

УДК 616.831-009.11-053.2-07-036.82-085.821./825:615.814.1

B.B. Абраменко

Комплексна реабілітація дітей, хворих на церебральний параліч, із застосуванням скальп-акупунктури

ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України», м. Київ

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.3(83):132-137; doi 10.15574/SP.2017.83.132

Мета — дослідження комплексної реабілітації дітей зі спастичними формами дитячого церебрального паралічу на основі вивчення ефективності застосування скальп-акупунктури.

Пациєнти і методи. Спостерігалось 210 дітей: 1-а група (основна) отримувала скальп-акупунктуру з одночасним проведенням пасивно-активної лікувальної фізкультури (кінесотерапії) і масажу; 2-а група (порівняння) кінесотерапію, масаж і скальп-акупунктуру одержувала окремими процедурами; 3-я група (порівняння) лікувалась без застосування голкорефлексотерапії.

Результати. Основна група, за різницю результатів у руховій сфері до та після лікування статистично достовірно переважає групи порівняння ($p \leq 0,05$).

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, спастична форма, центральна нервова система, нейропластичність.

Comprehensive rehabilitation of children with cerebral palsy by means of the scalp acupuncture

V.V. Abramenko

SEI «Ukrainian medical rehabilitation center for children with organic injury of nervous system» of Health Ministry of Ukraine, Kyiv

Aim. Investigation of complex rehabilitation of children with spastic forms of cerebral palsy on the basis of the study of the scalp acupuncture efficacy.

Materials and methods. There were treated 210 children in total who were divided into three groups: the children of the 1st group (the main group) received a scalp acupuncture with simultaneous passive-active therapeutic exercises (kinesitherapy) and massage; in the 2nd group (the comparison group) kinesitherapy, massage and scalp acupuncture were given by separate procedures; and the 3rd group (the group of comparison) was treated without acupuncture.

Results. The main group, according to the difference in the results of the motor sphere before and after treatment, statistically significantly prevails over the comparison groups ($p \leq 0,05$).

Key words: cerebral palsy, spastic cerebral palsy, risk factor, the central nervous system, central nervous system, neuroplasticity.

Комплексная реабилитация детей, больных церебральным параличом, с использованием скальп-акупунктуры

B.B. Абраменко

ГУ «Украинский медицинский центр реабилитации детей с органическим поражением нервной системы» МЗ Украины, г. Киев

Цель — исследование комплексной реабилитации детей со спастическими формами детского церебрального паралича на основе изучения эффективности применения скальп-акупунктуры.

Пациенты и методы. Наблюдались 210 детей: 1-я группа (основная) получала скальп-акупунктуру с одновременным проведением пассивно-активной лечебной физкультуры (кинесотерапии) и массажа; 2-я группа (сравнения) кинесотерапию, массаж и скальп-акупунктуру получала отдельными процедурами; 3-я группа (сравнения) лечилась без применения иглорефлексотерапии.

Результаты. Основная группа по разнице результатов в двигательной сфере до и после лечения статистически достоверно преобладает над группами сравнения ($p \leq 0,05$).

Ключевые слова: детский церебральный паралич, спастическая форма, центральная нервная система, нейропластичность.

Вступ

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів з діагностики, лікування та профілактики хвороб з урахуванням вимог доказової медицини. Зростаюча інвалідизація населення є однією з найактуальніших проблем сучасного суспільства; особливо гостро постає питання дитячої інвалідності.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є найбільш вагомою причиною інвалідності в дитячому віці. Поширеність ДЦП у світі понад чотири десятиліття тримається на рівні 2–3 на

1000 живонароджених, незважаючи на істотне поліпшення акушерської й неонатальної допомоги, а загальна кількість хворих на ДЦП у популяції збільшується, адже у зв'язку з поліпшенням медико-соціального супроводу зростає тривалість життя цих пацієнтів [5].

Термін «дитячий церебральний параліч» описує групу порушень розвитку рухів і положення тіла, що зумовлюють обмеження активності й спричинені непрогресуючим ураженням мозку плода або дитини в період розвитку. Моторні порушення часто поєднуються з порушеннями чутливості, когнітивних,

комунікативних функцій, перцепції, поведінковими порушеннями, судомними розладами [7].

Слід зазначити, що ефективність лікування ДЦП залежить від того, у якому віці розпочато реабілітацію. Відповідно до патогенетичних і патофізіологічних особливостей нервової тканини, у дітей віком від новонародженості до трьох років відзначається найвища ефективність лікувальних заходів, а в пізніші терміни значно знижується реабілітаційний потенціал, тому результати терапії мінімальні. Такий феномен головного мозку пояснюється нейрофізіологічними даними про значну біологічну структурно-функціональну «рухливість» нервової системи — нейропластичність [3].

Усі відомі лікувально-реабілітаційні методи поділяють на медикаментозні й немедикаментозні. Немедикаментозні є основними при всіх формах і ступенях важкості та є одними з пріоритетних напрямів реабілітації дітей з ДЦП. До них належать наступні методи: лікувальний масаж; лікувальна фізична культура, розробка суглобів, профілактика формування патологічних поз і рухів (різноманітні методи кінезотерапії); occupational therapy; фізіотерапевтичне, психопедагогічне лікування; рефлексотерапія та ін.

Сьогодні пошук нових немедикаментозних способів профілактики, лікування та реабілітації дітей з ДЦП, зокрема з використанням рефлексотерапії (РТ), становить клінічний інтерес.

Рефлексотерапія (РТ) — різноманітні способи впливу через шкірні, шкірно-м'язові та нервові утворення різних за силою, характером та терміном подразнень, нанесених на певні рефлексогенні зони, акупунктурні точки (АТ) з лікувальною метою.

Клінічний досвід доводить високу ефективність РТ, зокрема у хворих з органічним ураженням ЦНС. У разі церебральної патології найчастіше використовують корпоральну класичну голкотерапію (акупунктуру), аурикулярну терапію, скальпінг, акупунктуру, лазеропунктуру тощо.

Скальп-акупунктура (скальптерапія, скальп-пунктура, краніопунктура, церебральна акупунктура, церебропунктура та ін.) — методика інвазивного впливу на мікроакупунктурну систему скальпа (МАС), яка виникла на основі стародавніх і сучасних концепцій традиційної китайської медицини [6].

Серед численних методів РТ на сучасному етапі скальп-акупунктура отримала подальший розвиток і обґрунтuvання на основі дослідження рефлекторних і нейрогуморальних зв'язків, даних сучасної нейроанatomії, нейро-

фізіології, удосконалень техніки голковколювання, що дуже розширило можливості голко-рефлексотерапії, зокрема в медичній реабілітації хворих з органічною неврологічною патологією.

Голкова стимуляція відповідних ділянок голови за механізмом дії дає можливість досягти впливу на церебральну діяльність, кровообіг та нейропластичність головного мозку, що сприяє підвищенню адаптаційного потенціалу організму, зменшенню проявів супутньої соматичної патології тощо. Тому застосування голкової стимуляції у комплексній реабілітації дітей із ДЦП заслуговує на подальше вивчення, адже вона розрахована на запобігання й послаблення рівня інвалідизації, поліпшення якості життя пацієнтів та, відповідно, членів їхніх сімей [2].

Мета — дослідження комплексної реабілітації дітей зі спастичними формами ДЦП на основі вивчення ефективності застосування скальп-акупунктури.

Матеріал і методи дослідження

Наведено результати спостереження 210 дітей зі спастичними формами ЦП віком від 9 місяців до 7 років життя, які перебували на лікуванні в Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України. Середній вік дітей на час отримання першого курсу реабілітації становив $25,91 \pm 1,09$ місяця. Хлопчиків було 127 (60,48%), дівчаток — 83 (39,52%).

Згідно з моделлю реабілітації «тандем-партнерство», «дитина-сім'я-фахівець», що впроваджена з 1998 р. у системі лікувально-профілактичних закладів МОЗ України для дітей з органічним ураженням нервової системи, зокрема ДЦП, в Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України проводиться комплексна допомога дітям із ЦП з метою медичної та соціально-педагогічної реабілітації [4].

Для вивчення впливу оптимізованої методики скальп-акупунктури зацікавлені у дослідження дітей було розподілено на три групи.

Діти першої, основної, групи отримували «Комплекс+Методика СП». «Комплекс» — курс медико-соціальних методик, що включає Бобаттерапію, фізіотерапевтичні процедури, психопедагогічну, логопедичну та педагогічну корекцію. «Методика СП» — комплекс, що має на меті застосування скальп-акупунктури з одночасним

проводенням пасивно-активної лікувальної фізкультури (кінезотерапії) й лікувального масажу.

Друга група (група порівняння, «Комплекс+СП») – пацієнти, які отримували окрім процедури (скальп-акупунктуру, масаж та лікувальну фізкультуру) як додаток до вищевказаного комплексу.

Таблиця 1
Результати лікування для зв'язаних вибірок
у групах за Стъюдентом (n=210)

Група	t	P
Основна група (n=60)	11,5	<0,05
1-а гр. порівняння (n=75)	7,5	<0,05
2-а гр. порівняння (n=75)	4,8	<0,05

Таблиця 2
Показники у дітей зі спастичними формами ДЦП до і після лікування

Група	Бали оцінювання		Різниця M±n
	до лікування	після лікування	
A. Лежання і перевороти (17 навичок)			
Основна група, n=60	29,1	34,75	5,65±0,57
1-а гр. порівняння, n=75	33,89	34,58	0,69±0,14
2-а гр. порівняння, n=75	34,41	34,71	0,30±0,11
B. Сидіння (20 навичок)			
Основна група, n=60	22,25	35,9	3,65±0,53
1-а гр. порівняння, n=75	30,25	30,75	0,50±0,18
2-а гр. порівняння, n=75	31,10	31,12	0,12±0,06
C. Повзання та на колінах (14 навичок)			
Основна група, n=60	14,3	16,9	2,60±0,44
1-а гр. порівняння, n=75	18,22	18,50	0,28±0,11
2-а гр. порівняння, n=75	19,82	19,96	0,14±0,09
D. Стояння (13 навичок)			
Основна група, n=60	6,75	8,4	1,67±0,34
1-а гр. порівняння, n=75	10,04	10,49	0,46±0,11
2-а гр. порівняння, n=75	10,67	10,88	0,21±0,07
E. Хода, біг, стрибки (24 навички)			
Основна група, n=60	8,4	10,8	2,40±0,55
1-а гр. порівняння, n=75	14,12	14,56	0,45±0,21
2-а гр. порівняння, n=75	13,13	13,36	0,22±0,09

Таблиця 3
Порівняння ефективності відновного лікування між основною
та групами порівняння за різницею балів оцінювання

Критерій	Різниця балів оцінювання		P
	M±n	M±n	
	основна група (n=60) 36,7±2,3 міс.	1-а гр. порівняння (n=75) 37,6±2,1 міс.	
A	5,65±0,57	0,69±0,14	<0,05
B	3,65±0,53	0,50±0,18	<0,05
C	2,60±0,44	0,28±0,11	<0,05
D	1,67±0,34	0,46±0,21	<0,05
E	2,40±0,55	0,45±0,21	<0,05
	основна група (n=60) 36,7±2,3 міс.	2-а гр. порівняння (n=76) 35,8±2,3 міс.	
A	5,65±0,57	0,35±0,12	<0,05
B	3,65±0,53	0,13±0,07	<0,05
C	2,60±0,44	0,18±0,11	<0,05
D	1,67±0,34	0,10±0,05	<0,05
E	2,40±0,55	0,20±0,09	<0,05
	1-а гр. порівняння (n=75) 37,6±2,1 міс.	2-а гр. порівняння (n=76) 35,8±2,3 міс.	
A	0,69±0,14	0,35±0,12	<0,1
B	0,50±0,18	0,13±0,07	<0,1
C	0,28±0,11	0,18±0,11	>0,05
D	0,46±0,21	0,10±0,05	<0,05
E	0,45±0,21	0,20±0,09	>0,05

Таблиця 4

Порівняння ефективності відновного лікування між основною та групами порівняння у дітей віком від 9-ти міс. до 3-х років життя

Критерій	Різниця балів оцінювання		P
	M±n	M±n	
	основна група (n=38) 23,76±0,9 міс.	1-а гр. порівняння (n=39) 22,97±1,01 міс.	
A	5,84±0,69	1,08±0,26	<0,05
B	3,63±0,66	0,21±0,10	<0,05
C	2,08±0,46	0,49±0,20	<0,05
D	1,71±0,45	0,38±0,16	<0,05
E	2,34±0,74	0,21±0,16	<0,05
	основна група (n=38) 23,76±0,9 міс.	2-а гр. порівняння (n=40) 22,63±1,42 міс.	
A	5,84±0,69	0,43±0,19	<0,05
B	3,63±0,66	0,15±0,10	<0,05
C	2,08±0,46	0,23±0,18	<0,05
D	1,71±0,45	0,08±0,06	<0,05
E	2,34±0,74	0,25±0,15	<0,05
	1-а гр. порівняння (n=39) 22,97±1,01 міс.	2-а гр. порівняння (n=40) 22,63±1,42 міс.	
A	1,08±0,26	0,43±0,19	<0,05
B	0,21±0,10	0,15±0,10	>0,05
C	0,49±0,20	0,23±0,18	>0,05
D	0,38±0,16	0,08±0,06	<0,1
E	0,21±0,16	0,25±0,15	>0,05

Діти третьої групи порівняння («Комплекс без ГРТ») отримували вищевказаний комплекс без застосування голкорефлексотерапії.

Розподіл обстежених дітей проводили за наступними принципами:

А. На основну й дві групи порівняння шляхом випадкової вибірки дітей, оскільки принципових розбіжностей у клінічному й неврологічному статусі хворих не було.

Б. За віком було представлено дві вікові категорії:

Таблиця 5

Порівняння ефективності відновного лікування між основною та групами порівняння у дітей віком від 3-х до 6-ти років життя

Критерій	Різниця балів оцінювання		P
	M±n	M±n	
	основна група (n=43) 51,74±1,59 міс.	1-а гр. порівняння (n=48) 50,19±1,64 міс.	
A	3,81±0,62	0,15±0,07	<0,05
B	2,70±0,54	0,65±0,27	<0,05
C	2,40±0,52	0,17±0,07	<0,05
D	1,63±0,37	0,33±0,12	<0,05
E	2,40±0,58	0,52±0,30	<0,05
	основна група (n=43) 51,74±1,59 міс.	2-а гр. порівняння (n=30) 47,53±2,16 міс.	
A	3,81±0,62	0,14±0,11	<0,05
B	2,70±0,54	0,07±0,07	<0,05
C	2,40±0,52	0,10±0,06	<0,05
D	1,63±0,37	0,21±0,13	<0,05
E	2,40±0,58	0,14±0,07	<0,05
	1-а гр. порівняння (n=48) 50,19±1,64 міс.	2-а гр. порівняння (n=30) 47,53±2,16 міс.	
A	0,15±0,07	0,14±0,11	>0,05
B	0,65±0,27	0,07±0,07	>0,05
C	0,17±0,07	0,10±0,06	>0,05
D	0,33±0,12	0,21±0,13	>0,05
E	0,52±0,30	0,14±0,07	>0,05

Таблиця 6

Показники у дітей із спастичними формами ДЦП за МКХ-10 (%)

Шифр МКХ-10	Різниця балів оцінювання		P
	M±n	M±n	
	основна група (n=30) 31,83±3,25 міс.	1-а гр. порівняння (n=30) 30,53±2,95 міс.	
A	6,53±0,57	1,73±0,29	<0,05
B	1,33±0,31	0,3±0,13	<0,05
C	0,77±0,31	0,17±0,08	<0,05
D	0,00	0,1±0,06	<0,1
E	0,00	0,00	>0,05
G 80.0	основна група (n=30) 31,83±3,25 міс.	2-а гр. порівняння (n=30) 25,47±2,55 міс.	
A	6,53±0,57	0,47±0,23	<0,05
B	1,33±0,31	0,3±0,15	<0,05
C	0,77±0,31	0,07±0,05	<0,05
D	0,00	0,00	>0,05
E	0,00	0,03±0,03	>0,05
G 80.1	основна група (n=30) 37,23±3,11 міс.	1-а гр. порівняння (n=30) 32,83±3,32 міс.	
A	4,27±0,8	0,9±0,35	<0,05
B	4,30±0,9	0,97±0,41	<0,05
C	3,90±0,81	0,8±0,29	<0,05
D	2,63±0,61	0,63±0,22	<0,05
E	3,40±0,9	0,4±0,2	<0,05
G 80.1	основна група (n=30) 37,23±3,11 міс.	2-а гр. порівняння (n=30) 38,33±3,86 міс.	
A	4,27±0,8	0,37±0,16	<0,05
B	4,30±0,9	0,1±0,07	<0,05
C	3,90±0,81	0,5±0,35	<0,05
D	2,63±0,61	0,2±0,12	<0,05
E	3,40±0,9	0,33±0,18	<0,05
G 80.2	основна група (n=30) 49,23±2,69 міс.	1-а гр. порівняння (n=30) 34,87±2,55 міс.	
A	1,9±0,55	0,40±0,18	<0,05
B	2,1±0,6	0,30±0,19	<0,05
C	1,5±0,4	0,17±0,08	<0,05
D	3,2±0,5	0,87±0,22	<0,05
E	5,2±0,95	0,93±0,39	<0,05
G 80.2	основна група (n=30) 49,23±2,69 міс.	2-а гр. порівняння (n=30) 37,63±2,94 міс.	
A	1,9±0,55	0,0±0,0	<0,05
B	2,1±0,6	0,03±0,03	<0,05
C	1,5±0,4	0,0±0,0	<0,05
D	3,2±0,5	0,40±0,15	<0,05
E	5,2±0,95	0,27±0,17	<0,05

- діти раннього віку — від 9-ти міс. життя до 3-х років;
- діти дошкільного віку — від 3-х до 6-ти років включно.

С. За МКХ-10 діти розподілилися наступним чином:

- G 80.0 (подвійна геміплегія);
- G 80.1 (спастична диплегія);
- G 80.2 (спастична геміплегія).

Оцінка ефективності досліджень проводилася за шкалою великих моторних функцій (тестовий бланк GMFM-88) [1], що є стандар-

тизованим і перевіреним інструментом для визначення змін великих моторних функцій у дітей з ЦП. Як критерій розглядалися бали оцінювання: 0 — не пробує виконувати; 1 — починає виконувати; 2 — частково виконує; 3 — повністю виконує; НТ — не тестиувалося. Ефективність оцінювалася як різниця між: А (лежання й перевороти — 17 навичок); В (сидіння — 20 навичок); С (повзання та на колінах — 14 навичок); D (стояння — 13 навичок); Е (хода, біг, стрибки — 24 навички), на початку та після лікування.

Під час проходження курсу реабілітації діти не отримували медикаментозного лікування, окрім пацієнтів з епілептичним синдромом, які були на антиепілептичній терапії (депакін, фінлепсін у вікових дозах) та мали безсудомний проміжок не менше трьох місяців.

Статистична обробка даних проводилася за тестом Стьюдента з використанням пакета статистичних програм Microsoft Office Excel 2007 та Statistica for Windows 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення

При проведенні підрахунків за тестом Стьюдента для зв'язаних (залежних) вибірок (табл. 1) до та після лікування в групах, ми виявили статистично достовірне покращення показників у трьох клінічних групах між собою.

Різниця в балах оцінювання за тестовим бланком GMFM-88, на початку та після лікування (табл. 2).

Встановлено, що основна група достовірно ($p<0,05$) переважала за збільшенням кількості довільних рухових навичок у балах 1-у й 2-ту групи порівняння за всіма показниками (табл. 3).

При порівнянні результатів за віковими категоріями статистично достовірна різниця була виявлена між основною групою та обома групами порівняння за всіма показниками на всіх рівнях функціонального рухового розвитку у дітей з 9-ти міс. до 3-х років життя і така ж позитивна динаміка зберігається у віковій категорії від 3-х до 6-ти років життя (табл. 4, 5).

При аналізі ефективності реабілітаційних заходів за окремими нозологіями ЦП (МКХ-10) було

отримано наступні результати. Як видно з таблиці 6, основна група дітей з подвійною геміплагією (G80.0) достовірно перевищує групи порівняння ($p<0,05$), за показниками А – лежання й перевороти (17 навичок), В – сидіння (20 навичок) і С – повзання та на колінах (14 навичок). Критерій D – стояння (13 навичок), Е – хода, біг, стриби (24 навички) в основній та групах порівняння не сформовано. Основна група дітей зі спастичною диплегією (G80.1) і спастичною геміплагією (G80.2) статистично перевищила групи порівняння за всіма показниками ($p<0,05$).

Висновки

1. Під час підрахунку за методикою розробника тестового бланку GMFM-88 в основній групі та двох групах порівняння спостерігалася позитивна динаміка – збільшення кількості довільних рухових навичок.

2. Основна група дітей із спастичними формами ЦП за набутими руховими навичками статистично достовірно переважала 1-у та 2-у групи порівняння ($p\leq 0,05$).

3. Одночасне застосування скальп-акупунктури з пасивно-активною кінезотерапією та лікувальним масажем дає змогу поліпшити ефективність реабілітації та якість життя дітей зі спастичними формами ЦП. Клінічні шкали оцінки великих моторних функцій, рухових навичок можуть застосовуватись як один із критеріїв оцінки ефективності лікування в разі індивідуального моніторингу стану дитини та під час застосування різних методів відновного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

- Балгаева М.С. Современные подходы к диагностике и объективизации нарушений при церебральном параличе / М.С. Балгаева // Нейрохирургия и неврология Казахстана. — 2015. — №4 (41).
- Коваленко О.Є. Філософські та нейрофізіологічні основи рефлексотерапії та феномен нейропластичності / О.Є. Коваленко // Здоров'я України. — 2012. — №5 (20). — С.25—26.
- Костенко Е.В. Нейропластичность — основа современной концепции нейрореабилитации / Е.В. Костенко // Медицинский алфавит. — 2016. — Т.2, №14. — С.5—11.
- Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи : навчально-методичний посібник / В.Ю. Мартинюк, С.М. Зінченко, Р.О. Моїсеєнко [та ін.]; за ред. В.Ю. Мартинюка. — Київ: Інтермед, 2005. — 416 с.
- Современный подход к выбору оптимальных схем комплексной терапии детского церебрального паралича / Батышева Т.Т. [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2015. — №3. — С.31—35.
- Effect of Scalp-acupuncture Treatment on Levels of Serum High-sensitivity C-reactive Protein, and Pro-inflammatory Cytokines in Patients with Acute Cerebral Infarction / Wang J. H. [et al.] // Zhen ci yan jiu= Acupuncture research / [Zhongguo yi xue ke xue yuan Yi xue qing bao yan jiu suo bian ji]. — 2016. — Vol.41, №1. — С. 80—84.
- Prognostic factors for cerebral palsy and motor impairment in children born very preterm or very low birthweight: a systematic review / Linsell L. [et al.] // Developmental Medicine & Child Neurology. — 2016. — P. 554—570.

Сведения об авторах:

Абраменко Владимир Валериевич — зав. отделением реабилитации ГУ «Украинский медицинский центр реабилитации детей органическим поражением нервной системы МЗ Украины». Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30; тел. (044) 412-00-02.

Стаття поступила в редакцію 14.03.2017 р.

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 дисфункциї в дітей із мікроаномаліями розвитку серця інгібіторами ангіотензин конвертувального 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 Паблишинг, 2006. – 595 с.

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

Второй вариант необходим для анализа статьи в международных научометрических 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, Uglov 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 общезвестных) не допускается. 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 автором.

Редколлегия



від 45 кг¹



від 15 кг²



від 5 до 14 кг³



Реєстраційний посвідченння: № UA7234/02/01 наданий з 08.05.2015 р., № UA7234/03/01 від 14.12.2012 р. до 14.12.2017 р., № UA7234/03/02 від 14.12.2012 р. до 31.08.2012 р. до 31.08.2017 р.

АЗИМЕД®

**Інфекції долає просто,
незалежно від зросту**

Азимед®, таблетки¹

Дюча речовина: azithromycin (азитроміцин); 1 таблетка містить азитроміцину дигідрату, у перерахуванні на азитроміцин, 500 мг.

Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

Фармакотерапевтична група. Антібактеріальні засоби для системного застосування. Макроліди, лінозаміди та стрептограмини. Азитроміцин. Код ATC J01F A10.

Показання. Інфекції, спричинені мікроорганізмами, чутливими до азитроміцину:

- Інфекції ПОР-органів (бактеріальний фарингі/тонзиліт, синусит, середній отит).
- Інфекції дихальних шляхів (бактеріальний бронхіт, негоспітальна пневмонія).
- Інфекції шкіри та м'яких тканин: мігруюча еритема (початкова стадія хвороби Лайма), бешиха, импетіго, вторинні подерматози, лікування нетяжких форм Анекс вульгарис.
- Інфекції, що передаються шляхом: неускладнений та ускладнений уретріт/цервіцит, спричинений *Chlamydia trachomatis*.

Протипоказання. Підвищена чутливість до азитроміцину, еритроміцину, до будь-якого макролідного або кетолідного антибіотика, до будь-якого іншого компонента препарату. Через теоретичну можливість ерготизму азитроміцин не слід назначати одночасно з поживними ріжків.

Побічні реакції. Свербіж, висипання, нудота, діарея; головний біль та ін. (повний перелік можливих побічних реакцій наведено в інструкції для медичного застосування лікарського засобу).

1 Азимед® 500 мг №3 від 45 кг.

2 Азимед® 200 мг/5 мл по 30 мл дітям від 15 кг.

3 Азимед® 100 мг/5 мл 20 мл дітям від 5 кг до 14 кг.

4 Оцінка взаємозамінності Азимеда — біозіквівалентність доказана І. А. Зупанець, д. мед. н., професор; Н. П. Безуглая, к. мед. н., доцент; В. В. Либіна, к. біол. н.; И. Н. Орлова, И. В. Кудрис, Ю. Г. Кувайський. Національний фармацевтический університет, Харків; ГП «Государственный экспертный центр Министерства здравоохранения Украины»; Корпорація «Артеріум», Київ. №1 (167) / 2013, «Ліки України».

5 Інформація наведено в скороченому вигляді. Повна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу Азимед®, таблетки.

6 Інформація наведено в скороченому вигляді. Повна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу Азимед®, порошок для оральної супензії.

Міжнародне непатентоване найменування: Azithromycin. Виробник: ПАТ «Кіївмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Саксаганського, 139). ВІДПУСКАЄТЬСЯ ЗА РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ. Інформація виключно для медичних, фармацевтических працівників. Для використання в професійній діяльності. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 12.05.2017 р.

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

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Близче до людей

ARTERIUM

- ▶ Доведена біоеквівалентність препарату щодо оригінального засобу⁴
- ▶ Простий і ефективний курс лікування, прийом лише 1 раз на день^{1, 2, 3, 5, 6}

Азимед®, порошок для оральної супензії^{2, 3}

Склад. Дюча речовина: азитроміцин (azithromycin).

- 1) Азимед®, 100 мг/5 мл по 20 мл, порошок д/оральної супензії: 5 мл супензії містить азитроміцину дигідрату в перерахуванні на азитроміцин 100 мг;
- 2) Азимед®, 200 мг/5 мл по 30 мл, порошок д/оральної супензії: 5 мл супензії містить азитроміцину дигідрату в перерахуванні на азитроміцин 200 мг;

Допоміжні речовини: сахароза, натрію фосфат, гідроксипропілцелюлоза, ксантанова камедь, кремніє діоксид колоїдний безводний, ароматизатор вишня, ароматизатор банан, ароматизатор ваніль.

Лікарська форма. Порошок для оральної супензії.

Фармакотерапевтична група. Антібактеріальні засоби для системного застосування. Макроліди, лінозаміди та стрептограмини. Азитроміцин. Код ATC J01F A10.

Показання. Інфекції, спричинені мікроорганізмами, чутливими до азитроміцину:

- інфекції ПОР-органів (бактеріальний фарингі/тонзиліт, синусит, середній отит);
- інфекції дихальних шляхів (бактеріальний бронхіт, негоспітальна пневмонія);
- інфекції шкіри та м'яких тканин: мігруюча еритема (початкова стадія хвороби Лайма), бешиха, импетіго, вторинні подерматози.

Протипоказання. Підвищена чутливість до дючої речовини, до будь-якого іншого компонента препарату або до інших макролідних антибіотиків. Через теоретичну можливість ерготизму азитроміцину не слід застосовувати одночасно з поживними ріжків.

Побічні реакції. Рідко з боку крові та лімфатичної системи, психіки, органів слуху, серцево-судинної системи, системні порушення; нечасто та рідко з боку нервової системи, шкіри, часто з боку травного тракту — нудота, бліяння, діарея, дискомфорт у животі та ін. (повний перелік можливих побічних реакцій наведено в інструкції для медичного застосування лікарського засобу)⁶.

Азимед® 100 мг/5 мл по 20 мл, порошок д/оральної супензії:

- Для отримання 25 мл однорідної супензії необхідно додати 11 мл дистильованої або прокип'яченої і охолоджені води у флакон з 400 мг азитроміцину.
- Застосовують дітям з масою тіла більше 5 кг до 14 кг.

Азимед® 200 мг/5 мл по 30 мл, порошок д/оральної супензії:

- Для отримання 35 мл однорідної супензії необхідно додати 14,5 мл дистильованої або прокип'яченої і охолоджені води у флакон з 1200 мг азитроміцину.
- Застосовують дітям з масою тіла більше 15 кг.

Феністил Краплі -

*антигістамінний
засіб з вираженим
протисвербіжним
ефектом*

*Застосовують
дітям з 1 місяця**



Феністил Краплі оральні

- ✓ Симптоматичне лікування алергічних захворювань різної етіології^{1,2}
- ✓ Швидкий початок дії – протягом 30 хвилин³
- ✓ Без додавання етилового спирту та цукру⁴
- ✓ Легкий седативний ефект забезпечує спокійний сон для дітей та немовлят, який не порушується свербежем*

Інформація для медичних та фармацевтических працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.

*Феністил краплі можна застосовувати дітям віком від 1 місяця до 1 року тільки після консультації з лікарем та у випадку наявності чітких показань для лікування антигістамінними засобами. Не можна перевищувати рекомендовану дозу.

¹ Згідно інструкції для медичного застосування.

² IPSOS. Skin Irritation Insights & Innovation. Consumer research in Spain, Germany & Russia, December 2015. 2. Dobmeyer T. Clinical Expert Report on Fenistil 1mg coated tablets, Fenistil 1mg/ml drops and Fenistil 0.1 mg/ml syrup. Novartis Consumer Health. 31 August 1999 3. Fenistil Coated tablet; prolonged-release capsule; oral drops, solution/syrup Dimetindene maleate. Core Data Sheet (CDS). 2014. 4. Інструкція для медичного застосування препарату Феністил, краплі оральні, 1 мг/мл. Р.П. МОЗ України №UA/9377/01/01 від 09.12.2013. Імпортер та уповноважена організація в Україні: ТОВ «ГлаксоСмітКайн 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 «ГлаксоСмітКайн Хелскер Юкрейн Т.О.В.» за теп. (044) 585-51-85 або на e-mail: oax70065@gsk.com.

Інформаційний матеріал № CHUKR/CHFENI/0002/17, дата виробництва: квітень 2017 р.