

УДК 616.62-008.22+616.365-053.2:616.891

**С.Н. Зинченко, В.Г. Козачук, О.А. Майструк**

## **Нарушения контроля над навыками опрятности у детей**

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина  
Украинский медицинский центр реабилитации детей  
с органическим поражением нервной системы Министерства здравоохранения Украины, г. Киев

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.7(71):131-134; doi10.15574/SP.2015.71.131

*Навыки опрятности у ребёнка определяются волевым поведением под влиянием воспитания. Нарушение навыков опрятности может быть связано с психологическими причинами и не быть болезненным состоянием. Энурез и энкопрез, как болезненные состояния, обусловлены различными причинами и механизмами нарушений произвольности актов мочеиспускания и дефекации и требуют специального лечения.*

**Ключевые слова:** *навыки опрятности, волевое поведение, психологические причины, болезненные состояния, энурез, энкопрез.*

Формирование навыка опрятности или способности волевого контроля актов произвольного мочеиспускания и дефекации у детей имеет несколько обязательных условий и факторов.

Во-первых, фактор созревания систем, регулирующих произвольность этих актов. Полученный сигнал со сфинктеров через систему сложных взаимосвязей реализуется в произвольный акт. В процессе взросления этот навык автоматизируется, и ребёнок, не задумываясь, пойдёт и произведёт по наученным правилам свои физиологические отправления.

Во-вторых, ребёнок с грудного возраста обучается произвольному выполнению этих актов, а именно учится навыкам опрятности — он должен либо самостоятельно справиться свою нужду в определённом месте, либо попросить взрослого о помощи в её реализации.

Обязательными условиями для формирования у ребёнка контроля своих физиологических актов являются своевременное развитие самосознания ребёнка, его волевого и социального поведения. Эти условия должна предоставить ребёнку семья или персонал детских учреждений.

Согласно физиологическим и психологическим параметрам развития функциональных систем, произвольная регуляция актов мочеиспускания и дефекации рассматривается в следующие сроки:

- произвольное мочеиспускание в дневное время формируется от 2,5–3 лет;
- произвольный акт дефекации в дневное время — в 1,5 года.

Однако, к сожалению, такие возрастные сроки не всегда выполняются по разным причинам.

Рассмотрим некоторые психологически обусловленные причины нарушения формирования произвольных актов мочеиспускания и дефекации и контроля над их исполнением:

1. Запоздание в возрастных сроках развития волевой активности ребёнка и его контроля над своими навыками.
2. Нарушения приобретенной регуляции своих произвольных физиологических актов.

Эти варианты имеют такие основные причины и механизмы их образования:

- неправильное воспитание у маленького ребёнка навыков опрятности;
- смена стереотипа жизни и быта ребёнка в раннем детстве;
- психологически неприемлемая для ребёнка ситуация и обстоятельства его жизни;

- слабость регуляции функций мочеиспускания или дефекации, связанные с врождённой недостаточностью (варианты минимальной мозговой дисфункции) либо с конституциональной недостаточностью (в семье имеются случаи позднего формирования этих навыков, наличие болезненных форм — энуреза или энкопреза).

Остановимся на показателях неправильного воспитания у маленького ребёнка навыков физиологической опрятности. При запоздалом формировании волевого контроля ребёнком за своими физиологическими актами могут быть такие варианты неправильного воспитания:

- родители не уделяют достаточного внимания воспитанию этих навыков, считая, что «ребёнок подрастёт и сам этому научится»;
- использование памперсов 24 часа в сутки, что безусловно приводит к недостаточному вниманию ребёнка к произвольным актам, но облегчает уход за маленьким ребёнком к общему удовольствию близких;
- «почасовое» высаживание ребёнка на горшок (дома или в детском саду), что может привести к установлению ритма мочеиспускания или дефекации, но отнюдь не приведёт к формированию самоконтроля ребёнка за своими навыками опрятности;
- одиозное отношение некоторых родителей к использованию ребёнком горшка или туалета: «нельзя использовать их из-за этических соображений». А что же делать ребёнку? Носить памперсы до старости?

Нарушение или «разрушение» уже приобретенных ребёнком, но ещё недостаточно устойчивых, навыков опрятности, волевого самоконтроля над своими физиологическими актами может быть связано с некоторыми психологическими факторами:

- строгое отношение взрослых к неудачной попытке ребёнка контролировать свои навыки опрятности;
- во время игры ребёнок не всегда обращает внимание на необходимость своевременного опорожнения мочевого пузыря или кишечника;
- смена жизненных обстоятельств может привести к тому, что ребёнок не знает, как и где реализовать свои физиологические потребности (в детском саду, в гостях и т.д.);
- наличие реакции протеста со стороны ребёнка на неприятное к нему отношение со стороны окружающих людей.

Строгое отношение взрослых может вызвать у ребёнка неудовольствие, страх, стыд за свой неприглядный проступок. Повторение таких переживаний может привести к «поломке» произвольной регуляции и контроля ребёнком за своими физиологическими отправлениями и появлению непроизвольного мочеиспускания и дефекации даже у ребёнка младшего школьного возраста.

Нарушение фиксации внимания за контролем физиологических актов встречается у детей с особенностями личностных реакций — им всё равно, что они ощущают, главное не прекращать увлекательную игру. Некоторые родители решают эту проблему использованием памперсов вплоть до школьного возраста, зная о малых возможностях контроля ребёнком за своим волевым поведением и физиологическими ощущениями. Подобная тактика воспитания тормозит развитие произвольной регуляции физиологических актов ребёнка и в дальнейшем может привести к нежелательным последствиям в сфере социального поведения ребёнка и особенно плохой самостоятельной адаптации в непривычных для него условиях.

Родители обязаны тренировать внимание ребёнка к своим физиологическим реакциям, научить его самостоятельно решать эти проблемы, используя навыки опрятности.

Смена жизненных условий (переезд на новую квартиру, пребывание в детском учреждении), особенно для маленького ребёнка, может стать психологически неприемлемой ситуацией и привести к временному нарушению произвольного контроля над физиологическими актами. При этом окружающим взрослым необходимо терпеливо научить малыша исполнять свои навыки в определённых условиях.

Реакция протеста у детей может проявляться, начиная с 2–3-летнего возраста. Иногда такая реакция может проявиться в форме нарочитого отказа от произвольного контроля над своими навыками опрятности. Малыш хитро смотрит на взрослых и упускает мочу или пачкает штанишки калом. Таким образом он стремится обратить на себя внимание либо «наказать» взрослых, либо показать своё «Я». Чаще реакции протеста такого типа возникают в период кризиса трех лет, но могут возникать у детей старшего возраста.

Представленные примеры появления неконтролируемых ребёнком актов мочеиспускания и дефекации не представляют собою, пока что, болезненных состояний. Эти отклонения психологически обусловлены, и при правильной позиции воспитания навыков опрятности со стороны взрослых могут быть преодолены. Однако если психогенные влияния на ребёнка продолжают некоторое время либо проявляется стрессовая ситуация, то это может привести к вмешательству в его развитие. В частности, может произойти «слом» произвольной регуляции физиологических актов, а именно нарушение самоконтроля ребёнком навыков опрятности. При этом могут развиваться болезненные состояния в форме невротического энуреза и невротического энкопреза.

Кроме невротического варианта нарушения произвольности актов мочеиспускания и дефекации и самоконтроля над ними со стороны ребёнка различают и другие варианты.

**Энурез и энкопрез** — это болезненные состояния в форме нарушения произвольности актов мочеиспускания и дефекации, не зависящие от самоконтроля ребёнка за своими физиологическими отправлениями.

Остановимся на некоторых разновидностях нарушения произвольности этих физиологических отправлений в детском возрасте — недержании мочи и недержании кала. Эти расстройства имеют различные причины и механизмы их образования и являются болезненными

состояниями, которые требуют после грамотной диагностики правильного лечения. Различают такие варианты этих болезненных состояний:

- *первичный энурез и первичный энкопрез* — недержание мочи и кала во время ночного или дневного сна, в период бодрствования, которые проявляются у ребёнка со дня рождения, длятся после 3-летнего возраста и возникают вследствие незрелости функциональных систем регуляции произвольных актов мочеиспускания и дефекации;
- *вторичный энурез и вторичный энкопрез* — это функциональные расстройства в виде непроизвольного мочеиспускания или дефекации, которые возникают на фоне ранее сформированных навыков опрятности; причинами их могут быть психогенные, соматогенные, конституциональные факторы.

При этом формирование навыков опрятности и установление контроля ребёнком над своими физиологическими отправлениями весьма проблематично, а иногда и просто невозможно. Это связано с тем, что при болезненных формах нарушений произвольности актов регуляции мочеиспускания или дефекации ослабевает или переходит в фазу непроизвольного отправления физиологических актов.

*Первичный энурез* клинически проявляется на фоне глубокого сна (ночного или дневного). Ребёнок не может регистрировать позывы к мочеиспусканию. Недержание мочи происходит почти каждую ночь в одно и то же время, а у некоторых детей и по нескольку раз за ночь. В дневное время в период бодрствования также может возникнуть недержание мочи при переполненном мочевом пузыре и при обстоятельствах, которые мешают ребёнку вовремя опорожниться. Кроме того, ребёнок не всегда своевременно ощущает позывы к мочеиспусканию даже в дневное время и понимает, что нужно идти в туалет, только при наличии «мокрых» сигналов в штанишках.

Первичный энурез — это длительное болезненное состояние, которое может продолжаться и до взрослого периода жизни человека. Усугубляет эту проблему, увеличивая сроки проявления энуреза, пагубная позиция родителей — «ребёнок вырастет — и всё наладится». Это чаще бывает в тех семьях, где имеет место энурез в семейном анамнезе.

В некоторых случаях, примерно к 7 годам, может проявиться «сухой» период. Однако любой психогенный или соматогенный толчок вновь приведёт к повторению монотонного стойкого энуреза.

*Первичный энкопрез* клинически проявляется чаще всего в дневное время. Ребёнок с этим болезненным страданием не ощущает первичных позывов к дефекации, поэтому неосознанно, бесконтрольно пачкает штанишки и только после этого ощущает необходимость опорожниться. В отличие от энуреза, при энкопрезе в дневное время обычно не наступает полного опорожнения — ребёнок ищет помощи или условий для продолжения акта дефекации. Поэтому чаще всего он проявляется в виде частичного упускания каловых масс и называется каломазание. Это болезненное состояние может быть стойким, продолжаться вплоть до старшего возраста, повторяться по нескольку раз в день.

Формы первичного энуреза и первичного энкопреза, каломазания, требуют немедленного обращения к соответствующим специалистам — неврологам, урологам, проктологам. Правильная диагностика и своевременное лечение поможет ребёнку преодолеть свой недуг, приобрести устойчивые навыки опрятности и установить самоконтроль над ними. В противном случае у ребёнка могут развиваться

невротические реакции, понизится самооценка, появятся личностные комплексы отрицательного свойства, что несомненно приведёт к нарушению социального поведения и адаптации ребёнка в окружающем мире.

*Вторичные энурез и энкопрез* клинически проявляются у ребёнка после благополучного периода функционирования выработанного навыка опрятности и наличия контроля над ним. Появлению вторичного энуреза и энкопреза обычно предшествуют какие-либо соматические или инфекционные заболевания ребёнка. При этом нарушения контроля над навыками опрятности свидетельствует о временном разладе произвольности актов мочеиспускания или дефекации. Энурез и энкопрез обычно возникают на фоне глубокого сна, и ребёнок не может регистрировать сигналов со сфинктеров. В ряде случаев упускание порции мочи или кала может происходить и в дневное время. Эти болезненные состояния характеризуются монотонностью течения, однообразием проявлений и могут длиться несколько лет. Ухудшение состояния отмечается после очередного обострения хронического соматического заболевания.

Вторичный энкопрез чаще проявляется в дневное время в виде каломазания. Ребёнок не всегда это ощущает и попросту не реагирует на него. Обычно неполадки замечают окружающие по неприятному запаху и сообщают об этом ребёнку в весьма недоброжелательной форме.

Длительность и повторяемость вторичных энурезов и энкопрезов психологически травмирует ребёнка: формирует комплекс неполноценности, неуверенность в себе, лишает радости общения, способствует развитию тревожного ожидания своих проблем и т. д. Таким образом, формируется вторичная невротизация ребёнка, что ещё больше усиливает слабость контроля ребёнка над своими навыками.

Появление первых симптомов энуреза или энкопреза требует незамедлительного обращения к врачу, который установит причину нарушения контроля над физиологическими отправлениями и назначит соответствующий режим и лечение.

*Невротический энурез и невротический энкопрез* представляют собой особые случаи. Это болезненная поломка регуляции произвольности физиологических отправления ребёнка и нарушения контроля над ними. Эти расстройства возникают после психической травмы ребёнка, которая может быть по своему характеру сильной (стрессовой) либо длительно действующей на его психику.

Недержание мочи и кала становятся произвольными актами и не могут контролироваться ребёнком. Болезненные состояния могут проявляться и на фоне сна, и в состоянии бодрствования. Чаще у ребёнка проявляется только невротический энурез, а в тяжёлых случаях может появиться каломазание в дневное время. При этом недержание мочи обычно происходит в любое время ночи на фоне поверхностного, тревожного сна. Своеобразной особенностью такой формы энуреза является тот факт, что он может исчезать или менять свои проявления в зависимости от ситуации. Например, целую неделю ребёнок находится у бабушки в привычном для него окружении — и он постоянно «сухой». А в воскресенье он переезжает к родителям — и в первую же ночь «мокрый». Или другой пример. Ребёнок посещает детский сад, где ему неприятно находиться, а дома ночью его «посещает» энурез только в будние дни, а в выходные дни всё в порядке.

Невротический энурез в начале его проявлений — состояние нестойкое, и при появлении благоприятных психологических условий для личности ребёнка быстро

излечивается. Желательно также обратиться к детскому психологу, который подскажет родителям, какие психологические негативные проблемы имеются у их ребёнка.

**Депривационные формы** нарушения формирования навыков опрятности и выработки контроля ребёнка над ними происходят в неблагополучных семьях или в детских учреждениях, где не обращают достаточного внимания и своевременно не обучают ребёнка контролировать свои физиологические акты.

Следует обратить внимание на особые нарушения контроля над навыками опрятности. В стрессовой ситуации у ребёнка может возникнуть спазм сфинктеров, и он не сможет самостоятельно опорожниться. Иногда достаточно, с точки зрения взрослых, самой малости, чтобы возник спазм сфинктеров. Например, ребёнка с явным раздражением посадили на горшок либо горшок, к которому привык ребёнок, холодный или горячий. Однако для ребёнка эта «малость» нарушения стереотипа отправления своих функций может превратиться в трагедию. Невозможность помочиться часто решается с помощью катетеризации, что фиксирует и резко ухудшает состояние ребёнка. Малыш начинает испытывать страх не только перед предстоящей манипуляцией, но и при попытках к мочеиспусканию — он боится помочиться. Поэтому снятие спазма сфинктера мочевыводящего канала целесообразнее производить рефлекторным путём. Например, поставив ребёнка в ванную, небольшой струёй тёплой воды поливать лобковую область. Лучше это делать в игровой форме, купая при этом какую-нибудь игрушку. Необходима также работа детского психолога с ребёнком и его ближайшим окружением для восстановления психологического покоя ребёнка и возобновления контроля над свободным мочеиспусканием.

Что касается невозможности совершения и страха перед актом дефекации, то нельзя решать эту проблему бесконечными клизмами. Лучше действовать с помощью лёгких слабительных, чтобы опорожнение кишечника произошло спонтанно. Ребёнок поверит в возможность самостоятельного опорожнения кишечника и перестанет бояться. Однако следует затем проследить за ребёнком и помочь ему наладить самоконтроль над навыками опрятности.

Нарушения контроля над навыками опрятности у детей могут быть при некоторых нервно-психических заболеваниях. Так, детей с выраженной умственной отсталостью не представляется возможным приучить к выполнению навыков опрятности из-за недоразвития когнитивной и волевой системы регуляции физиологических актов и поведения в целом. При шизофрении нарушение контроля над своими физиологическими отправлениями может быть связано с неадекватным поведением, расстройством контакта с окружающим миром. При эпилепсии нарушение контроля над физиологическими отправлениями может быть связано с проявлением особого типа эпилептического припадка. При таком припадке ребёнок на мгновение останавливается, глаза устремлены в одну точку, зрачки расширены, происходит упускание порции мочи или кала при выключенном сознании. После окончания приступа ребёнок не помнит, что с ним происходило.

Установление самоконтроля ребёнком над своими физиологическими отправлениями практически невозможно при наличии болезненных состояний, когда отсутствует возможность произвольной регуляции этих актов. Имеются в виду:

- спинальные формы произвольного мочеиспускания и дефекации вследствие органического поражения отдельных отделов спинного мозга;

- «идиопатическое недержание мочи», как импульсивное частичное выделение мочи, в основе которого лежит физиологически обусловленная недостаточность регуляции тонуса мышц мочевого пузыря или другие причины.

### Выводы

Тактика родителей, врачей и воспитателей должна быть направлена, прежде всего, на понимание того, что не всякое недержание мочи и кала у ребёнка является болезненным состоянием — энурезом или энкопрезом. Важно своевременно уделить внимание формированию у ребёнка навыков опрятности и контроля над ними, а также развитию волевого поведения.

При проявлении у ребёнка болезненных форм нарушений контроля над актами мочеиспускания

и дефекации (энуреза, энкопреза) необходимо установить причину и форму этих нарушений. Лечение этих болезненных состояний неоднозначно и имеет несколько известных составляющих. Это специальный режим дня, диетотерапия, специальная лечебная гимнастика, физиотерапия, психотерапия, и ... медикаментозная терапия. Родители должны активно участвовать как в процессе формирования навыков опрятности у ребёнка, так и в лечении возникших болезненных состояний. При этом они должны понимать, что энурез и энкопрез — это болезненные состояния ребёнка и не вина его, а беда. А вот нарушение своевременного формирования у ребёнка навыков опрятности и самоконтроля над ними — это вина родителей и воспитателей, их недоработка в воспитании волевого поведения ребёнка.

### Порушення контролю за навичками охайності у дітей

*С.М. Зінченко, В.Г. Козачук, О.А. Майструк*

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

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ

Навички охайності у дитини визначаються вихованою волевою поведінкою. Порушення навичок охайності можуть бути пов'язані з психологічними причинами і не є хворобливими станами. Енурези та енкопрези — це хворобливі стани, які за різних причин та механізмів призводять до порушення довільного сечовипускання та дефекації і потребують спеціального лікування.

**Ключові слова:** навички охайності, волева поведінка, психологічні причини, енурез, енкопрез, хворобливі стани.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.7(71):131-134; doi10.15574/SP.2015.71.131

### Violations control under neatness skills in children

*S.N. Zinchenko, V.G. Kozachuk, O.A. Maystruk*

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

Ukrainian Medical Rehabilitation Center for Children with Organic Lesions

of the Nervous System of the Ministry of Health of Ukraine, Kiev

Neatness skills in the child are determined by the willful behavior under the influence of education. Violation of neatness skills may be connected with psychological reasons and not to be a painful condition. Enuresis and encopresis as painful conditions are caused by a variety of causes and mechanisms of violations of random acts of urination and defecation and require special treatment.

**Key words:** neatness skills, volitional behavior, psychological causes, disease states, enuresis, encopresis.

### Сведения об авторах:

**Зинченко Светлана Николаевна** — к.мед.н., проф. психологии, детский психиатр НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30; тел. 541-02-60.

**Козачук Валентина Григорьевна** — канд. мед. н., доц. каф. педиатрии №2 Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30. Тел. (044) 412-16-70.

**Майструк Оксана Анатольевна** — детский невролог Украинского медицинского центра реабилитации детей с органическим поражением нервной системы МОЗ Украины.

Статья поступила в редакцию 2.11.2015 г.

## К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

### Правила подачи материала для публикации:

- 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 дальнейшего развития в данном направлении; список литературы, рефераты на русском, украинском и английском языках.
- Материал должен сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором он был выполнен, с визой руководства (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, и экспертным заключением о возможности в открытой печати.
- На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов, **фамилия, имя и отчество (полностью)**, почтовый адрес, номера телефонов (служебный, домашний) автора, с которым редакция будет общаться.
- Авторский текстовый оригинал должен состоять из двух экземпляров на украинском или русском языке:
  - текста (объем оригинальных статей, в том числе рисунков, литературы, рефератов, не более 8 страниц, обзоров литературы, лекций, проблемных статей – не более 12 страниц, кратких сообщений, рецензий – не более 7 страниц);
  - списка литературы (если в статье есть ссылки, не более 20 литературных источников, в обзорах – не более 50),
  - таблиц;
  - рисунков (не более 4) и подписей к ним.
- К статье прилагаются рефераты на украинском, русском и английском языках с обязательным указанием фамилий и инициалов авторов на этих языках. Объем резюме 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. Резюме является независимым от статьи источником информации. Оно будет опубликовано отдельно от основного текста статьи и должно быть понятным без ссылки на саму публикацию. Резюме является кратким и последовательным изложением материала публикации по основным разделам и должно отражать основное содержание статьи, следовать логике изложения материала и описания результатов в статье с приведением конкретных данных.
- Резюме к оригинальной статье должно быть структурированным: а) цель исследования; б) материал и методы; в) результаты; г) заключение. Все разделы в резюме должны быть выделены в тексте жирным шрифтом. Для остальных статей (обзор, лекции, обмен опытом и др.) резюме должно включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.
  - Статьи набираются на компьютере в программе Word и подаются распечатанными с CD-диском (дискеты приниматься не будут). Текст реферата следует набирать шрифтом 12 пунктов с межстрочным интервалом – 1,5, придерживаясь таких размеров полей: верхний и нижний – 20 мм, левый – 25 мм, правый – 10 мм. Иллюстрации (диаграммы, графики, схемы) строятся в программах Word или Excel и в виде отдельных файлов и вместе с текстовым файлом подаются на диске.
  - На первой странице указываются: индекс УДК слева, инициалы и фамилии авторов, город в скобках, название статьи, название учреждения, где работают авторы.
  - Список литературы подается сразу же за текстом. Авторы упоминаются по алфавиту – сначала работы отечественных авторов, а также иностранных, опубликованных на русском или украинском языках, далее иностранных авторов, а также отечественных, опубликованных на иностранных языках. Все источники должны быть пронумерованы и иметь не более 5–7-летнюю давность.
  - Ссылки в тексте обозначаются цифрами в квадратных скобках, должны отвечать нумерации в списке литературы. В библиографическом описании книги нужно указать фамилии и инициалы авторов, ее название (если четыре и более авторов – название книги, а потом за косой чертой инициалы и фамилии всех авторов или, если более четырех, трех авторов и слова «и др.»), город, издательство, год издания, общее количество страниц; статьи – фамилии и инициалы авторов, название периодического издания (журнала, сборника научных работ), год, номер (том, выпуск) и страницы (начальная и последняя); автореферата диссертации – фамилия и инициалы автора, название автореферата, далее с заглавной буквы после двоеточия указывают, на соискание какой степени защищается диссертация и в какой отрасли науки, когда и где защищалась (в каком научном учреждении), город и год издания, общее количество страниц. Сокращения слов и их соединений приводят согласно с ГСТУ 3582 97 «Сокращения слов в украинском языке в библиографическом описании. Общие требования и правила».
  - Количество иллюстраций (рисунки, схемы, диаграммы) должно быть минимальным. Таблицы и рисунки помещают в текст статьи сразу после первого упоминания их. В подписи к рисунку приводят его название, пояснение всех условных обозначений (цифр, букв, кривых 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.
  - Обозначения разных мер, единицы физических величин, результаты клинических и лабораторных исследований следует приводить согласно Международной системы единиц (СИ), медицинские термины согласно Международной анатомической и Международной гистологической номенклатурам, названия заболеваний по Международной классификации заболеваний 10-го пересмотра, лекарственные средства по Державной Фармакопее (X, XI). Названия фирм и аппаратов необходимо подавать в оригинальной транскрипции.
  - Сокращения в тексте слов, имен, терминов (кроме общеизвестных) не допускается. Аббревиатура расшифровывается после первого упоминания и остается неизменной во всем тексте.
  - Ответственность за достоверность и оригинальность поданных материалов (фактов, цитат, фамилий, имен, результатов исследований и т.д.) полагается на авторов. Статьи, оформленные без соблюдения правил, не рассматриваются и не возвращаются авторам.
  - Редакция обеспечивает рецензирование статей, выполняет специальное и литературное редактирование, оставляет за собой право сокращать объем статей. Отказ авторам в публикации статей может осуществляться без объяснения его причины и не считается негативным заключением относительно научной и практической значимости работы.

*Редакционный совет*

ГОЛОВНІ ПОДІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**IMF** VII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ  
ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ - ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ



V МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

«Впровадження сучасних досягнень медичної науки  
у практику охорони здоров'я України»

19-21 квітня 2016 року

КИЇВ ЕКСПО ПЛАЗА Україна, Київ,  
вул. Салютна, 2-Б

**За підтримки:**  
• Президента України  
**Під патронатом:**  
• Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я

**Офіційна підтримка:**  
• Кабінету Міністрів України  
• Міністерства охорони здоров'я України  
• Державної служби України з лікарських засобів  
• Київської міської державної адміністрації

**Організатори:**  
• Національна академія медичних наук України  
• НМАПО імені П. Л. Шупика  
• LMT Компанія LMT  
**Генеральний партнер:** **TOSHIBA**  
Leading Innovation. 30



КРАЇН **20** НАУКОВИХ ЗАХОДІВ **50**  
ЕКСПОНЕНТІВ **350** [WWW.MEDFORUM.IN.UA](http://WWW.MEDFORUM.IN.UA) **700** ДОПОВІДАЧІВ  
ВІДВІДУВАЧІВ **10 000** **100** ЛІКАРСЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

**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

У РАМКАХ ФОРУМУ ТА КОНГРЕСУ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ, ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ

Тематичні напрямки Конгресу:

» ВИДАЧА СЕРТИФІКАТІВ

- Організація і управління охороною здоров'я
- Дні приватної медицини
- Дні лабораторної медицини
- Медична радіологія
- Функціональна діагностика
- Телемедицина та медичні інформаційні системи
- Військова медицина
- Медицина невідкладних станів
- Хірургія, нейрохірургія, ендоскопія
- Фізіотерапія і реабілітація
- Травматологія та ортопедія
- Онкологія
- HEALTH BEAUTY
- Терапія
- Акушерство і гінекологія та неонатологія
- Офтальмологія
- Отоларингологія
- Урологія
- Організація і управління фармацією

ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ НА САЙТІ  
[WWW.MEDFORUM.IN.UA](http://WWW.MEDFORUM.IN.UA)

Генеральний стратегічний партнер: Генеральний інформаційний партнер: Генеральний інформаційний партнер виставки PHARMAEXPO: Міжнародні інформаційні партнери:

Генеральний інтернет-партнер: Офіційні інформаційні партнери: УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



3 питань участі у Форумі:  
3 питань участі у Конгресі:

+380 (44) 206-10-16  
+380 (44) 206-10-99

@ med@lmt.kiev.ua  
@ congress@medforum.in.ua