

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: Анорексия и булимия.

Выполнила: ординатор 2 года обучения
специальности «Психиатрия» Артюхова А.Ю.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2022

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Актуальность.....	3
3. Характеристика анорексии и булимии.....	3
4. Характеристика анорексии.....	3
5. Критерии диагноза анорексии.....	4
6. Возможные причины анорексии.....	5
7. Лечение анорексии.....	6
8. Характеристика булимии.....	7
8. Диагностические критерии булимии.....	8
10. Возможные причины булимии.....	9
12. Лечение булимии.....	10
12. Вывод.....	11
13. Список литературы.....	11

Введение.

XX век стал веком стройных женщин. Новый идеал красоты заставил, прежде всего, женщин предпринимать колоссальные усилия для того, чтобы ему соответствовать. Красота или здоровье? Перед этим выбором стоит современное общество. Добиться идеала можно разными способами. Самый распространённый – похудеть. Это небезопасно. Мы остановимся на крайних последствиях этого пути – булимии и анорексии.

Актуальность.

И анорексия, и булимия считаются психическими заболеваниями, природа их остается малопонятной, как природа и других душевных болезней, и они также плохо поддаются лечению. Заболеваемость ими, похоже, растёт. От анорексии страдают где-то от 2 до 5 процентов подростков и молодых женщин; при отсутствии лечения смертность достигает почти 20 процентов. Считается, что еще 5 процентов страдают от булимии, но смертельных случаев она почти не дает. Женщины с нарушенными привычками питания могут страдать от ряда расстройств, начиная от расстройств сердечной деятельности и до аменореи, при которой прекращаются менструации, остеопороза, при котором происходит снижение плотности костей, обычно развивающееся у женщин после менопаузы. Приведем в качестве примера анорексию. Медики считают, что в цивилизованных странах от анорексии страдают примерно 2-5% девушек и молодых женщин. И что самое печальное – цифры эти ежегодно растут. Девушки заболевают чаще юношей; соотношение мужчин и женщин 1:10. Хотя в последнее время участились случаи заболевания и среди мужчин. Врачи утверждают, что в целом число больных в последние десятилетия увеличилось — они называют это «анорексическим взрывом в популяции». Все приведенные выше факты говорят об актуальности выбранной темы.

Характеристика анорексии и булимии.

Нервная анорексия представляет собой нарушения питания у молодых женщин, у которых развивается выраженное опасение чрезмерной полноты. При нервной анорексии это ведет к радикальному ограничению употребления высококалорийной пищи, в результате чего развивается истощение организма. У больных булимией за неумеренным поглощением пищи следует произвольная рвота и избыточное употребление слабительных средств. Эти два состояния не всегда можно разделить достаточно четко.

Характеристика нервной анорексии.

Анорексия нервная, заболевание, характеризующееся потерей веса, чрезмерным страхом полноты, искаженным представлением о своем внешнем виде и глубокими обменными и гормональными нарушениями. Возможны также утрата аппетита, прекращение менструаций, повышенная физическая активность, а иногда и усиление аппетита с искусственно вызываемой после еды рвотой, излишняя озабоченность пищей и ее приготовлением, приступы обжорства и стремление к похуданию. Больные зачастую упорно отрицают наличие у себя каких-либо связанных с приемом пищи нарушений.

Нервная анорексия встречается главным образом у девочек-подростков. Из каждых 18 больных лишь один – мужчина. До 1960-х годов это заболевание встречалось редко, но затем его частота по непонятным причинам значительно увеличилась. По современным данным, нервной анорексией страдает 1% девочек-подростков.

Обычно заболевание начинается в раннем подростковом возрасте, но иногда может впервые проявиться и гораздо позднее – после 30 и даже 40 лет. Пока не обнаружится потеря веса, больные анорексией описываются как мягкие, увлеченные, трудолюбивые люди без явных признаков нервно-психических расстройств. Почти всегда их семьи социально

весьма успешны и принадлежат к средним или высшим слоям общества. В школе такие дети отличаются прекрасной успеваемостью. Нередко они чуть-чуть полноваты и из-за насмешек сверстников решают придерживаться диеты, а когда начинают худеть, то отрицают это.

Когда истощение становится явным и родственники не могут больше игнорировать это обстоятельство, приходится, наконец, обращаться к врачу. Он должен провести тщательное обследование, чтобы отличить истинную анорексию от других соматических или психических заболеваний (таких, как тяжелые токсикозы, нарушения обмена веществ или глубокое нарушение мышления с формированием бреда), при которых потеря аппетита, похудание или то и другое вместе являются лишь вторичными симптомами. На этой стадии для больных анорексией (в типичных случаях – девочек-подростков) характерны враждебность, угнетенность, скрытность, повышенное беспокойство. Они могут жаловаться на зябкость и запоры. Лабораторные анализы обнаруживают признаки обменных и гормональных сдвигов, характерных для голодания. Несмотря на явную опасность, связанную с отказом от пищи, больные не хотят менять свое поведение, с трудом осознают свое болезненное состояние и упорно сопротивляются лечению. Например, больная девушка ростом 173 см и весом всего 27 кг продолжает считать себя полной.

Возможны выраженная потеря массы тела, чрезмерная слабость, головокружения, нарушения менструальной функции, эрозивно-язвенные поражения пищевода, эрозии эмали внутренней поверхности зубов вследствие повторных рвот, повреждение кровеносных сосудов на лице, уменьшение пульса и артериального давления.

Иногда наблюдаются нарушения функции щитовидной железы, секреции гормона роста, а также кортизола, гонадотропина и вазопрессина. При длительном течении нервной анорексии возможны нарушения электролитного баланса, обусловленные дефицитом калия и натрия вследствие дегидратации, мышечные спазмы и даже остановка сердца.

Если используются слабительные средства, то эти нарушения еще больше усугубляются вследствие потери калия. Гипокалиемия может вызывать аритмии, сердечную недостаточность и представляет собой угрозу для жизни.

Большинству больных анорексией помогает стационарное или амбулаторное лечение. Однако у некоторых все же остаются хронические или длительные нарушения пищевого поведения и регуляции веса тела. Смертность в результате полного истощения достигает 5%, причем непосредственной причиной смерти обычно бывают какая-нибудь распространенная инфекция или необратимые нарушения обмена веществ. У значительной части больных в более позднем возрасте появляются явные признаки психоза, некоторые (немногие) кончают жизнь самоубийством.

Критерии диагноза нервной анорексии

1. Начало в возрасте до 25 лет
2. Анорексия с потерей массы тела не менее 25% от первоначальной
3. Извращенное отношение к процессу приема пищи, пищевым продуктам или к массе тела, заставляющее перебороть чувство голода и пренебрегать предупреждениями, увещаниями и угрозами
4. Отсутствие органического заболевания, которое могло бы быть причиной потери массы тела
5. Отсутствие какого-либо иного психического заболевания
6. Наличие по меньшей мере двух из следующих проявлений:

- а) аменорея
- б) лануго (пушковое оволосение)
- в) брадикардия (ЧСС в покое 60 в 1 мин или менее)
- г) периоды гиперактивности
- д) эпизоды булимии
- е) рвота (может быть самовызванной)

Поскольку нарушение функции гипоталамуса (нарушение регуляции гонадотропинов, частичный несахарный диабет, нарушение терморегуляции) свойственно нервной анорексии, большинство исследователей склоняются к мнению о наличии психогенной причины. Межличностные отношения среди членов семьи обычно неадекватны, имеется внутрисемейный патологический очаг, сконцентрированный на пищевых продуктах и поведении во время еды. Нервная анорексия обычно проявляется либо до, либо вскоре после наступления периода полового созревания. Несмотря на кахексию, больные отрицают чувство голода, похудание, усталость. Часто встречается аменорея, которая может предшествовать анорексии. Подкожная жировая клетчатка не определяется, хотя ткань молочных желез практически не изменена. Увеличение околоушных желез и отеки могут сопровождаться анемией, лейкопенией, гипокалиемией, гипоальбуминемией. Базальные уровни содержания ЛГ и ФСГ низкие, что ведет к аменорее. Менструальный цикл восстанавливается по мере нормализации массы тела.

Возможные причины анорексии.

Кто же и почему страдает от анорексии? Конечно же, большую часть больных составляют девушки в возрасте примерно 14-28 лет, которые страдают в основном от так называемой нервно-психической анорексии. То есть от пищи они отказываются вполне сознательно, пытаясь достичь фигуры манекенщицы из модного журнала.

Собственно, основными причинами анорексии становятся заболевания, которые, так или иначе, сказываются на потере аппетита.

Вот лишь некоторые из них:

- Расстройства эндокринной системы и нарушения обмена веществ (недостаточность функции гипофиза или гипоталамуса, недостаток гормонов щитовидной железы и т.д.)
- Заболевания органов пищеварения (аппендицит, цирроз печени, гастрит, гепатит)
- Заболевания мочеполовой системы (например, хроническая почечная недостаточность)
- Раковые заболевания
- Невротические реакции и психические нарушения (например, постоянное беспокойство, затяжная депрессия)
- Любые хронические боли
- Плохая гигиена ротовой полости
- Повышение температуры тела (в результате любых заболеваний)

Анорексия может стать последствием приема некоторых лекарств или злоупотребления ими. Например, это происходит при употреблении лекарственных препаратов неприятного вкуса, подавляющих функцию желудочно-кишечного тракта или действующих на центральную нервную систему (например, амфетамина, как в принципе и других психостимуляторов, в том числе и кофеина), и некоторых антибиотиков. Увеличение уровня глюкозы в крови в результате внутривенного вливания растворов, может также привести к анорексии.

К сожалению, анорексия встречается не только у взрослых, но и у совсем маленьких детей. Вот только виноваты в этом почти всегда сами родители. Медики установили, что у малышей анорексия развивается чаще при насильственном кормлении, нарушении правил прикорма. То есть вмешательство в естественные потребности ребенка в еде рано или поздно приводит к нарушениям аппетита. И все эти уговоры «ложечка за маму, ложечка за папу...» часто приводит к прямо обратному результату, когда ребенок просто отказывается от еды.

Лечение нервной анорексии.

Лечение пациентов с нервной анорексией поэтапное.

Начальный, «неспецифический», этап (7–14 дней) направлен на коррекцию жизненно важных функций, ликвидацию метаболических и водно-электролитных нарушений, обеспечение адекватных сердечных функций и формирование толерантности к пище.

Второй этап – «специфический», направлен на коррекцию дефицита массы тела, оптимизацию метаболизма (2–3 недели). На этом более длительном этапе проводятся лечебные мероприятия, направленные на устранение симптомов основного психического заболевания, вызвавшего нарушения в статусе питания.

Третий этап – реабилитационный. Нередко фармакотерапия пациентов с нервной анорексией начинается с назначения анксиолитиков. Снижая беспокойство перед увеличением веса и приемами пищи, их применение облегчает у пациентов тревогу и страх потери контроля над собой. В отечественной практике с этой целью в первые недели лечения пациентам назначаются низкие дозы транквилизаторов бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам), а также атаракс (гидроксизин).

Депрессия при нервной анорексии часто возникает вторично на фоне астении; аффективное состояние улучшается с возобновлением нормального питания. При дальнейшем сохранении эмоциональных нарушений могут быть назначены антидепрессанты, как правило, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Также добавляется антипсихотический препарат (Алимемазин) в низких дозировках. Немало работ посвящено возможностям применения оланзапина в комплексной терапии пациентов с анорексией. Ряд исследований продемонстрировали эффективность оланзапина в качестве средства augmentation терапии у взрослых пациентов, указывая на нестабильное влияние в отношении собственно повышения веса, однако довольно выраженный положительный эффект на симптомы депрессии и обсессивно-компульсивные проявления. Международное общество по биологической психиатрии (WFSBP) указывает, что основным эффектом оланзапина у пациентов с анорексией заключается во влиянии на динамику массы тела. Однако, на территории Российской Федерации нет стандартов оказания медицинской помощи при анорексии, где был бы включен Оланзапин.

Характеристика нервной булимии.

Булимия, нарушение пищевого поведения, характеризующееся в основном повторяющимися приступами обжорства, пищевыми «кутежами». Чтобы избежать ожирения, большинство больных булимией по окончании «кутежей» прибегает к тому или иному способу очищения желудка, искусственно вызывая у себя рвоту или принимая слабительные и мочегонные средства. Другие используют чрезмерные физические нагрузки или периодическое голодание. Как и страдающие нервной анорексией (очень близким заболеванием), большинство больных булимией – молодые женщины, обычно от старшего подросткового возраста до 30 с небольшим лет.

Термин «булимия» происходит от греческого слова, означающего бычий голод. Хотя точных статистических данных нет, можно сказать, что в последние годы это заболевание встречается все чаще и широко распространено в США, Канаде, Великобритании, Австралии, Японии и многих других странах.

Причина булимии неизвестна. Однако большинство специалистов считает, что это состояние обуславливается многими причинами, включая наследственные, гормональные, психологические и социальные факторы.

Большинство больных булимией внешне выглядят нормальными и здоровыми людьми, но обычно чересчур взыскательны к себе и другим, склонны к одиночеству и депрессии. Им свойственно завышать стандарты и занижать самооценку. Их жизнь почти целиком сосредоточена на пище, собственной фигуре и необходимости скрывать свою «манию» от окружающих. Даже работая или посещая школу, они обычно сторонятся общества.

О булимии могут свидетельствовать депрессия, плохой сон, разговоры о самоубийстве, чрезмерное опасение потолстеть и лихорадочные закупки в продуктовых магазинах. Обычно страдающие булимией устраивают «кутежи» примерно 11 раз в неделю, но частота таких приступов варьирует от 1–2 в неделю до 4–5 в день.

В отличие от анорексии, при которой самоистощение в конечном счете становится заметным, люди, страдающие булимией, могут скрывать это заболевание в течение длительного времени, даже многих лет, так как их вес обычно сохраняется в нормальных пределах (иногда может наблюдаться небольшое превышение массы тела), а периоды обжорства с последующим очищением организма держатся в секрете.

Клиническими симптомами булимии может быть припухание желез на лице и на шее, эрозия эмали задней поверхности зубов, кровоизлияния на лице, припухлость слюнных желез (вид «бурундука»), постоянная болезненность в горле, эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Все эти признаки являются последствием искусственно вызываемой рвоты.

Бесконтрольное применение слабительных средств часто вызывает нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, в том числе ректальное кровотечение, постоянную диарею. При этом может произойти вымывание калия и натрия из организма, что приводит к нарушению баланса электролитов вплоть до развития дегидратации, мышечных спазмов и в конечном счете может привести к остановке сердца.

Другими симптомами булимии являются выпадение волос, желтушная окраска кожи, преждевременное образование морщин, нарушения дыхания, выраженная слабость, мышечная усталость, головокружение.

Булимия может иметь тяжелейшие последствия для здоровья. Частая рвота вызывает раздражение глотки и пищевода, а также разрушение эмали зубов кислотой из желудка. Иногда наблюдается прекращение менструаций. Наиболее серьезные последствия связаны с обезвоживанием организма и потерей электролитов (натрия и калия) в результате рвоты и вызываемого слабительными поноса. Повторные приемы настойки рвотного корня вызывают мышечную слабость и оказывают кумулятивное действие на сердце, т.е. нарастающее его повреждение, которое может привести к его остановке. Описаны случаи разрыва желудка вследствие переедания.

Лечение булимии требует объединения усилий врачей разных специальностей. Важную роль играет, по-видимому, индивидуальная психотерапия; ее должен проводить вызывающий доверие больного специалист. Не меньшую пользу может принести и групповая терапия, проходящая в теплой и дружеской атмосфере.

Выздоровление обычно происходит медленно. Однако больные поддаются излечению. Более того, в настоящее время проводятся исследования, обещающие значительный прогресс в области лечения булимии.

Диагностические критерии для пациентов с булимией.

А. Рецидивирующие эпизоды поглощения огромного количества пищи, которые характеризуются:

- 1) употреблением очень большого количества продуктов, гораздо большего, чем поглощаемые большинством людей в течение такого же периода времени и при аналогичных обстоятельствах;
- 2) отсутствием контроля за едой в течение этого эпизода.

Б. Периодически возникающее необычное поведение, желание предотвратить прибавку массы тела с помощью нестандартных мероприятий. Например, пациенты самостоятельно вызывают рвоту, в избыточном количестве употребляют слабительные средства, мочегонные препараты, очистительные клизмы или другие лечебные мероприятия, проводят курсы голодания, выполняют чрезмерные физические упражнения.

В. Частота эпизодов неконтролируемого поглощения пищи и указанных выше особенностей поведения составляет в среднем по крайней мере 2 раза в неделю и продолжается в течение 3 мес.

Г. На самооценку поведения избыточное влияние оказывают форма и масса тела.

Д. Эти расстройства не встречаются во время эпизодов нервной анорексии.

Хотя некоторые ученые считают, что пациенты с нервной булимией очень похожи на пациентов с нервной анорексией, тем не менее у первых в меньшей степени имеются изменения фигуры, для них существует несколько больший выбор лечения, к тому же они легче поддаются терапии.

Возможные причины булимии.

Основные причины повышенного аппетита:

- органические;
- психогенные (психологические);
- социальные.

Органические причины булимии:

Сахарный диабет. Повышенный аппетит нередко является симптомом нелеченного сахарного диабета, либо связан с низким уровнем сахара в крови как предвестником осложнения болезни (инсулинового шока).

Воспалительные поражения ствола мозга. Остаточные явления энцефалита. Нередко булимия в таких случаях сочетается со слабоумием или несахарным диабетом.

Токсические поражения мозга.

Опухоли ствола мозга. Часто повышенный аппетит не приводит к развитию ожирения.

Генетические заболевания с поражением структур мозга. При поражении центральной нервной системы повышенный аппетит расценивают как *истинную булимию*.

Побочное действие гормонов коры надпочечников (преднизолон, дексаметазон и др.) – синдром Иценко-Кушинга. Одновременно с повышенным аппетитом есть и другие признаки избыточной активности гормонов (повышение артериального давления, растяжки на животе и бедрах, изменение уровня сахара в крови и т.д.).

Повышенная активность гормонов щитовидной железы (гипертиреоз).

Глистные инвазии, особенно поражение ленточными глистами.

Психогенные причины булимии:

Нарушение внутрисемейных отношений. Развитию обжорства у детей могут способствовать конфликт между матерью и ребенком. Нередко дети начинают употреблять непомерное количество пищи в том случае, если они считают себя заброшенными, лишенными ласки, обделенными по сравнению с другими братьями и сестрами.

Душевная изоляция. Например, изменение аппетита может развиваться при помещении ребенка в интернат. Для такого ребенка пища является источником положительных эмоций и “приобретений”, механизмом защиты от депрессии, лекарством от страха.

Социальные причины булимии:

- претенциозность и высокие амбиции родителей;
- недостаточное внимание к ребенку в семье и детском коллективе;
- один ребенок в семье; · длительный просмотр телепередач с постоянными “перекусами”
- чипсы, крекер, орешки и др.; · лень и низкая двигательная активность;
- изменение представления о стандартной фигуре: от округлых женских форм к стандарту женщины-подростка.

Нервной булимией страдают преимущественно девочки. Обостренное чувство голода возникает, как правило, один раз в день и устраняется приемом высококалорийной пищи с последующим вызыванием рвоты. То есть, для нервной булимии характерен цикл: еда-рвота. Цель рвоты – похудеть, стать более изящной или избавиться от ожирения. Часто девочки применяют слабительные и мочегонные средства для искусственного опорожнения кишечника и снижения веса, усиленно занимаются физическими упражнениями. Од-

нако масса тела неуклонно увеличивается и порочный круг "прием пищи - рвота - повторный прием большого количества пищи" самостоятельно детям разорвать не удастся.

Лечение булимии.

В первую очередь следует понять, что чем раньше начато лечение, тем выше его эффективность и ниже стоимость (можно обойтись только квалифицированной психотерапией).

Наилучшие результаты даёт сочетание психотерапии (индивидуальная и семейная), диетотерапии и медикаментозного лечения.

Лечение булимии в идеале нужно проводить в стационарных условиях. В рамках разъяснительной психотерапии, объясняется необходимость лечения, обсуждаются соответствующие мероприятия, пищевой рацион и режим пребывания. Старания выполнять требования, сопровождаются разнообразными поощрениями.

Когнитивно-бихевиористская терапия включает стандартные элементы бихевиористской терапии, однако фокус сосредоточен на определении и изменении ошибочных мыслительных моделей, мнений и психологических установок, которые могут вызвать и обострить приступы обжорства или другую крайность - полный отказ от пищи. Мониторинг потребления пищи - важнейший элемент терапии, а также определение стимуляторов и их устранение или развитие альтернативных реакций на подобную стимуляцию.

Межличностная психотерапия сосредоточена на проблемах межличностных отношений, самооценки, уверенности в себе, социальных навыков общения и стратегиях решения этих проблем.

Различные формы семейной терапии. Задача семейной терапии - помочь членам семьи изменить факторы, которые могли повлиять на развитие некоторых патологий мышления больного булимией. Вину за это заболевание несет не только больной.

Когда больной булимией идет на поправку, очень эффективна групповая терапия. Общение в группе позволяет участникам поделиться опытом, рассказать о способах преодоления болезни и узнать о подобном опыте других. Кроме того, помощь другим помогает улучшить самооценку личности. Группу должен направлять опытный лидер, прошедший специальную подготовку.

Многие больные булимией также страдают от депрессии, симптомы которой исчезают под действием антидепрессантов. На сегодняшний день только флуоксетин Prozac одобрен для лечения булимии Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA). Этот антидепрессант уменьшает частоту приступов обжорства, а также желание освободить желудок рвотой у больных средней и тяжелой формой булимии.

Вывод.

В средствах массовой информации встречается множество материалов об анорексии и булимии. Одна из причин роста общественного интереса - трагический итог, который могут иметь эти заболевания. Серьезную озабоченность также вызывает распространенность подобных проблем среди девочек-подростков и молодых женщин. Практикующие врачи теперь понимают, что сходство между анорексией и булимией может быть столь же важным, как различия между ними. Так, страдающие анорексией, убедясь в потере веса, могут начать переедать и у некоторых из них, таким образом, может развиваться булимия. И наоборот, у людей с булимией иногда развивается анорексия. Число людей, подверженных анорексии и булимии растет неимоверно: худоба становится навязчивой национальной идеей. Люди стремятся сбросить как можно больше килограммов и в результате доходят до опасной грани. Тут возможны две схемы питания: ограничение потребляемых продуктов и обжорство с последующим очищением желудка. Основные особенности нервной анорексии и булимии - стремление к худобе, страх набрать вес, предубежденное отношение к пище, когнитивные расстройства, психологические проблемы и проблемы со здоровьем, включая отсутствие менструальных циклов.

Список литературы

- 1) Карева М. А., Марилов В. В. Психологический анализ случая нервной анорексии. — М.: 2018
- 2) Марилов В. В. Динамика нервной анорексии в рамках пограничных состояний. — М.: 2019
- 3) Вараксин И.В., Кульчинская И. В. “Булимия – обыкновенное обжорство, диагноз или новая жизнь” – М, 2020
- 5) Кульчинская И.В. Булимия “Еда или жизнь” – М., Эксмо, 2019
- 6) Нервные и психические болезни / С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина; Под общ. ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов- на-Дону : Феникс, 2021

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
_____ А.Ю. _____
(ФИО ординатора)

Тема реферата _____ «Анорексия и булимия»

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	5/5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «28» февраля 2022 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

_____ А.Ю. _____