

Ю.М. Лисиця

Частота афективных расстройств у подростков Подольского региона Украины

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2018.4(76):106-112; doi 10.15574/PP.2018.76.106

Афективные расстройства надзвичайно поширені у дітей підліткового віку. Прогностично найбільш значущими є показники рівня тривожності та розладів депресивного спектра.

Мета: дослідити рівень афективних розладів у підлітків Подільського регіону.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 377 учнів віком 12–17 років навчальних закладів Хмельницької області, з них 295 дівчаток і 83 хлопчики. Мешканців міст було 64, сіл — 256, у тому числі 44 дитини зі шкіл-інтернатів. Особистісну та реактивну тривожність у дітей оцінювали за методикою Спілберґера—Ханіна, вивчення рівня шкільної тривожності проводили за допомогою тесту Філіпса, кількісні показники симптомів депресивного спектра визначали за допомогою запитальника М. Ковач.

Результати. Висока реактивна тривожність ($50,01 \pm 3,04$) виявлена у 43,9% досліджуваних, помірна ($39,14 \pm 3,5$) — у 31,1%. Страх самовираження виявлено у 87% осіб, серед них підвищені показники у 57%, високі — у 30% обстежених школярів. Проблеми і страхи у стосунках з вчителями мали місце у 75% осіб, з них підвищені показники — у 52%, високі — у 23% опитаних.

За методикою М. Ковач у 40,4% осіб старшого підліткового віку (15–17 років) виявили симптоми депресії, серед них у 37,9% дітей з неповних сімей, у 16,7% дітей з повних сімей та у 45,5% сиріт; серед підлітків 12–14 років — у 55% осіб, з них у 20,6% напівсиріт, у 17,7% дітей з повних сімей та у 61,7% сиріт.

Висновки. Високі показники особистісної та реактивної тривожності, негативний фон у стосунках з вчителями у 75% осіб, виявлення розладів депресивного спектра у 55% школярів віком 12–14 років та у 37,9% осіб віком 15–17 років свідчать про потребу активного адаптивного впливу шкільних психологів на поведінкові реакції учнів і роботи з батьками та педагогами.

Ключові слова: підлітки, депресія, особистісна, реактивна та шкільна тривожність.

Frequency of affective disorders in adults of the Podillya region of Ukraine

Yu. Lysytsia

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsa, Ukraine

Affective disorders are extremely common in adolescent children. The most prominent are indicators of the level of anxiety and the range of depressive disorders.

Aim: to investigate the level of affective disorders in teenagers in the Podillya region.

Materials and methods. 377 pupils aged 12–17 years old attended the study, including 295 girls and 83 boys. City children 64, rural — 256, including 44 children who were studying at a boarding school. The personal and reactive anxiety in children was evaluated according to the method of Ch.D.Spilberg-Yu.L.Khanin, the study of school anxiety was performed using the Phillips test, quantitative indices of the spectrum of depressive symptoms were determined using the questionnaire for childhood depression, developed by Maria Kovach (1992).

Results. High reactive anxiety (50.01 ± 3.04) was found in 43.9% of the subjects, moderate (39.14 ± 3.5) in 31.1% of subjects. Fear of self-expression was detected in 87% of the people, among them increased in 57% of the subjects, high — in 30% of the surveyed schoolchildren. Problems and fears in relation to teachers took place in 75% of the people, from them increased — in 52% of the studied students, in 23% — high rates.

On methodology of M. Kovach for the 40.4% persons of senior teens (15–17) educed the symptoms of depression, among them for 37.9% children from incomplete families, for 16.7% children from complete families and for 45.5% orphans; among teenagers 12–14 — for 55% persons, from them for 20.6% semiorphans, for 17.7% children from complete families, and for 61.7% orphans.

Conclusions: high indexes of personality and reactive anxiety, negative background in relationships with teachers for 75% persons, exposure of different degree of spectrum of the depressed and subdepressed disorders for 55% schoolchildren by age 12–14 and for 37.9% persons 15–17 testify age to the necessity of active adaptive influence of school psychologists on the поведінкові reactions of students and work with parents and teachers.

Keywords: teenagers, depression, personality, reactive and school anxiety.

Частота аффективных расстройств у подростков Подольского региона Украины

Ю.М. Лисиця

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

Аффективные расстройства чрезвычайно распространены у детей подросткового возраста. Прогностически наиболее значительными являются показатели уровня тревожности и спектра депрессивных расстройств.

Цель: исследовать частоту аффективных расстройств у подростков Подольского региона.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 377 учащихся учебных заведений Хмельницкой области в возрасте 12–17 лет, из них 295 девочек и 83 мальчиков. Городских жителей было 64, сельских — 256, в том числе 44 ребенка из школ-интернатов. Личностную и реактивную тревожность у детей оценивали по методике Спилберґера—Ханіна, уровень школьной тревожности — при помощи теста Филлипса, количественные показатели спектра депрессивных симптомов — с помощью опросника детской депрессии М. Ковач.

Результаты. Высокая реактивная тревожность ($50,01 \pm 3,04$) выявлена у 43,9% обследованных, умеренная ($39,14 \pm 3,5$) — у 31,1% лиц. Страх самовыражения выявлен у 87% лиц, из них повышенные показатели — у 57% обследованных, высокие — у 30% обследованных школьников. Проблемы и страхи в отношениях с учителями имели место у 75% лиц, из них повышенные показатели — у 52% исследуемых школьников, высокие показатели — у 23%.

По методике М. Ковач у 40,4% лиц старшего подросткового возраста (15–17 лет) обнаружили симптомы депрессии, среди них у 37,9% детей из неполных семей, у 16,7% детей из полных семей и у 45,5% сирот; среди подростков 12–14 лет — у 55% лиц, из них у 20,6% полусирот, у 17,7% детей из полных семей и у 61,7% сирот.

Выводы. Высокие показатели личностной и реактивной тревожности, негативный фон в отношениях с учителями у 75% лиц, выявление расстройств депрессивного спектра у 55% школьников в возрасте 12–14 лет и у 37,9% лиц в возрасте 15–17 лет свидетельствуют о необходимости активного адаптивного влияния школьных психологов на поведенческие реакции учеников и работы с родителями и педагогами.

Ключевые слова: подростки, депрессия, личностная, реактивная и школьная тревожность.

Вступ

Економічний та інтелектуальний потенціал держави значною мірою визначається станом здоров'я молоді. Зміни соціально-економічних умов, збільшення термінів соціалізації, зростання потреб підлітків при фактичній відсутності у них соціального статусу, зростання сімейної дезадаптації відіграють суттєву роль у погіршенні соматичного, психічного та репродуктивного здоров'я [13].

Ю.Г. Антипкін і співавт. (2018) вказують, що в останні два десятиріччя в країні намітилася тривожна тенденція — зменшення кількості здорових дітей, що відбувається на тлі зменшення чисельності дитячого населення при високих рівнях захворюваності і поширеності хвороб [1,5].

Самооцінка здоров'я українськими підлітками всіх вікових категорій є нижчою, ніж серед учнівської молоді країн Європи та Північної Америки. Кожен п'ятий підліток вважає власне здоров'я посереднім або поганим, при цьому дівчата вдвічі гірше оцінюють стан свого здоров'я (27% назвали його посереднім або поганим), ніж хлопці (14%) [3].

Саме в цьому віці, як відомо, відбувається перебудова основних регулюючих механізмів, формування і стабілізація функціонування майже всіх органів та систем, виникає великий ризик зриву адаптаційних реакцій в умовах фізичного та розумового перевантаження [7,15].

Новий вид діяльності, інший колектив, інший режим дня, вимоги неухильного дотримання правил поведінки на уроці, висока складність та інтенсивність шкільної програми — це ті фактори, які можуть призводити до дезадаптації дитини та вегетативної дисрегуляції [9,11]. Поширеність вегетативних розладів, за даними деяких авторів, становить від 20 до 56% від усіх хвороб дитячого віку [12].

Поширеність розладів психіки та поведінки серед дітей просто вражає [2,18,19]. За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, психічні розлади спостерігаються у 10–20% від усіх дітей європейського регіону [8]. Важливим етіологічним фактором розвитку зазначених розладів слід вважати фактор психічної травматизації, тривалого психоемоційного стресу, причому все більшої ролі набувають соціальні фактори [4,20].

За даними О.П. Мостової (2017), розлади психіки та поведінки у дітей становлять від 10% у популяції (наприклад, гіперактивність у хлопчиків) до 20% (наприклад, різні форми депресії у підлітків) [10].

Наразі і в Україні, і за кордоном не існує єдиного загальноприйнятого підходу до оцінки всіх дитячих тривожних розладів. Виявлення і диференціація тривожного розладу за допомогою кількох методик дозволяє отримати більш вірогідну інформацію. Прогностично найбільш значущими орієнтирами є показники рівня тривожності, як особистісної, так і реактивної, так і спектра соматизованої депресії [14, 16], що і визначило мету даного дослідження.

Мета: дослідити рівень афективних розладів у підлітків Подільського регіону.

Матеріал і методи дослідження

Відбір дітей у дослідження проводився суцільним методом. Усього було обстежено 377 дітей віком 12–17 років, з них 295 дівчат і 82 хлопчики. Міських дітей було 64, сільських — 256, у тому числі 44 дитини зі шкільно-інтернатів.

Анкетування школярів підліткового віку проводилось у навчальних закладах м. Хмельницького і області за період 2015–2017 рр.

Середній вік обстежених становив $14,2 \pm 2,55$ року.

Критеріями включення були: вік дітей від 12 до 17 років, навчання у загальноосвітньому закладі та наявність згоди на проведення анкетування, як обстежуваного, так і його батьків чи законних представників.

Критеріями виключення були вік молодше 12 років, відсутність згоди батьків чи законних представників.

Для виконання поставленої мети оцінено особливості складових емоційних проявів у підлітків за допомогою відповідних шкал.

Особистісну та реактивну тривожність у дітей оцінювали за методикою Спілберґера—Ханіна [7]. Даний тест дозволяє виявити рівень пізнавальної активності, тривожності і гніву, високі рівні яких можуть сприяти розвитку у дитини як соціальної, так і шкільної дезадаптації.

Особистісна тривожність (ОТ) — стійка риса особистості, яка формується і встановлюється з раннього дитинства. Це індивідуальна готовність дитини до переживання, відчуття страху з приводу різних, саме для неї значущих, явищ.

Реактивна тривожність (РТ) характеризується суб'єктивними відчуттями дитини і являє собою емоційну реакцію на стресову ситуацію, може бути різною за ступенем виразності, інтенсивністю і динамічністю у часі [6].

Запитальник ділиться на дві частини: перша частина, яка складається з 20 питань, оцінює РТ, друга частина (з 20-го по 40 питань) — ОТ. Така побудова методики дозволяє оцінити емоційні переживання школяра. Крім того, друга частина запитальника може використовуватись для вивчення емоційного ставлення школяра до того чи іншого предмету в школі [7,6].

У нормі показники знаходяться в межах 30 балів. Помірно підвищеною вважають тривожність при показниках 31–45 балів, високий рівень тривожності — при 46 балів і вище. Дану методику використовують як з метою проведення фронтального обстеження дітей, щоб виявити тих, які мають в школі різні емоційні проблеми, так і для індивідуальної роботи з школярами.

Вивчення рівня шкільної тривожності проводили за допомогою тесту Філіпса. Тест складається з 58 питань, на кожне з яких слід відповісти «так» або «ні». При розбіжності від 26 до 50% (15–28) можна говорити про помірну загальну тривожність дитини, якщо більше 50% (29–44) — слід думати про підвищену тривожність, показник більше 75% (45–58) від загального числа питань свідчить про високу тривожність.

Запитальник дитячої депресії, розроблений М. Ковач (Maria Kovacs, 1992), дозволяє визначити кількісні показники депресивних симптомів — зниження настрою, гедоністичних емоцій, вегетативних функцій, самооцінки, міжособистісної поведінки. Запитальник перекладаний багатьма мовами, тому може використовуватись в обстеженні дітей різних культур. Тест являє собою шкалу самооцінки, що складається з 27 пунктів і призначена для дітей віком від 7 до 17 років. Кожен пункт містить три варіанти, що кодуються як 0,1,2 відповідно, де показники прямо пропорційні глибині депресії. Дитина вибирає одне з трьох значень по кожному пункту шкали, які відповідають показникам протягом останніх двох тижнів. Запитальник легко заповнювати та обробляти дані. Це потребує, у середньому, 15 хвилин [17].

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програм Microsoft Excel та GraphPad Prism (версія 5.0).

Результати дослідження та їх обговорення

За даними дослідження тривожності за методикою Спілбергера—Ханіна високий рівень ОТ (49,9±3,96 при середньому значенні

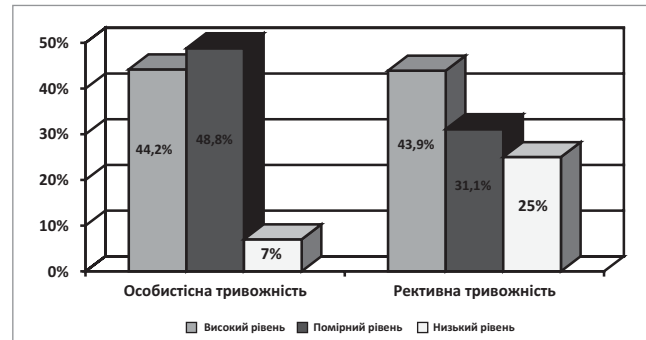


Рис. 1. Показники реактивної та особистісної тривожності у дітей підліткового віку за даними дослідження тривожності за методикою Спілбергера—Ханіна.

43,95±7,1) виявлено у 44,18%, помірний (40,6±3,55) — у 48,8%, низький (29±0,5) — у 7,02% досліджуваних (рис. 1).

Середні показники РТ були помірними (41,8±8,7), водночас висока РТ (50,01±3,04) виявлена у 43,9% досліджуваних, помірною (39,14±3,5) — у 31,1%, низькою (30,72±2,7) — лише у 25% обстежених (рис. 1).

За результатами дослідження шкільної тривожності (тест Філіпса) загальна тривожність у школі була підвищеною у 18,5% школярів. У 17,2% підлітків підвищені показники, які свідчать про переживання соціального стресу, тобто вказують на емоційний стан дитини, на тлі якого розвиваються її соціальні контакти, передусім з однолітками та друзями.

Фрустрація потреби в досягненні успіху — несприятливий психічний фон, який не дозволяє дитині розвивати свій талент, досягати успіху, високого результату в навчанні, спорті тощо, підвищені у 43% школярів, серед них у 31% підлітків показники помірно підвищені, у 12% — високі.

Страх самовираження — негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних з необхідністю саморозкриття, презентації себе іншим, демонстрації своїх можливостей, виявлено у 87% осіб, серед них підвищені показники виявлено у 57% досліджуваних, високі — у 30% обстежених школярів.

Страх ситуації перевірки знань — тривога і переживання при перевірці знань у класі або в іншому публічному місці — мали місце у 92% осіб, зокрема підвищені — у 59%, високі — у 33% обстежених школярів.

Страх бути невідповідним очікуванням оточуючих — тривога з приводу можливої оцінки з боку оточуючих або очікування негативних оцінок — підвищені у 47% підлітків, у 19% з них ці показники високі.

Низька фізіологічна опірність стресу — психофізіологічна особливість організму,

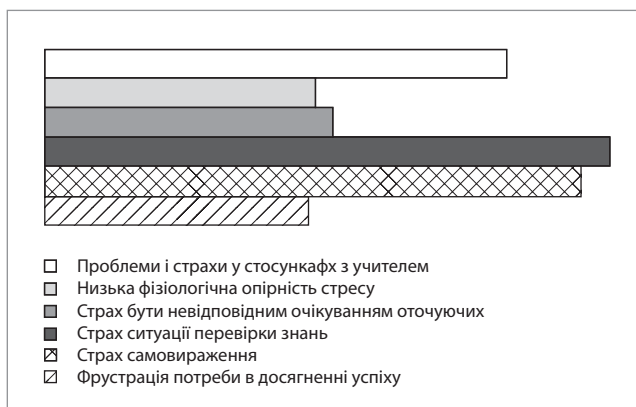


Рис.2. Результати оцінки факторів шкільної тривожності за тестом Філіппа

яка зменшує пристосовуваність дитини до ситуацій стресогенного характеру, підвищує вірогідність неадекватного, деструктивного реагування на певну ситуацію, виявлена у 44% обстежених школярів: підвищена — у 33% та висока — у 11% осіб.

Проблеми і страхи у стосунках з учителями — загальний негативний емоційний фон відносин з дорослими у школі, що знижує успішність навчання, — мали місце у 75% осіб, з них підвищені — у 52%, високі — у 23% досліджуваних школярів (рис. 2).

Результати опитування за методикою М. Ковач вказували на наявність виразної депресії у 66 (40,4%) дітей старшого підліткового віку (15–17 років): у 25 (37,9%) дітей з неповних сімей, з них 10 (40%) осіб жіночої статі, у 11 (16,7%) дітей з повних сімей, серед них переважали особи чоловічої статі (81,8%), та у 30 (45,5%) сиріт, з них 18 (60%) жіночої статі, що у 2,7 рази частіше, ніж у дітей з повних сімей ($p < 0,05$).

Серед підлітків 12–14 років у 34 осіб виявлено різні прояви розладів депресивного спектра, що склало 55%, з них 7 (20,6%) осіб — напівсироти, з них 5 (71%) жіночої статі, 6 (17,7%) осіб з повних сімей, де переважали особи чоловічої статі — 4 (66,7%), та 21 (61,7%) підліток був сиротою, серед них 15 (71,7%) осіб жіночої статі. Депресивні розлади у дітей даної вікової категорії зустрічались у 1,3 рази часті-

ше, ніж у старших підлітків, а серед сиріт — у 3,4 рази частіше, ніж у дітей з повних сімей, що є статистично значущим ($p < 0,01$).

Ознаки субдепресії виявлено у 14 (8,5%) осіб, з них 64,3% осіб чоловічої статі. Залежно від складу сім'ї підлітки розподілились наступним чином: 3 (21,4%) з повних сімей, 2 (14,2%) — напівсироти, 9 (64%) — сироти.

Отже, за шкалою М. Ковач переважали розлади депресивного спектра зі статистичною значущістю у дітей-сиріт та в осіб жіночої статі. У дітей з повних сімей депресивні розлади зустрічались достовірно рідше, ніж у сиріт і дітей з неповних сімей, але серед них статистично достовірно ($p < 0,05$) переважали підлітки чоловічої статі.

Висновки

Депресивні та субдепресивні розлади частіше виявлялись у підлітків 12–14 років — 55% проти 37,9% у підлітків віком 15–17 років, зі статистично значущим переважанням в обох групах дітей-сиріт та осіб жіночої статі.

Дослідженому контингенту школярів підліткового віку притаманні помірна та висока ОТ (92,98%), а також помірна і висока РТ (75%) зі статистично значущим переважанням у дітей з неповних сімей.

У школі підтримується високе емоційне навантаження, яке продовжує дезадаптувати підлітків. Страх самовираження виявлено у 87% осіб, страх ситуації перевірки знань — у 82% підлітків, страхи у стосунках з учителями — у 75% осіб, у 52% з них отримано високі показники, що свідчить про потребу активного адаптивного впливу шкільних психологів на поведінкові реакції як учнів, так і вчителів.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження проблем розвитку афективних станів у підлітків будуть присвячені пошуку генетичних маркерів схильності або стійкості до психотравмуючої ситуації.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін ЮГ, Волосовець ОП, Майданник ВГ. (2018). Стан здоров'я дитячого населення — майбутнє країни (частина 1). *Здоров'я ребенка*. 13; 1, 2: 2–23.
2. Бабенко М. (2017). Проблема соматизації тривожних состояний в практиці врача-клініциста. *Український медичний часопис*. 5(121): 117–120.
3. Балакірева ОМ, Рингач МО, Левін РЯ. та ін. (2014). Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України. Київ: Український інститут соціальних досліджень:128.
4. Бурчинський СГ. (2016). Тривожно-депресивні розлади при неврологічній патології: стратегії і можливості фармакотерапії. *Український медичний часопис*. 5 (115):69–74.
5. Голубчиков МВ, Заболотко ВМ, Кравчук НГ, Стешенко ІЄ, Руденко НГ, Сазонова ІД, Великдан ВІ. (2017). Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2015–2016 роки. *Довідник МОЗ України*. Київ: 325.
6. Денисенко ВІ, Нетяженко ВЗ, Вітенко СІ, Денисюк ВО, Гунько ІП, Шмалій ВІ (2014). Внутрішня медицина та тривожно-депресивні розлади. Вінниця: Консоль: 570.
7. Майданник ВГ, Мітюряєва-Корнійко ІО, Кухта НМ, Гнилоскуренко ГВ. (2017). Вегетативні дисфункції у дітей. Пароксизмальна вегетативна недостатність. Київ:Логос:300.
8. Матковський ТМ. (2016). Сучасні погляди на розвиток депресивних розладів у підлітків та молоді. III-я всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання та перспективи розвитку медичної допомоги і соціальних послуг підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу» в Україні, м. Київ, 29 листопада — 1 грудня 2016 р.:43–45.
9. Місюра ОМ, Потаскалова ВС, Хайтович МВ. (2017). Цефалгія та особливості поведінки учнів гімназії: результати факторного аналізу. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства і гінекології*. 3 (11): 37.
10. Мостова ОП. (2017). Алгоритми виявлення і організації допомоги при розладах психіки і поведінки у дітей. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства і гінекології*. 3 (11):44.
11. Овсиенко Н. (2015). Сохранение здоровья женщины в различные возрастные периоды жизни — цель современной гинекологии. *Здоров'я України*. 1(18):23–24.
12. Овчаренко ЛС, Шелудько ДН, Вертегел АА. (2017). Взаимосвязь показателей активности регуляторных систем и состояния вегетативной нервной системы у детей с рекуррентными заболеваниями респираторного тракта. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства і гінекології*. 3 (11):46–47.
13. Пархоменко ЛК. (2016). Стан здоров'я підлітків України за підсумками 2014–2015 рр. Актуальні питання та перспективи розвитку медичної допомоги і соціальних послуг підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу» в Україні. Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 29 листопада — 1 грудня 2016 р. Київ:1.
14. Пипа ЛВ, Пілюйко НВ, Філик АВ, Лисиця ЮМ. (2017). Комплексний підхід до раннього виявлення тривожних станів у дітей підліткового віку. *Перинатологія і педіатрія*. 3(71):87–92.
15. Родионова АН, Долгих ВВ, Колесникова ЛІ, Рычкова ЛВ. (2014). Факторы риска и структура психосоматических расстройств у высокоинтеллектуальных школьников. *International journal of experimental education*. 1:90–95.
16. Хайтович МВ, Місюра ОМ. (2016). Сучасні уявлення про епігенетичні механізми розвитку психосоматичних захворювань у дітей. Актуальні проблеми педіатрії: матеріали XIII з'їзду педіатрів України, м. Київ, 11–13 жовтня: 105–106.
17. Чарльз Венар, Керич Патриция. (2004). Психопатология развития детского и подросткового возраста. Перевод с английского: Е Будакова, А Копытин, А Палий, А Ракитина, С Рысев (науч. редактор А Алексеев). Санкт-Петербург: прайм-ЕВРОЗНАК: 384.
18. Huline-Dickens S. (2014). *Clinical Topics in Child and Adolescent Psychiatry*. 416 p.
19. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ et al. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 69(4):372–282.
20. Lee SP, Sung IK, Kiv JH et al. (2015). The effect of emotional stress and depression on the prevalence of digestive diseases. *J Neurogastroenterol. Motil*. 1(2):273–282.

Сведения об авторах:

Лисица Юлия Николаевна — ассистент каф. педиатрии, акушерства и гинекологии ФПО Винницкого НМУ имени Н.И. Пирогова.

Адрес: г. Хмельницкий, ул. Каменецкая, 94; тел. (0382) 67 17 37.

Статья поступила в редакцию 25.06.2018 г.; принята в печать 22.11.2018 г.

ВНИМАНИЕ!

Подписку журнала (с курьерской доставкой) можно оформить на сайте подписного агентства «АС-Медиа» **web: www.smartpress.com.ua/** или по тел. 044-353-88-16, 044-500-05-06 — отдел продаж.
Подписной индекс журнала «ПЕРИНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ» — **22811**

ГОЛОВНІ ПОДІЇ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

10 РОКІВ
+
iMF
РАЗОМ

X ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ



VIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ДОСЯГНЕНЬ МЕДИЧНОЇ НАУКИ У ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



IV МІЖНАРОДНИЙ ФОРУМ

МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

За підтримки:



Президента України



Кабінету Міністрів
України



Офіційна підтримка:
Міністерства охорони
здоров'я України



Київської міської
державної адміністрації

Генеральний партнер:

Canon

Під патронатом:



Комітету Верховної Ради України
з питань охорони здоров'я



Національна академія
медичних наук України



Організатори:

НМАПО імені П. Л. Шупика



Компанія LMT

17–19 квітня 2019 року

КРАЇН << 35 65 >> НАУКОВИХ ЗАХОДІВ

ЕКСПОНЕНТІВ << 400 800 >> ДОПОВІДАЧІВ

ВІДВІДУВАЧІВ << 15000 100 >> ЛІКАРСЬКИХ
СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

УВАГА! НОВЕ МІСЦЕ
ПРОВЕДЕННЯ ФОРУМУ



Міжнародний Виставковий Центр
м. Київ, Броварський пр-т, 15
станція метро «Лівобережна»

MEDICAEXPO Міжнародна виставка охорони здоров'я

PHARMAEXPO Міжнародна фармацевтична виставка

✓ **Весь спектр обладнання, техніки, інструментарію
для медицини, новинки фармацевтичних препаратів
від світових та вітчизняних виробників**

✓ **Науково-практичні заходи**

✓ **Школи та майстер-класи на діючому обладнанні**

З питань участі у виставках:

+380 (44) 206-10-16

@ med@lmt.kiev.ua



З питань участі у Конгресі:

+380 (44) 206-10-99

@ info@medforum.in.ua

WWW.MEDFORUM.IN.UA

WWW.HCM.IN.UA

Правила подачи и оформления статей

Авторская статья направляется в редакцию по электронной почте в формате MS Word. Статья сопровождается официальным направлением от учреждения, в котором была выполнена работа, с визой руководителя (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, экспертным заключением о возможности публикации в открытой печати, заключением этического комитета учреждения или национальной комиссией по биоэтике. На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов и информация о процентном вкладе в работу каждого из авторов. Принимаются оригиналы сопроводительных документов с приложением печатного экземпляра рукописи, подписанного автором(ами), официального направления, присланные по почте, или сканированные копии вышеприведенных документов и первой (титальной) страницы статьи с подписью всех авторов статьи в формате Adobe Acrobat (*.pdf), присланные на электронный адрес редакции.

Статьи принимаются на украинском, русском или английском языках.

Структура материала: введение (состояние проблемы по данным литературы не более 5–7-летней давности); цель, задачи, материалы и методы; результаты исследований и их обсуждение (освещение статистически обработанных результатов исследования); выводы; перспективы дальнейших исследований в данном направлении; список литературы (два варианта), рефераты на русском, украинском и английском языках.

Реферат является независимым от статьи источником информации, кратким и последовательным изложением материала публикации по основным разделам и должен быть понятен без самой публикации. Его объем 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 к **оригинальной статье** должен быть структурированным и повторять структуру статьи: цель исследования; материалы и методы; результаты; выводы; ключевые слова. Все разделы в реферате должны быть выделены в тексте жирным шрифтом.

Для остальных статей (обзор, лекции, клинический случай 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.

При проведении исследований с привлечением любых материалов человеческого происхождения в разделе «Материалы и методы» авторы должны указывать, что исследования проводились в соответствии со стандартами биоэтики, были одобрены этическим комитетом учреждения или национальной комиссией по биоэтике. То же самое относится и к исследованиям с участием лабораторных животных.

Например: «Исследование было выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом (ЛЭК) для всех участвующих».

«При проведении экспериментов с лабораторными животными все биоэтические нормы и рекомендации были соблюдены».

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 (300 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 оформлены в соответствии с требованиями ГАК, компактными, пронумерованными, иметь название. Номера таблиц, их заголовки и цифровые данные, обработанные статистически, должны точно соответствовать приведенным в тексте.

Ссылки на литературные источники в тексте обозначаются цифрами в квадратных скобках, должны отвечать нумерации в списке литературы. **Статьи со списком литературных источников в виде постраничных или концевых ссылок не принимаются.**

Необходимо предоставлять два варианта списка литературы.

Первый вариант приводится сразу после текста статьи, источники располагаются по алфавиту (сначала работы, опубликованные на русском или украинском языках, далее — на других языках).

Второй вариант полностью повторяет первый, но источники на украинском и русском языках **ПЕРЕВОДЯТСЯ!** на английский язык. Он необходим для сайта, повешения индекса цитирования авторов и анализа статьи в международных наукометрических базах данных.

Оба варианта оформляются в соответствии со стилем APA (American Psychological Association style), используемым в диссертационных работах. **Пример оформления для обоих вариантов:**

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2005). Название статьи. Название журнала. 10(2); 3: 49–53.

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Название книги. Город: Издательство: 256.

В тексте статьи допускаются общепринятые сокращения, а также авторские сокращения, которые обязательно расшифровываются в тексте при первом упоминании и остаются неизменными по всему тексту.

В конце статьи авторы должны заявить о наличии каких-либо конкурирующих финансовых интересов в отношении написания статьи. Указание конфликта интересов в статье **является обязательным.**

Пример: «Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов» или «Материал подготовлен при поддержке компании...»

Статья заканчивается сведениями обо **всех 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; идентификатор ORCID (<https://orcid.org/register>). Сокращения не допускаются. Автор, ответственный за связь с редакцией, указывает свой мобильный/контактный номер телефона.

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



WORLD THROMBOSIS DAY

11.10.2019

**III науково-практична конференція,
Присвячена **WORLD THROMBOSIS DAY****

«Тромбопрофілактика в Україні. Сучасні світові тенденції»

м. Київ, вул. Антоновича 52, конференц-хол ДЕПО

Надається можливість On-line перегляду
Учасники отримують національний та міжнародний сертифікати

Захід включено до реєстру з'їздів, конгресів,
симпозіумів та науково-практичних конференцій на 2019 рік

**Обов'язкова реєстрація на сайті
wtd-ukraine.org**

ЗА ПІДТРИМКИ:



ДЕПАРТАМЕНТ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ



ОРГАНІЗАТОРИ:



siyemi



10 РОКІВ

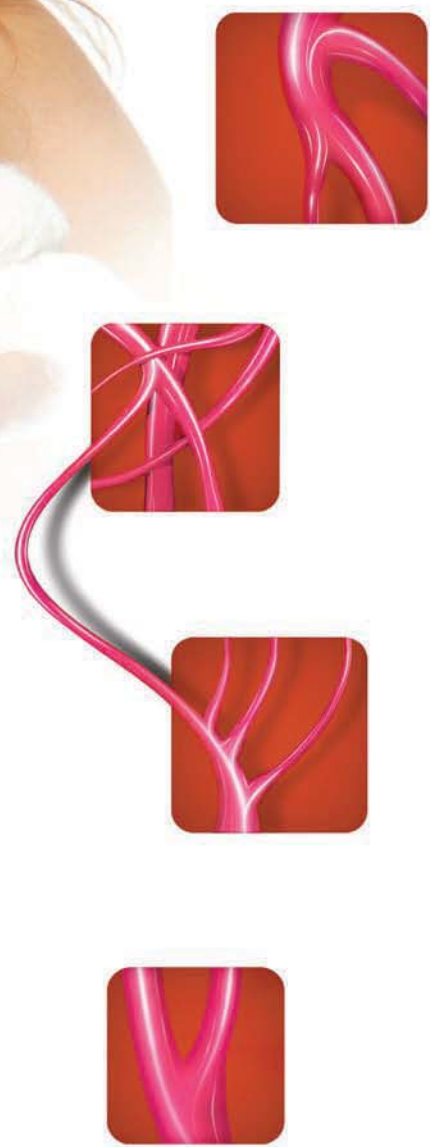
СУДИННОЇ ТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ



ТІВОРТІН®

СТВОРЕНИЙ ДЛЯ ФІЗІОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

- ПОСИЛЕННЯ КРОВОТОКУ В СИСТЕМІ «МАТІР-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД» НА 37,7%,
- ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ РОЗВИТКУ ЗВУР В 4 РАЗИ,
- ЗНИЖЕННЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ В 2,3 РАЗИ,
- ЗНИЖЕННЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В ПЕРШІЙ ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ НА 11,5%¹



Курс лікування: Тівортін 4,2% р-н 100 мл в/в крапельно 1 р/добу. Курс — 10 днів. Далі Тівортін аспармат р-н для перорального застосування по 1 мірній ложці 3 рази на добу, курс — 14 днів. За необхідності курс лікування повторюють

Тівортін® р-н для інфузій. Лікарська форма: р-н для інфузій у флаконах по 100 мл. Склад: 100 мл розчину містять 4,2 г аргініну гідрохлориду (в 100 мл міститься 20 ммоль аргініну гідрохлориду), Тівортін® аспармат. Лікарська форма: р-н для перорального застосування у флаконах 100 і 200 мл. Склад: 5 мл розчину містять L-аргініну аспартату 1 г (L-аргініну — 0,57 г, кислоти аспарагінової — 0,43 г). Фізико-хімічні властивості: прозора, ледь жовтуватого кольору рідина з характерним карамельним запахом, солодка на смак. **ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ.** Захворювання серцево-судинної системи: у комплексній терапії ішемічної хвороби серця і хронічної серцевої недостатності, атеросклероз судин серця та периферичних судин, гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія, стані після перенесеного гострого інфаркту міокарда, міокардіопатії, діабетична ангиопатія, Захворювання нервової системи: атеросклероз судин мозку, стані після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, Захворювання дихальної системи: хронічні обструктивні захворювання легень, інтерстиціальна пневмонія, Ідіопатична легенева гіпертензія, хронічна постемболічна легенева гіпертензія, Захворювання травної системи: гострі і хронічні гепатити різної етіології, печінкова недостатність, печінкова енцефалопатія, спричинена гіперамоніємією. **ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ.** Рідко — відчуття легкого дискомфорту в шлунку і кишечнику, нудота безпосередньо після застосування препарату, яка зникає самостійно. Головний біль, відчуття жару, флебіт у місці введення розчину. Рідко — алергічні реакції. **ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Гіперчутливість до препарату, Гіперхлоремічний ацидоз, діти до 18 років. **ВЗАЄМОДІЯ З ІНШИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ПРЕПАРАТАМИ.** Спільне застосування амінофіліну з аргініном може супроводжуватися підвищенням вмісту інсуліну в крові; спіронолактону з аргініном — підвищенням рівня калію в крові. Аргінін несумісний із тіопенталом. **СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ Й ДОЗИ.** Тівортін® р-н для інфузій. Препарат вводиться внутрішньовенно крапельно зі швидкістю 10 крапл./хв за перші 10–15 хв, потім швидкість введення можна збільшити до 30 крапл./хв. Добова доза препарату становить 100 мл розчину. При тяжких порушеннях кровообігу в центральних і периферичних судинах, гіпоксії, астенічних станах доза препарату може бути збільшена до 200 мл/добу (по 100 мл двічі на добу). Максимальна швидкість введення не має перевищувати 20 ммоль/год. Курс терапії: 7–10 днів. Тівортін® аспармат. Вживають всередину, під час їжі. При ішемічній хворобі серця, атеросклерозі судин серця та головного мозку, атеросклерозі периферичних судин, діабетичній ангиопатії, гіперхолестеринемії, станках після перенесеного гострого інфаркту міокарда й гострого порушення мозкового кровообігу, артеріальній гіпертензії по 5 мл (1 мірна ложка — 1 г препарату) 3–8 разів/добу. При хронічних обструктивних захворюваннях легень, інтерстиціальній пневмонії, ідіопатичній легеневій гіпертензії, хронічній постемболічній легеневій гіпертензії, гострих і хронічних гепатитах різної етіології, печінковій недостатності, печінковій енцефалопатії — 5 мл 3–6 разів/добу. При гіпоксичних та астенічних станах — 5 мл 4–8 разів/добу. Максимальна добова доза — 8 г. Тривалість курсу терапії — 8–15 днів, за необхідності курс лікування повторюють. РП МОЗ України №UA/9941/01/01, №UA/8954/01/01. *Інформація наведена у скороченому вигляді. За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності медичників і фармацевтичних працівників. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. 1. Новий підхід к терапії плацентарної дисфункції с использованием L- аргинина. С.С. Лубиная, И.В. Стрижакова. Здоровье женщины, №8 (54), 2010г.



www.uf.ua

ТОВ «Юрія-Фарм»
03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.
Тел.: 044-275-01-08

www.tivortin.com

