляхів¹
- дозволене застосування у дітей з 2-х років²

ВІДПУСКАЄТЬСЯ ЗА РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ. Інформація виключно для медичних і фармацевтичних працівників. Для використання у професійній діяльності.

До складу Корпорації «Артеріум» входять ПАТ «Київмедпрепарат» і ПАТ «Галичфарм».

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей
ARTERIUM

Препарат можна призначати дітям

ВІД 2-Х МІСЯЦІВ

Турбота з упевненістю



Panadol

Призначення рекомендованої*
ДОЗИ ПАРАЦЕТАМОЛУ - ПЕРШИЙ КРОК
на шляху ефективного і повноцінного лікування^{1,2}

Панадол® Бебі

- Містить парацетамол для швидкого полегшення лихоманки та болю у дітей³⁻⁵
- Профіль безпеки парацетамолу добре вивчений^{6*} та підходить навіть для дітей віком від 2-х місяців
- Препарат також рекомендований для лікування поствакцинальної гіпертермії у немовлят віком 2-3 місяців

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ,
А ТАКОЖ ДЛЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ В РАМКАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЗАХОДІВ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ.

*Згідно з інструкцією для медичного застосування (разова доза парацетамолу становить 10-15 мг/кг маси тіла). З повною інформацією про препарат Ви можете ознайомитись в інструкції для медичного застосування Панадол® Бебі.

Література: 1. A.R. Temple, та ін. Спосіб застосування та жарознижувальна ефективність перорального ацетамінофену для дітей. Clin Ther 2013; 35: 1361-1375. 2. Maurizio de Martino et al. Pain Ther. 2015 Dec; 4(2): 149-168. 3. Autret-Leca E, Gibb IA, Goulder MA. Curr Med Res 2007;9:2205-11. 4. Walson PD, Galletta G, Chomilo F та ін. Порівняння ефективності ібупрофену та ацетамінофену для лікування лихоманки у дітей. Am J Dis Child 1992;146:626-32. 5. Schachtel BP, Thoden W. Clin Pharmacol Ther 1993;53:593-601. 6. WHO. Pocket Book for hospital care of children 2013. At: www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546700. Accessed November 2015.

ПАНАДОЛ® БЕБІ, суспензія оральна, 120мг/5мл. Р.П. МОЗ України №UA/2562/02/01 від 06.11.2014. Імпортёр та уповноважена організація в Україні: ТОВ «ГлаксоСмітКлайн Хелскер Юкрейн Т.О.В.», Україна. Адреса: 02152 м. Київ, проспект Павла Тичини, 1-В. Повідомити про небажане явище чи скаргу на якість продукту Ви можете в ТОВ «ГлаксоСмітКлайн Хелскер Юкрейн Т.О.В.» за тел. (044) 585-51-85 або на e-mail: oax70065@gsk.com. Інформаційний матеріал № CHUKR/CHPAN/0005/16. Дата виготовлення: жовтень 2016 р.

