

УДК 616.33-008.4-053.36:616.85

С.Н. Зинченко¹, В.Г. Козачук¹, О.А. Майструк²

Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста

¹Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина²ГУ «Украинский медицинский центр реабилитации детей с органическим поражением нервной системы
Министерства здравоохранения Украины», г. Киев

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.5(77):139-141; doi10.15574/SP.2016.77.139

Пищевое поведение определяется личностным отношением ребёнка к пище и способам её приема. Нарушения пищевого поведения могут проявляться в раннем возрасте, имеют в своей основе физиологические и психологические причины.

Ключевые слова: ребёнок, пищевое поведение, аппетит, психологические причины

Рост и развитие ребёнка с младенческого возраста зависят от многих факторов, одним из которых является полноценное питание и правильная организация кормления ребёнка. Однако не всегда от правильной организации питания и кормления маленького ребёнка взрослыми зависит достаточное и качественное потребление ребёнком пищи, а именно его **пищевое поведение**.

Пищевое поведение основывается на нескольких параметрах — физиологических и психологических.

Физиологические параметры определяются потребностью организма в потреблении и переваривании пищи, состоянием нейроэндокринных и обменных процессов, вегетативной регуляцией работы органов пищеварения, состоянием гомеостаза, который поддерживает относительную динамическую стабильность внутренней среды организма и его функциональных систем, в том числе и пищеварительной системы. Нарушения функционирования названных систем организма ребёнка приводит к изменению его пищевого поведения с раннего возраста.

Психологические параметры пищевого поведения и его нарушений в большей мере определяются личностным отношением ребёнка к принятию пищи и его способам.

Причины расстройств со стороны пищевого поведения в младенческом возрасте могут являться:

- нарушения в системе взаимоотношений «мать—дитя» в младенческом возрасте ребёнка;
- непривычные для малыша вкусовые качества пищи и её консистенция;
- неприемлемые для ребёнка в раннем детстве способы принятия пищи;
- психологические проблемы в семье ребёнка с раннего детства;
- резкие изменения стереотипа жизни и питания ребёнка;
- наличие депривационных ситуаций в раннем детстве (отрыв ребёнка от матери, перевод его в другое детское воспитательное учреждение).

Определение состояния пищевого поведения ребёнка и его нарушений проводится врачом, а в случае необходимости используется помощь детского психолога (лучше медицинского психолога).

Сотрудничество врача — психолога — родителей необходимо для понимания причин и формы нарушения пищевого поведения и преодоления этих расстройств. Это связано с тем, что физиологические и психологические параметры как развития пищевого поведения у ребёнка, так и его нарушения, неразрывно связаны и представляют собою единое целое в функциональной системе пищеварения и питания.

Расстройства пищевого поведения различаются по возрасту их возникновения, причинам их появления, особенностям личностного реагирования малыша, структуре симптоматики и механизму их возникновения, а именно курсу и пути развития ребёнка в раннем возрасте.

Наиболее часто нарушение пищевого поведения свойственно детям с признаками *врождённой нервности*. Для неё характерны такие основные признаки:

- нарушение и искажение пищевого инстинкта, что приводит к расстройствам аппетита (снижению или увеличению дозы потребления пищи);
- недостаточность всех вегетативно регулируемых функций организма, которые в будущем могут привести к вегето-сосудистой дистонии, вегето-висцеральным нарушениям и другим соматоформным расстройствам;
- расстройство сна;
- нарушение терморегуляции;
- разлаженность адаптационных механизмов организма при смене стереотипа жизни ребёнка.

Физиологической основой врождённой нервности (невропатии) является конституционно обусловленная дисфункция гипоталамической области мозга, которая отвечает за терморегуляцию, сосудистый тонус, тонус всех гладкомышечных образований в организме человека, а также регулирует перистальтику желудка и кишечника, мочевого пузыря и т.д.

Психологические факторы негативного для данного ребёнка характера могут привести к срыву функциональных механизмов регуляции работы внутренних органов и появлению болезненных состояний.

Детям с невропатией свойственно также нарушение пищевого инстинкта, что может привести к полярным изменениям аппетита, отказу от кормления:

- снижение либо полное отсутствие аппетита;
- увеличение аппетита до степени «обжорства»;
- поедание несъедобных отходов или веществ;
- отказ от грудного кормления.

Отказ младенца от грудного кормления может происходить по разным причинам: неприятный либо непривычный вкус молока, неправильное или неудобное положение ребёнка во время кормления грудью, неприятие грудного вскармливания матерью по её личностным причинам и т.д.

Пример из практики: младенец 2,5 месяцев от роду «отказался» от грудного вскармливания — он плакал при попытке дать ему грудь, выгибался всем туловищем в знак протеста, капризничал. Проверка качества молока и способов прикладывания ребёнка к груди не нашла отклонений. Однако врач обратил внимание на отношении матери к кормлению: её раздражала длительность этого кормления, ей было «скучно», и поэтому во время кормления она читала книгу. Иногда сосок выпадал из ротика малыша. На замечание окружающих она обычно отвечала: «Буду переворачивать страницу и поправлю». Такое одиозное отношение матери к способу грудного вскармливания не принесло ребёнку пользы — нарушилась система взаимоотношений «мать—дитя».

Несмотря на то, что мать любила своего малыша, он был желанным, она хорошо за ним ухаживала, но главные свои

функции матери, её привязанность к малышу во время главного для него деяния она не проявляла. Советы врача об изменении отношения и поведения матери во время кормления дали свои результаты — ребёнок вернулся к грудному кормлению, столь необходимому в данный период его развития.

Гипорексия, анорексия (снижение аппетита, полное отсутствие аппетита) может проявляться и у детей с раннего возраста. Малыши никогда не просят кушать, им незнакомо ощущение голода, у них нет любимых блюд. Дети плохо воспринимают новую пищу: их раздражает её запах, вкус, консистенция и даже её внешний вид. Поэтому введение прикорма представляет большую проблему. Всё это заставляет окружающих придумывать различные способы кормления. К сожалению, эти способы часто носят насильственный и негативный характер: «запихивание пищи» в рот ребёнка, рассказы устрашающих «пугалок», прямые угрозы наказания, лишение любимых игрушек и т.д. Обычно кормление таким способом заканчивается рвотой либо полным отказом ребёнка от потребления пищи. В ряде случаев маленький ребёнок вырабатывает различные формы активного или пассивного протеста при виде приготовления к кормлению или попытке взрослых заставить его поесть. Малыш может кричать и топтать ножками, капризничать, выбрасывает ложку, пытается выкинуть мисочку с едой. Другой ребёнок проявляет реакцию на попытку его накормить пассивной формой протеста — становится грустным, плаксивым, появляются позывы на рвоту при виде любой пищи, ребёнок жалуется на неприятные ощущения, которые сопровождают его протестное поведение и не зависят от его усилий.

Таким образом, насильственное кормление становится причиной проявления разных форм протеста, которые сопровождаются соматоформными расстройствами со стороны пищеварительной системы.

Не менее пагубно на формирование пищевого поведения малыша влияет другая форма кормления, якобы благожелательная по отношению к ребёнку. Ему разрешают делать всё, что он хочет, дают поиграть с запрещенными предметами, кормят в необычных местах, рассказывают любимые сказки, незаметно вкладывают в рот малую толику пищи, стараясь не привлекать внимания к пище и т.д. Такой, казалось бы, «позитивный» для малыша способ кормления также пагубно отражается на формировании его пищевого поведения.

Родители рассказывают о ещё одном способе кормления — не давать ребёнку пищи, пока он не попросит — «проголодается и попросит». А он и не попросит! Это связано с отсутствием ожидаемого родителями ощущения голода. При этом ребёнок начинает худеть и слабеть.

Каким же образом можно изменить пищевое поведение в форме гипорексии или анорексии у ребёнка раннего возраста? Необходимо выявить первопричины (на физиологическом и психологическом уровне) такого пищевого поведения ребёнка и в соответствии с этим изменить способы кормления. А, главное, снять причину отказа ребёнка от пищи и вернуть ему ощущение голода, восстановить утраченный аппетит. Мероприятия для этой задачи могут быть различными:

- прежде всего, не нужно фиксировать внимание ребёнка на приёме пищи;
- нужно, чтобы малыш не видел заранее приготовления к его кормлению;
- желательно приём пищи начать с кормления кукол или любимых игрушек — ребёнок будет кормить их и себя;
- дать возможность малышу самостоятельно выбрать желаемую для него пищу;
- обязательно учить его кушать самостоятельно в игровой манере;

- целесообразно, чтобы малыш ел со всеми за одним столом — все едят, причмокивают от удовольствия и, тем самым, стимулируют пищевой инстинкт ребёнка;

- постепенно прививать ребёнку наследование действиями взрослого во время еды.

Безусловно, вначале малыш не насытится, ему будет мало еды при самостоятельном кормлении, однако рефлекс кормления и первые признаки аппетита у малыша появятся. А дальше всё будет зависеть от терпения и поведения взрослого человека по отношению к ребёнку.

Неправильный процесс кормления, особенно насильственным способом, может привести к появлению другой формы нарушения пищевого поведения — **привычной рвоте** (МКБ-10 F98.2). Вначале рвота возникает при попытке накормить насильно ребёнка. Однако если способ кормления малыша не будет изменён, то рвотный рефлекс становится привычным даже при виде пищи. В дальнейшем любые психологически неприемлемые для ребёнка ситуации приводят к возникновению привычной рвоты. Возникает болезненное состояние соматоформного типа, которое необходимо лечить с обязательным привлечением детского психолога для психологической коррекции ситуации и личностной реакции ребёнка.

Привычная рвота может быть связана с частым срыгиванием у младенца, что свидетельствует о нарушении правильной перистальтики со стороны пищевого тракта. Таких детей родители при кормлении стараются оградить от малейших неудобств: перетирают компоненты пищи до однородной гомогенной массы, чтобы малыша не попались кусочки пищи. Иногда родители предлагают ребёнку такую консистенцию пищи до возраста 5–6 лет, лишь бы пища заполнила желудок. Как известно, если ребёнок не приучен жевать пищу, то от этого страдает рост зубов, работа пищеварительного тракта и многое другое. Сам акт приёма пищи становится неприятным и ненавистным. Поэтому малышу обязательно нужно давать жевать хлеб, грызть яблоко под присмотром взрослых. При этом следует помнить, что для усиления аппетита необходимо раздражение пищей вкусовых рецепторов языка и ротовой полости. Такой подход к кормлению стимулирует пищевой инстинкт и налаживает пищевое поведение ребёнка.

Родителям следует следить за тем, чтобы малыш, хорошо разжевав пищу, её проглотил. Случаются примеры пищевого поведения, когда ребёнок, наученный правильно жевать, пищу не проглатывает, а продолжает длительное время её жевать, превращая её в «жвачку». Такое поведение становится привычным и продолжается в любом возрасте ребёнка при психологически неприятных для него ситуациях. «Привычная жвачка» становится как бы защитным механизмом от неприятностей и охраняет ребёнка от опасности. Так срабатывает механизм «инстинкта самосохранения» на уровне самосознания маленького ребёнка.

У некоторых детей в младенческом возрасте может появиться частое срыгивание, которое по времени не совпадает с приёмом пищи. Такое расстройство встречается чаще у «невропатичных» детей или при нарушениях правил кормления. При наличии у ребёнка минимальной мозговой дисфункции срыгивание пищи приобретает аутохтонный характер. На этом фоне развивается стойкое болезненное состояние в виде расстройства срыгивания — **руминация**.

Руминация — это осознанное срыгивание пищи, которую ребёнок глотает снова или выплёвывает изо рта. Этот симптом чаще возникает у мальчиков, чем у девочек, в раннем возрасте. Но такое пищевое поведение может продолжаться вплоть до школьного возраста. Предпосылками становятся неправильный способ кормления, переадресация ребёнком пищи, нарушения в системе отношений «мать—ди-

тя». Однако руминация может быть и формой протестного поведения маленького ребёнка и проявляться в непривычной или неприятной для него ситуации. В практике встречаются случаи появления руминации у детей школьного возраста как формы соматоформного расстройства на длительные психологически неприемлемые для ребёнка ситуации.

Лечение таких состояний проводится врачом в сотрудничестве с родителями и детским психологом. Необходимо также обратить внимание на переизбыток пищи. Вначале родители радуются, что малыш много и с удовольствием кушает, быстро прибавляет в весе. Однако со временем такое пищевое поведение маленького ребёнка становится проблемой. Следует обратить внимание на тот факт, что малыша с таким «аппетитом» всё равно, что скушать, главное, чтобы было «много еды». При этом ребёнок не обращает внимания на вкусовые и видовые качества пищи, её консистенцию. У ребёнка ограничивается или вовсе пропадает ощущение сытости, насыщения пищей, он испытывает постоянное желание что-то скушать. По совету врача родители пытаются ограничить маленького ребёнка в количестве пищи. Но это приводит к негативным реакциям со стороны малыша: он начинает капризничать, выказывает неудовольствие, проявляет протестные реакции, может становиться возбуждённым или напротив пассивным и «несчастливым». При отсутствии нарушений со стороны пищеварительной системы такие симптомы указывают на появление психологически обусловленной **гиперрекции — зачатка булимии**. При этом необходимо обратить внимание на психологический микроклимат в семье и наследование подобного отношения к употреблению пищи. Помощь медицинского психолога становится обязательной.

Пика (МКБ-10 F 98.3) — это расстройство пищевого поведения, характеризующееся стремлением ребёнка поесть несъедобные предметы или вещества (мел, краски, песок, пищевые отходы и т. д.). Известно, что малыши тянут в рот всё, что их окружает. Такое поведение связано не с пищевым инстинктом, а со стремлением ребёнка познать

мир вещей: ощупывают руками, лизуют, пробуют «на зуб». Кроме того, в период прорезывания зубов маленький ребёнок пытается «почесать» дёсна каким-либо предметом. Пика — это неуёмное стремление к поеданию несъедобного. Такое извращение пищевого поведения чаще всего встречается у детей с органическим поражением нервной системы или у умственно отсталых детей. Однако оно может быть следствием и психологических причин: социально-психологическая депривация, агрессивность матери к ребёнку, протестные реакции малыша, что потребует вмешательства детского психолога.

Почему так важно обратить внимание врачей, родителей и психологов на нарушение пищевого поведения у ребёнка в раннем возрасте? Потому что любое нарушение поведения в раннем возрасте влияет на развитие других функциональных систем психики ребёнка, так как они тесно связаны между собой и зависят от влияния окружения ребёнка. Кроме того, наличие в раннем детском возрасте нарушений пищевого поведения может стать предвестником появления более сложных и тяжёлых расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте — **нервной анорексии или нервной булимии**.

Выводы

Нарушение питания маленького ребёнка может быть связано с расстройством пищевого поведения. Проявление расстройств пищевого поведения у ребёнка в раннем детском возрасте может определяться различными факторами — физиологическими и психологическими. Изучение причин возникновения расстройств пищевого поведения, правильная оценка личностного отношения малыша к процессу потребления пищи могут помочь избавиться от проблем в кормлении ребёнка и наладить ему правильное питание. В ряде случаев, когда нарушения пищевого поведения связаны с психологическими неприемлемыми условиями для маленького ребёнка, целесообразно к коррекционным мероприятиям подключать психолога, составляя тандем: врач — родители — психолог.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булаховой Л. А. Детская психоневрология / Л. А. Булахова. — Киев : Здоров'я, 2001. — 496 с.
2. Зінченко С. М. Медична психологія : навчальний посібник / С. М. Зінченко. — Київ : КІСКЗ, 2009. — 341 с.
3. Нарушения питания и пищевого поведения / С. Н. Зинченко, Л. В. Чурсина // Библиотека семейного врача и семейной медсестры. — 2010. — № 5. — С. 31—36.
4. Ньюкомб Нора Развитие личности ребёнка / Ньюкомб Нора. — 8-е изд. - : Санкт-Петербург : Питер, 2003. — 640 с.
5. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия / Х Ремшмидт. — Москва : Эксмо-Прайс, 2001. — 624 с.

Порушення харчової поведінки у дітей раннього віку

С.М. Зінченко¹, В.Г. Козачук¹, О.А. Майструк²

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

ДУ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

Харчова поведінка визначається особистим ставленням дитини до їжі та способів її вживання. Порушення харчової поведінки можуть проявлятися у ранньому віці дитини, мають в своїй основі фізіологічні та психологічні чинники.

Ключові слова: дитина, їстівна поведінка, апетит, психологічні причини.

Eating behaviour disorders in infants

S.N. Zinchenko¹, V.G. Kozachuk¹, O.A. Maystruk²

Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

SI «Ukrainian medical rehabilitation center for children with organic lesions of the nervous system», Kiev

Eating behavior is determined by the child's personal attitude to food and methods of its administration. Eating disorders can be manifested at an early age and can base on the physiological and psychological reasons.

Key words: child, feeding behavior, appetite, psychological causes.

Сведения об авторах:

Зинченко Светлана Николаевна — к.мед.н., проф. психологии, детский психиатр НМАПО имени П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30; тел. 541-02-60.

Козачук Валентина Григорьевна — к.мед.н., доц. каф. педиатрии №2 НМАПО имени 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 11.05.2016 г.

Правила подачи и оформления статей

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

Текст статьи принимается на украинском, русском или английском языках.

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

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

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

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

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

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

Необходимо подавать два варианта списка литературы.

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

Пример оформления:

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

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

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

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

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

Пример оформления:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редколлегия



від 45 кг¹



від 15 кг²



від 5 до 14 кг³



Регістраційні посвідчення: № UA7234/02/01 від 08.05.2015 р. до 08.05.2020 р.; № UA7234/03/01 від 14.12.2012 р. до 14.12.2017 р.; № UA7234/03/01 від 31.08.2012 р. до 31.08.2017 р.

АЗИМЕД®

Інфекції долає просто, незалежно від зросту

► Доведена біоеквівалентність препарату щодо оригінального засобу⁴

► Простий і ефективний курс лікування, прийом лише 1 раз на день^{1, 2, 3, 5, 6}

Азимед®, таблетки^{1, 5}

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

Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

Фармакотерапевтична група. Антибактеріальні засоби для системного застосування. Макроліди, лінкозаміди та стрептограміни. Азитроміцин. Код АТС J01F A10.

Показання. Інфекції, спричинені мікроорганізмами, чутливими до азитроміцину:

- Інфекції ЛОР-органів (бактеріальний фарингіт/тонзиліт, синусит, середній отит);
- Інфекції дихальних шляхів (бактеріальний бронхіт, негоспітальна пневмонія);
- Інфекції шкіри та м'яких тканин: мігруюча еритема (початкова стадія хвороби Лайма), бешхиа, імпетиго, вторинні підерматози, лікування нетяжких форм Акне вульгаріс;
- Інфекції, що передаються статевим шляхом: неускладнений та ускладнений уретрит/цервіцит, спричинений *Chlamydia trachomatis*.

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

Побічні реакції. Сварбіж, висипання; нудота, діарея; головний біль та ін. (повний перелік можливих побічних реакцій наведено в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу)⁶.

1 Азимед® 500 мг №3 від 45 кг.

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

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

4 Оцінка взаємозамінюваності Азимеда — біоеквівалентності доказана! І. А. Зупанец, д. мед. н., професор; Н. П. Безуглая, к. мед. н., доцент; В. В. Либина, к. биол. н.; І. Н. Орлова, І. В. Кудрис, Ю. Г. Кувайсков. Національний фармацевтичний університет, Харків, ПП «Государственный экспертный центр Министерства здравоохранения Украины»; Корпорация «Артериум», Київ. №1 (167) / 2013, «Ліки України».

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

6 Інформація надана в скороченому вигляді. Повна інформація міститься в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу Азимед®, порошок для оральної суспензії.

Міжнародне непатентоване найменування: Azithromycin. Виробник: ПАТ «Киїмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Сахсаганського, 139). ВІДПУСКАЄТЬСЯ ЗА РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ. Інформація виключно для медичних, фармацевтичних працівників. Для використання в професійній діяльності. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 09.08.2018 р.

До складу Корпорації «Артериум» входять ПАТ «Киїмедпрепарат» і ПАТ «Галичфарм».

«Артериум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей



Віброцил

Ніжне звільнення від нежитю!

ПОДВІЙНА ФОРМУЛА:

ДИМЕТИНДЕНУ МАЛЕАТ

- Блокує H_1 -гістамінові рецептори слизової оболонки носа
- Усуває свербіння і чхання¹

ФЕНІЛЕФРИН

- Вибірково стимулює α_1 -адренорецептори судинної стінки
- Усуває закладеність і набряк слизової носа та придаткових пазух

ПОТРІЙНИЙ ЕФЕКТ:

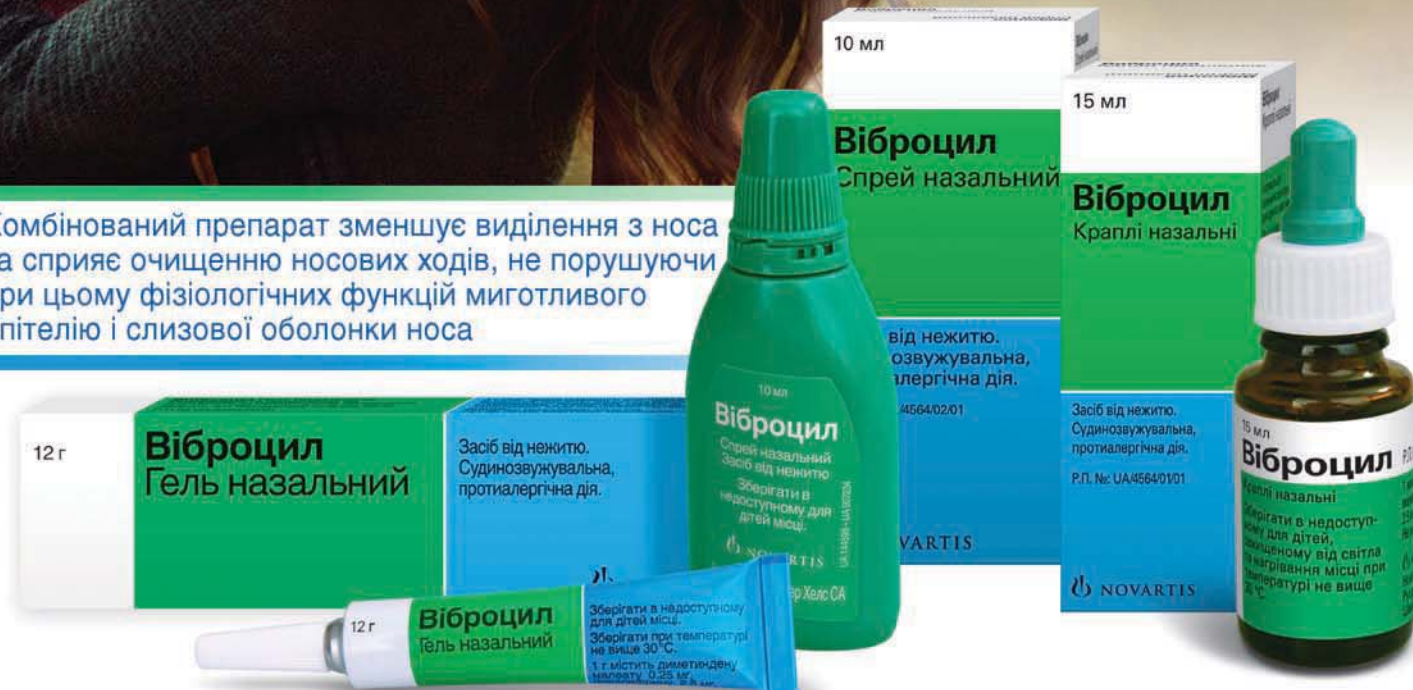
- СУДИНОЗВУЖУВАЛЬНИЙ
- ПРОТИНАБРЯКОВИЙ
- ПРОТИАЛЕРГІЧНИЙ

ВІБРОЦИЛ, краплі назальні від 1 року

ВІБРОЦИЛ, спрей назальний від 6 років

ВІБРОЦИЛ, гель назальний від 6 років

Комбінований препарат зменшує виділення з носа та сприяє очищенню носових ходів, не порушуючи при цьому фізіологічних функцій миготливого епітелію і слизової оболонки носа



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

1. Кондюрина Є.Г., Йолкіна Т.М., Грибанова О.А., Татаренко Ю.А. «Антигістамінні препарати першого покоління в педіатричній практиці». Електронне джерело: <http://mediclub.com.ua/index.php?newsid=17366>.

Повідомити про небажане явище чи скаргу на якість продукту Ви можете в ТОВ «ГлаксоСмітКлайн Хелскер Юкрєйн Т.О.В.» за тел. (044) 585-51-85 або на e-mail: oaх70065@gsk.com. ВІБРОЦИЛ, краплі назальні, Р.П. МОЗ України №UA/4564/01/01, Наказ №31 від 21.01.2016. ВІБРОЦИЛ, гель назальний, Р.П. МОЗ України №UA/4564/03/01, Наказ №915 від 29.12.2015. ВІБРОЦИЛ, спрей назальний, Р.П. МОЗ України №UA/4564/02/01, Наказ №6 від 11.01.2016. Інформаційний матеріал №CHUKR/CHVIBR/0002/16a, дата виготовлення: серпень 2016 р.