

О.В. Бобкова

Асоціації між соціально-економічними факторами ризику та розвитком соціально значущих захворювань серед підлітків

КУ «Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня» ЗОР, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.8(80):134-136; doi 10.15574/SP.2016.80.134

Мета: вивчити поширеність соціально-економічних та сімейних факторів ризику та провести регресійний аналіз на їх достовірний зв'язок між тютюнокурінням та вживанням алкоголю у підлітків.

Пацієнти і методи. У соціологічному дослідженні взяли участь 1486 підлітків віком 15–17 років — учні перших курсів ліцею та коледжів. Відібрано 1000 респондентів, які розподілилися порівну: 500 курять та вживають алкогольні напої і 500 не курять і не вживають алкоголю. В анкету було включено питання щодо поведінкових та соціальних факторів ризику, які впливають на виникнення соціально значущих захворювань. Усі фактори були розподілені на особисті, сімейні та соціальні.

Результати. У досліджуваній когорті при простому регресійному аналізі осіб виявлено достовірний зв'язок між залежністю від тютюну та алкоголю і соціально-економічними факторами ризику. Основними причинами поширеності куріння та вживання алкоголю серед підлітків є соціально-економічні та сімейні фактори ризику. Вирішальну роль у формуванні залежності від тютюнокуріння та вживання алкоголю грає приклад батьків.

Висновки. Заходи з профілактики тютюнокуріння та вживання алкоголю серед підлітків повинні включати забезпечення здорового і психологічно комфортного оточення, освітньо-виховну роботу у закладах охорони здоров'я та освіти.

Ключові слова: підлітки, фактори ризику, паління, вживання алкоголю, асоціації.

Вступ

Соціальні хвороби — хвороби людини, на виникнення і розповсюдження яких визначальний вплив мають поведінкові фактори ризику. Одна з гострих проблем сьогодення — це поширення серед дітей та підлітків тютюнокуріння і вживання алкоголю. Успішність боротьби з цими шкідливими явищами залежить від багатьох чинників: економічних, соціальних, культурних, людських [2].

Тютюнокуріння — найпоширеніша у світі шкідлива звичка, що здійснюється вдиханням різних тліючих рослинних продуктів. Залежність від тютюну внесено в Міжнародну класифікацію хвороб. Нікотин є своєрідним стимулятором нервової системи, що має патологічний вплив на організм, особливо у розвитку ракових хвороб. За статистикою, щорічно від захворювань, спричинених тютюнокурінням, у світі помирає понад 4 мільйони людей, в Україні — 110 тисяч [5].

Наслідки куріння пов'язані з арсеналом небезпечних хвороб. Зокрема ця шкідлива звичка є причиною серцевих нападів, інсультів, хронічних бронхітів, онкозахворювань, особливо раку легень, — 11 із 12 хворих, які помирають від раку легень, є курцями.

Серед людей віком 30–40 років, які палять цигарки, інфаркти трапляються у п'ять разів частіше, ніж серед тих, хто не має цієї шкідливої звички. Викурювання однієї цигарки завдає організмові такої самої шкоди, як і півторадобове перебування на загазованій автомагістралі. Жінки, які палять, у 10 разів частіше залишаються безплідними [1,3].

Фахівці стверджують, що діти в 11–13 років найбільш схильні до куріння. Для них куріння — це форма самовизначення і самоствердження, претензія на дорослість. Тому у віці 15–17 років тютюнокуріння виступає як вже сформована звичка [7].

Останніми роками також відмічається ріст вживання алкогольних напоїв серед дітей та підлітків. Алкоголізм серед підлітків є найсерйознішою медичною та соціаль-

ною проблемою для нашої держави. Зловживання алкоголем, за даними ВООЗ, є третьою після серцево-судинних та онкологічних захворювань причиною смертності. Щорічно у світі 9% усіх випадків смерті молодих людей у віці 15–29 років пов'язані зі зловживанням алкоголем. До 80% дорослих хворих на алкоголізм почали вживати алкоголь саме в підлітковому віці [4].

Результати дослідження «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотиків» (ESPFL), проведеного у 1995–2011 рр. у 36 країнах Європи, показали, що понад 90% 15–17-річної учнівської молоді України має досвід вживання алкоголю, майже 60% молоді кілька разів перебували в стані сп'яніння. Рівні поширеності вживання алкогольних напоїв серед хлопців і дівчат є майже однаковими. За даними цього дослідження, основними причинами, що призводять до вживання алкогольних напоїв, є проблеми у сім'ї, зокрема неповна сім'я, зловживання алкогольними напоями батьків, факти насилля [6].

Наслідки регулярного вживання алкоголю підлітками більш небезпечні, ніж алкоголізм у зрілому віці. Так, за даними соціологічного опитування, перший сексуальний досвід 85% підлітків мали після вживання алкогольних напоїв. Незахищені сексуальні контакти призводять до раннього материнства, зараження хворобами, які передаються статевим шляхом [8]. Успішність боротьби з цими шкідливими явищами залежить від багатьох чинників: економічних, соціальних, культурних, людських. Важливу роль у попередженні тютюнокуріння та вживання алкогольних напоїв у молодіжному середовищі грають навчальні заклади, які здійснюють системні просвітницькі заходи щодо формування позитивної мотивації до здорового способу життя: індивідуальні бесіди, спортивні змагання та конкурси тощо.

Метою дослідження було вивчити поширеність соціально-економічних та сімейних факторів ризику та провести регресійний аналіз на їх достовірний зв'язок між тютюнокурінням та вживанням алкоголю у підлітків.

Таблиця 1

Асоціації між соціально-економічними факторами ризику і курінням

Фактор ризику	Підлітки які палять (n=500)	Підлітки які не палять (n=500)	ВШ (95%ДІ)	р
Психологічний дискомфорт	232	115	2,89 (2,19-3,84)	<0,0001
Факти насилля у сім'ї	25	11	2,34 (1,09-5,32)	0,013
У сім'ї курять, вживають алкоголь	245	98	3,94 (2,94-5,28)	<0,0001
Неповна сім'я	148	96	1,77 (1,31-2,4)	0,0002
Низький рівень життя	165	64	3,35 (2,4-4,7)	<0,0001
Респондент мешкає у гуртожитку	158	120	1,46 (1,09-1,95)	0,0089

Таблиця 2

Асоціації між соціально-економічними факторами ризику і вживанням алкоголю

Фактор ризику	Підлітки, які вживають алкоголь (n=500)	Підлітки, які не вживають алкоголь (n=500)	ВШ (95%ДІ)	р
Психологічний дискомфорт	158	85	2,26 (1,65-3,08)	<0,0001
Факти насилля у сім'ї	54	12	4,92 (2,55-10,23)	<0,0001
У сім'ї курять, вживають алкоголь	268	112	4,00 (3,02-5,32)	<0,0001
Неповна сім'я	148	86	2,02 (1,48-2,77)	<0,0001
Низький рівень життя	186	54	4,89 (3,46-6,97)	<0,0001
Респондент мешкає у гуртожитку	235	185	1,51 (1,16-1,96)	0,0017

Матеріал і методи дослідження

Було проведено соціологічне дослідження, у якому взяли участь 1486 підлітків, які навчалися у п'яти навчальних закладах. Усі респонденти були у віці 15–17 років, тобто були учнями перших курсів ліцею та коледжів. Відібрано 1000 респондентів, які розподілилися порівну: 500 курять та вживають алкогольні напої, і 500 не курять і не вживають алкоголю.

В анкету було включено питання щодо поведінкових та соціальних факторів ризику, які впливають на соціально значущі захворювання. Крім того, всі фактори були розподілені на особисті, сімейні та соціальні.

До особистих факторів віднесли наступні:

1. Психологічний дискомфорт — за показник психологічного дискомфорту приймалися дані про постійні конфлікти з батьками, вчителями, друзями.
2. Куріння. Респондент вважався як такий, що курить, якщо він викурював щодня більше однієї сигарети.
3. Вживання алкогольних напоїв. До групи ризику включали тих молодих людей, які щотижня вживали різні алкогольні напої (пиво, вино, міцні напої).
4. Небезпечна сексуальна поведінка — наявність сексуальних контактів без використання контрацептивних засобів.

До сімейних факторів віднесли наступні:

1. Неповна сім'я.
2. Наявність факторів ризику у близьких родичів — алкоголізм, наркоманія.
3. У сім'ї мають місце факти насилля.
4. Респондент проживає із сім'єю.

До соціальних факторів ризику віднесли наступні:

1. Низький рівень життя (на одного члена сім'ї припадає менше 500 гривень загального сукупного доходу).
2. Респондент мешкає у гуртожитку.

Результати дослідження та їх обговорення

У досліджуваній когорті при простому регресійному аналізі осіб виявлено достовірний зв'язок між курінням і факторами ризику (табл. 1).

Найбільший вплив на залучення підлітків до куріння мали такі фактори ризику, як психологічний дискомфорт

(постійні конфлікти з батьками, вчителями, друзями), ВШ 2,89 [95% ДІ (2,19–3,84)], куріння і вживання алкоголю у сім'ї, ВШ 3,94 [95% ДІ (2,94–5,28)] та низький рівень життя, ВШ 3,35 [95% ДІ (2,4–4,7)], $p \leq 0,0001$.

На залучення до вживання алкогольних напоїв у підлітків найбільший вплив мали такі фактори: психологічний дискомфорт, ВШ 2,26 [95% ДІ (1,65–3,08)]; факти насилля у сім'ї, ВШ 4,92 [95% ДІ (2,55–10,23)]; куріння та вживання алкоголю у сім'ї, ВШ 3,94 [95% ДІ (2,94–5,28)]; низький рівень життя, ВШ 3,35 [95% ДІ (2,4–4,7)], $p \leq 0,0001$ (табл. 2).

Висновки

1. За даними соціологічного дослідження встановлено, що основними причинами поширеності куріння та вживання алкоголю серед підлітків є соціально-економічні та сімейні фактори ризику.

2. Вирішальну роль у формуванні залежності від тютюнокуріння та вживання алкоголю має приклад батьків. Асоціації між такими соціально-економічними факторами ризику, як тютюнокуріння та вживання алкоголю батьками, становлять: ВШ 3,94 [95% ДІ (2,94–5,28)] і ВШ 3,94 [95% ДІ (2,94–5,28)] відповідно, $p \leq 0,0001$.

3. Одержано достовірний зв'язок між таким фактором ризику, як психологічний дискомфорт (конфлікти з батьками, вчителями та друзями) та палінням і зловживанням алкоголем: ВШ 2,89 [95% ДІ (2,19–3,84)], ВШ 2,26 [95% ДІ (1,65–3,08)] відповідно, $p \leq 0,0001$.

4. Попри те, що біля 30% респондентів мешкали у гуртожитку, достовірного зв'язку між тютюнокурінням та вживанням алкогольних напоїв не встановлено: ВШ 1,46 [95% ДІ (1,09–1,95)], $p \leq 0,0089$, та ВШ 1,51 [95% ДІ (1,16–1,96)], $p \leq 0,0017$ відповідно.

5. З огляду на основні причини формування залежності від куріння та вживання алкогольних напоїв, програма профілактики цих захворювань повинна включати підвищення економічного рівня населення в країні, профілактичної роботи соціальних служб у сім'ях, освітньо-виховної роботи у закладах охорони здоров'я та освіти, профілактику конфліктів у сім'ях, навчальних закладах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015—2020 гг. — Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2014. — 12 с.
2. Каталог офіційних статистичних публікацій у 2015 році [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.zp.ukrstat.gov.ua>. — Назва з екрану.
3. Мешкова О. М. Особливості стану здоров'я молоді та шляхи його збереження в умовах клінік, дружніх до молоді / О. М. Мешкова, Л. К. Пархоменко // Современная педиатрия. — 2010. — № 3. — С. 77—80.
4. Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій. Адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка. — Київ : Версо 04, 2011. — 56 с.
5. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : монографія / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Д. М. Павлова [та ін.]; наук. ред. О. М. Балакірева. — Київ : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка. — Київ, 2014. — 156 с.
6. Стан та чинники здоров'я українських підлітків : монографія / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх [та ін.]; наук. ред. О. М. Балакірева; ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка. — Київ : К.І.С., 2011. — 172 с.
7. Сучасні моделі надання медичної допомоги підліткам та молоді в різних клінічних ситуаціях (методичні рекомендації). — Київ, 2013. — 197 с.
8. Yankovych I. Problemy technologii edukacji moralnej i metody laczenia teorii z praktyka w praktyce wychowania moralnego w Polsce i na Ukrainie / I. Yankovych // Forum Pedagogiczne. — Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynala Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, 2015. — №. 1. — С. 227—233.

Ассоциации между социально-экономическими факторами риска и развитием социально значимых заболеваний среди подростков

О.В. Бобкова

КУ «Запорожская областная детская клиническая больница» ЗОР, Украина

Цель: изучить распространенность социально-экономических и семейных факторов риска и провести регрессионный анализ на их достоверную связь между табакокурением и употреблением алкоголя у подростков.

Пациенты и методы. В социологическом исследовании приняли участие 1486 подростков в возрасте 15–17 лет — ученики первых курсов лицея и колледжей. Отобрано 1000 респондентов, которые разделились поровну: 500 курят и употребляют алкогольные напитки и 500 не курят и не употребляют алкоголь. В анкету были включены вопросы, касающиеся поведенческих и социальных факторов риска, которые влияют на социально значимые заболевания. Все факторы были разделены на личные, семейные и социальные.

Результаты. В исследованной когорте при простом регрессионном анализе лиц обнаружена достоверная связь между зависимостью от табака и алкоголя и социально-экономическими факторами риска. Основными причинами распространенности курения у потребления алкоголя среди подростков являются социально-экономические и семейные факторы риска. Решающую роль в формировании зависимости от табакокурения и употребления алкоголя играет пример родителей.

Выводы. Мероприятия по профилактике табакокурения и употребления алкоголя среди подростков должны включать обеспечение здорового и психологически комфортного окружения, образовательно-воспитательную работу в учреждениях здравоохранения и образования.

Ключевые слова: подростки, факторы риска, курение, употребление алкоголя, ассоциации.

The association between socio-economic risk factors and the development of socially significant diseases among adolescents

O.V. Bobkova

KU «Zaporozhye Regional Children's Clinical Hospital» ZRC Ukraine

The aim of the study was to investigate the prevalence of socio-economic and family risk factors and their significant association between smoking and alcohol abuse. To succeed in object sociological study was conducted with the participation of 1000 teenagers who studied in 5 schools. All respondents were between the ages of 15–17 years that is there were students of the first lyceum courses and colleges. All respondents were divided equally: 500 Smoking and consuming alcoholic drinks and 500 who do not smoke and do not drink alcohol.

The survey showed that in researched cohort, with a simple regression analysis of individuals, there is a significant association between dependence on tobacco and alcohol and onerous risk factors.

Key words: adolescents, risk factors, smoking, alcohol abuse, association.

Сведения об авторах:

Бобкова Ольга Викторовна — зав. Центра медицинской помощи подросткам и молодежи КУ «Запорожская областная клиническая детская больница» ЗОР. Адрес: г. Запорожье, пр. Ленина, 70; тел. (061) 22-22-34. Статья поступила в редакцию 21.11.2016 г.

МЕДИЧНИЙ СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ ФОРУМ



14-16 березня

Київ • МВЦ • Ⓜ Лівобережна



Розділи:

- Дієтологія
- Ортопедія
- Дерматологія
- Реабілітація
- Пластична хірургія
- Оториноларингологія

Організатори:



В рамках:

Конгресу індустрії краси
Estet Beauty Expo



MedForum.Kyiv

Тел: +38 (044) 496 86 45 / e-mail: MedForum@pe.com.ua

www.medforum.kiev.ua

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 ангіотензин конверту вального фактору / А. Б. Волосянко, О. Б. Синюверська, 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. Княев, 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, Pistrup 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: № UA/7234/02/01 від 08.05.2015 р., № 08.05.2020 р., № UA/7234/03/02 від 14.12.2012 р., № 14.12.2017 р., № UA/7234/03/01 від 31.08.2012 р., № 31.08.2017 р.

АЗИМЕД®

Інфекції долає просто, незалежно від зросту

Азимед®, таблетки^{1,3}

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), бешішка, імпетиго, вторинні ліодерматози, лікування нетяжких форм Акне вульгаріс;
• Інфекції, що передаються статевим шляхом: неускладнений та ускладнений уретрит/цервіцит, спричинений *Chlamydia trachomatis*.

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

Побічні реакції. Свербіж, висипання; нудота, діарея; головний біль та ін. (повний перелік можливих побічних реакцій наведено в інструкції для медичного застосування лікарського засобу)¹.

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 — біоеквівалентність доведена І. А. Зуланец, д. мед. н., професор; Н. П. Безуглая, к. мед. н., доцент; В. В. Либина, к. біол. н.; І. Н. Орлова, І. В. Кудрис, Ю. Т. Кувайсков: Національний фармацевтичний університет, Харків; ГП «Государственный экспертный центр Министерства здравоохранения Украины», Корпорация «Артериум», Київ. №1 (167) / 2013, «Ліки України».
5. Інформацію наведено в скороченому вигляді. Повна інформація викладена в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Азимед®, таблетки.
6. Інформацію наведено в скороченому вигляді. Повна інформація викладена в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Азимед®, порошок для оральної суспензії.

Міжнародне непатентоване найменування: Azithromycin. Виробник: ПАТ «Київмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Сакаганського, 139) ВІДПУСКАЄТЬСЯ ЗА РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ. Інформація виключно для медичних, фармацевтичних працівників. Для використання в професійній діяльності. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 06.12.2016 р.

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

«Артериум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

► Доведена біоеквівалентність препарату щодо оригінального засобу⁴

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

Азимед®, порошок для оральної суспензії^{1,3,4}

Склад. Діюча речовина: азитроміцин (azithromycin).

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

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

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

Лікарська форма. Порошок для оральної суспензії.

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), бешішка, імпетиго, вторинні ліодерматози.

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

Побічні реакції. Рідко з боку крові та лімфатичної системи, психіки, органів слуху, серцево-судинної системи, системні порушення; нечасто та рідко з боку нервової системи; шкіри; часто з боку травного тракту — нудота, блювання, діарея, дискомфорт у животі та ін. (повний перелік можливих побічних реакцій наведено в інструкції для медичного застосування лікарського засобу)⁴.

- Азимед® 100 мг/5 мл по 20 мл, порошок д/оральної суспензії:
- Для отримання 25 мл однорідної суспензії необхідно додати 11 мл дистильованої або прокип'яченої і охолодженної води у флакон з 400 мг азитроміцину.
- Застосовують дітям з масою тіла більше 5 кг до 14 кг.
- Азимед® 200 мг/5 мл по 30 мл, порошок д/оральної суспензії:
- Для отримання 35 мл однорідної суспензії необхідно додати 14,5 мл дистильованої або прокип'яченої і охолодженної води у флакон з 1200 мг азитроміцину.
- Застосовують дітям з масою тіла більше 15 кг.

Ближче до людей



Цефіікс

Вчасно в потрібному місці



- Широкі клінічні випробування та багаторічний досвід застосування цефіксиму показали його високу ефективність при гострих та ускладнених формах урологічної інфекції^{1,2}.
- Цефіксим ефективний при кишкових інфекціях, що викликані штамми сальмонел, шигел, патогенних ешерихій, що стійкі до дії антибіотиків, які традиційно використовуються при лікуванні цих захворювань¹.
- Може використовуватися на пероральному етапі ступеневої терапії після застосування парентеральних цефалоспоринів III-IV генерації³.

1. ИЛ. Фомина, ЛБ. Смирнова. Современное значение орального цефалоспоринов III поколения цефиксима в терапии бактериальных инфекций.
2. НА. Корovina, ЗБ. Мумладзе, ИН. Захарова, Е.М. Овсянникова, В.И. Сивяцкая. Пероральные цефалоспорины III поколения при воспалительных заболеваниях органов мочевой системы у детей.
3. ЛС. Страчунский, С.Н. Козлов. Современная антимикробная химиотерапия. /Руководство для врачей/.

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФІКС

Склад: 1 капсула містить цефіксиму (у формі тригідрату) 400 мг; 5 мл суспензії містять цефіксиму (у формі тригідрату) 100 мг. Лікарська форма: капсули та порошок для оральної суспензії. Фармакотерапевтична група: антибактеріальні засоби для системного застосування, інші β-лактамі антибіотики, цефалоспоринові III покоління. Код АТХ J01D D08. Показання: інфекції, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами: гострий та хронічний бронхіт; гостра пневмонія; запалення середнього вуха; фарингіти, тонзиліти та синусити бактеріальної етіології; неускладнені бактеріальні інфекції сечостатевої системи; гострі кишкові інфекції (суспензія). Протипоказання: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату, інших цефалоспоринові або пеніциліні, порфірія, дитячий вік до 6 місяців (суспензія) або до 12 років (капсули). Спосіб застосування та дози: Цефікс застосовують перорально під час прийому їжі. Для дітей віком від 6 місяців до 12 років з масою тіла до 50 кг рекомендована добова доза призначається з розрахунку 8 мг/кг маси тіла одноразово або по 4 мг/кг маси тіла 2 рази на добу. Для дітей віком від 12 років тривалість курсу лікування залежить від тяжкості захворювання та встановлюється індивідуально. Курс лікування – від 5-10 (при неускладнених інфекціях) до 10-14 днів. Добова доза для дорослих і дітей з масою тіла понад 50 кг або старше 12 років становить 400 мг (1 капсула) 1 раз на добу. Тривалість курсу лікування залежить від тяжкості захворювання та встановлюється індивідуально. При інфекції, спричиненій *Streptococcus pyogenes*, курс лікування має бути не менше 10 днів. Для лікування неускладнених уретральних або цервікальних інфекцій рекомендується одноразова доза 400 мг. Побічні реакції: побічні ефекти, спричинені Цефіксом, незначні і виникають рідко. Можливі такі порушення: головний біль, запаморочення, втомированість, слабкість, еозинфілія, лейкопенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, нейтропенія, гемолітична анемія, гіпропротромбінемія (кровотечі і синці без видимих причин), тромбоз, тромбоз, підвищення троячкової частоти, агранулоцитоз; спазми кишечника, помірна діарея, нудота, блювання, кандидози слизової оболонки рота, псевдомембранозний коліт, сухість у роті, анорексія, диспепсія, метеоризм, дисбактеріоз, ітєричність шкіри; у поодиноких випадках – стоматит, глосит; транзиторне підвищення активності трансаміназ печінки та лужної фосфатази, білірубину, гіпербілірубінемія, холестаtica жовтяниця, ітєричність склер; підвищення азоту сечовини або креатиніну у сироватці крові, інтерстиціальний нефрит, порушення функції нирок, висипання, свербіж, кропив'янка, анафілаксія, мультиформна еритема або синдром Стивенса-Джонсона, сироваткова хвороба, пурпура, артралгія, гарячка; підвищене потовиділення, макулопапульозні та везикулопульозні висипання, грибовий дерматит, злучення епітелію, сухість шкіри, випадання волосся, сонячні опіки, токсичний епідермальний некроліз; вагінальні кандидози (вагінальний свербіж або виділення); підвищення азоту в сечовині крові та креатиніну; більшість лабораторних змін транзиторні та не мають клінічного значення. Можлива позитивна реакція на кетони у сечі в тестах із застосуванням нітропруссиду, але не з нітрофериданом. Прийом цефіксиму може призводити до хібнопозитивних тестів на глюкозу в сечі, тому слід використовувати ферментні тести, зміни показників печінкових та ниркових проб.

Р.н.: №UA/4151/01/01, №UA/4151/02/01.



З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.