

УДК 616.61-003.4-053.31:617.55-089

О.К. Слєпов, М.В. Пономаренко, В.В. Коцковський, О.В. Маркевич, О.Г. Шипот

Успішна лапароскопічна нефректомія в дитини раннього віку з лівобічним термінальним гідронефrozом

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАН України», м. Київ

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2017.2(70):150-152; doi 10.15574/PP.2017.70.150

Наведено клінічний випадок успішного лікування дитини з природженою вадою розвитку сечовидільної системи — гідронефrotичною трансформацією лівої нирки III ступеня, ускладненої вторинним хронічним піелонефритом. Діагноз установлено шляхом виконання ультразвукового дослідження органів заочеревинного простору, екскреторної урографії, нефросцинтиграфії та комп'ютерної томографії. Проведено оперативне лікування — лапароскопічне видалення гідронефrotичної нирки. Результат хірургічної корекції представлена вада розвитку — позитивний.

Ключові слова: природжена вада розвитку нирки, гідронефроз, лапароскопічна корекція, дитина раннього віку.

Successful laparoscopic nephrectomy in an infant with left-sided end-stage hydronephrosis

O.K. Sliepor, M.V. Ponomarenko, V.V. Kotsovskyi, O.V. Markevych, O.G. Shypot

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics, Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv

A clinical case of successful treatment of an infant with congenital defect of the urinary system -hydronephrosis of the left kidney, III grade, complicated with secondary chronic pyelonephritis, is presented in the article. The identification of a disease was made by means of ultrasonography of the retroperitoneal space, excretory urography, renal scintigraphy, and computed tomography. A surgical treatment was provided, namely laparoscopic nephrectomy. Result of surgical correction is positive.

Key words: congenital malformation of kidney, hydronephrosis, laparoscopic correction, infant.

Успешная лапароскопическая нефрэктомия у ребенка раннего возраста с левосторонним терминальным гидронефрозом

А.К. Слєпов, М.В. Пономаренко, В.В. Коцковський, Е.В. Маркевич, О.Г. Шипот

ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАН України», г. Київ

Представлен клініческий случай успішного лікування дитини з врожденним пороком розвитку мочевыделительной системы — гідронефrotичної трансформації левої почки III ступені, осложненої вторичним хронічним піелонефритом. Диагноз установлен путем выполнения ультразвукового исследования органов забрюшинного пространства, экскреторной урографии, нефросцинтиграфии и компьютерной томографии. Проведено оперативное лечение — лапароскопическое удаление гідронефrotичної почки. Результат хирургической коррекции представленного порока развития — хороший.

Ключевые слова: врожденный порок развития почки, гидронефроз, лапароскопическая коррекция, ребенок раннего возраста.

Аномалії розвитку сечовидільної системи на рівні мисково-сечовідного сегменту (МСС) призводять до розвитку природженого гідронефрозу (ПГ).

Гідронефроз є одним із найбільш поширених захворювань у дитячій урологічній практиці. Його частота становить 1:100 — 1:500 випадків серед дітей [3]. ПГ у дівчаток виникає в 1,5 разу частіше, ніж у хлопчиків. Однобічний гідронефроз виявляється значно частіше за двобічний [3]. Ступінь розвитку гідронефrotичної трансформації нирки прямо залежить від величини та протяжності звуженої зони МСС, тривалості захворювання, ступеня ураження ниркової паренхіми і вираженості запального процесу [13].

Згідно з класифікацією Н.А. Лопаткіна, розрізняють три ступені гідронефрозу:

I ступінь характеризується розширенням ниркової миски, з відсутністю анатомічних змін паренхіми органу. Для ПГ II ступеня характерне розширення чашок і ниркової миски, зменшення товщини паренхіми, з озна-

ками порушення диференціювання ниркової тканини, зниження інтенсивності контрастування порожнистої системи нирки і нефрофази. Зниження артеріального кровообігу і канальцевої секреції не перевищує 70–80%. При ПГ III ступеня відбувається розширення чашок і миски, за рахунок значного стоншення ниркової тканини, місцями до повної її відсутності. Спостерігаються окремі ділянки (мазки) контрастування чашково-мискової системи нирки та її паренхіми або їх відсутність; зниження ниркового кровообігу і канальцевої секреції більше ніж на 80% [2].

Функцію фетального гемодіалізу в плода виконує плацента, а не нирки, підтримуючи водний та сольовий баланс. Фетальні нирки починають продукувати гіпотонічну сечу між 5 і 9-м тижнями гестації, поступово збільшуючи її продукцію, досягаючи рівня 50 мл/год. Мальформації тканини нирки та сечоводу в МСС приводять до розвитку гідронефrotичної трансформації вже у плода. Смерть епітеліальних клітин клубочків

і канальців нирки настає при декомпенсації функціонування лімфатичної системи нирки [7].

Гідронефроз є патологією сечовидільної системи, яка найчастіше діагностується при виконанні пренатального ультрасонографічного дослідження і становить 50% від усіх аномальних знахідок у плодів [1, 12].

Дослідження функціонального стану нирки в дітей з ПГ має принципове значення для вибору раціонального методу лікування. Гемодинамічні порушення в нирці відіграють, за сучасними уявленнями, значну роль у патогенезі захворювання. Головним принципом лікування ПГ є дія, спрямована на етіологічний фактор і механізм його розвитку, що включає необхідність хірургічної корекції обструкції МСС, яка спрямована на відновлення уродинаміки [3].

У 1869 р. *Gustav Simon* (Гейдельберг, Німеччина) повідомив про першу успішну нефректомію. Проте вижили після операції тільки 2 із перших 10 пацієнтів. З розвитком хірургічної техніки, поліпшенням інструментарію, застосуванням асептичної техніки летальність відкритої ниркової хірургії значно знизилася. Незважаючи на успіхи сучасної хірургії, відкрита ниркова хірургія часто супроводжується значною частотою післяопераційних ускладнень, до яких можна віднести: інтенсивний післяопераційний бульовий синдром, тривалу госпіталізацію і одужання, а також спотворення тіла післяопераційним рубцем. Травматичність і ускладнення, які характерні для доступу через м'язи черевної стінки, спонукали багатьох хірургів обрати лапароскопічний варіант цієї операції [4]. Перша лапароскопічна нефректомія проведена *Dayman et al.* у 1990 р. Відтоді лапароскопічна нефректомія стала стандартним доступом при будь-якій доброкісній патології, що вимагає нефректомії [8, 10], і при злокісніх пухлинах нирок [9].

При підготовці пацієнта з гідронефрозом до операції деякі хірурги застосовують дренування нирки. Інші, в термінальних стадіях гідронефрозу та при вираженій недостатності видільної функції нирки, виконують через-шкірну пункцийну нефростомію, з наступним (через 14–16 днів) дослідженням функціональних характеристик деблокованої нирки, а у випадку їх зростання проводять органозберігаючу операцію [5, 6]. Продукція сечі та надходження її в ниркову миску відбувається навіть при вираженій гідронефrotичній трансформації. Тому, на думку деяких авторів, слід

віддавати перевагу органозберігаючим реконструктивно-пластичним операціям, спрямованим на видалення ураженого МСС [1].

Наводимо клінічний випадок успішного хірургічного лікування термінального гідронефрозу зліва з використанням лапароскопії.

Дівчинку О., 2 роки 11 міс., для обстеження та лікування направлено до ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». Природжену ваду розвитку сечовидільної системи запідозрено за місцем проживання, випадково, при проведенні профогляду, перед запланованою вакцинацією дитини. У загальному аналізі сечі встановлено підвищення рівня лейкоцитів. Фізикально в дівчинки виявлено асиметрію живота, зліва – утворення великих розмірів, яке займало весь фланк ліворуч до середньої лінії живота. При ультразвуковому досліджені органів заочеревинного простору діагностовано велике анехогенне утворення: ліва нирка збільшена у розмірах 150 мм / 80 мм загальним об'ємом до 400 см³, розширені всі групи чашечок, від 3 до 5 см, і миска до 9 см, товщина паренхіми становила 1 мм.

Проведено екскреторну урографію – функція лівої нирки відсутня на 10, 60 та 180-й хвилині обстеження. Для уточнення діагнозу та проведення диференційної діагностики виконано комп'ютерну томографію. Виявлено ознаки афункціонуючої, гідронефrotично зміненої нирки ліворуч. Додатково проведено нефросцинтографію – функція нирки відсутня.

Враховуючи відсутність функції гідронефrotично зміненої нирки та наявність хронічного піелонефриту, вирішено видалити нефункціонуючий орган лапароскопічним способом.

Проведено типову лапароскопію. Розташування робочих портів: перший – на 2 см нижче реберної дуги по серединно-ключичній лінії, другий – по передній аксілярній лінії. Положення пацієнта на правому боці, під кутом 45° відносно операційного столу. Після мобілізації товстої кишки та зміщення її медіально, виділено судинну ніжку нирки, яку перев'язано та прошило двічі. Нирка під-час огляду являла собою тонкостінну порожнину, позбавлену паренхіми. Проведено пункцию кістозного утвору та аспіровано його вміст (рідину) для полегшення маніпулювання органом, який виділено з навколоїшніх тканин. Сечовід максимально виділено дистально та висічено. Нирку з сечоводом видалено через порт 10 мм.

На першу добу після операції спостерігався мінімальний бульовий синдром, який був

купирований інфузією Інфулгану. На наступну добу після операції дитина вживала їжу, ходила. Стационарне лікування тривало 3 доби. Антибактеріальна терапія препаратами цефалоспоринового ряду *per os* тривала 10 діб. Ефект від операції добрий. Функція протилежної нирки нормальна.

Наведений клінічний випадок свідчить, що застосування лапароскопічної методики має значні переваги в пацієнтів із такою вадою розвитку нирки: скорочується час перебування пацієнта в стаціонарі, значно зменшується післяопераційний бальовий синдром, досягається позитивний косметичний ефект.

ЛІТЕРАТУРА

1. Атлас детской оперативной хирургии / П. Пури, М. Гольварт; под общ. ред. проф. Т.К. Немиловой. — Москва: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 501—508.
2. Лопаткин Н.А. Урология / Н.А. Лопаткин. — Москва: Гэотар-медиа, 2002. — С. 139—159.
3. Результаты лечения детей с гидroneфрозом / В.С. Пантиухин, Д.В. Селиванов [и др.] // Современные технологии в оценке отдаленных результатов лечения урологической патологии у детей : материалы научно-практической конференции детских урологов. — Москва, 2001. — С. 106.
4. Cervellione R. M. Financial Analysis of Laparoscopic Versus Open Nephrectomy in the Pediatric Age Group / R.M. Cervellione, M. Gordon, S. Hennayake // Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. — 2007. — October, Vol. 17 (5). — P. 690—692.
5. Does delaying pyeloplasty affect renal function in children with a prenatal diagnosis of pelvi-ureteric junction obstruction / B. Chertin, U. Rolle, A. Farkas [at al.] // Journal of Pediatric Surgery. — 2003. — Vol. 38, № 9. — P. 1423.
6. Effect of urinary tract infection on ureteropelvic junction obstruction in a rat model / M.H. Hansen, B.-Y. Wang, N. Afzal [et al.] // Urology. — 2003. — April, Vol. 61, № 4. — P. 858—863.
7. Elder J.S. Antenatal hydronephrosis. Fetal and neonatal management / J.S. Elder // Pediatr. Clin. North Am. — 1997. — Vol. 44 (5). — P. 1299—1321.
8. Kim C. Laparoscopic Nephrectomy in Children: Systematic Review of Transperitoneal and Retroperitoneal Approaches / C. Kim, K. McKay, S.G. Docimo // Urology. — 2009. — Vol. 73, Issue 2. — P. 280—284.
9. Laparoscopic nephrectomy for Wilms' tumor / R.J. Duarte, F.T. Denes, L.M. Cristofani, M. Srougi // Journal Expert Review of Anticancer Therapy. — 2009. — Vol. 9, Issue 6. — P. 753—761.
10. Laparoscopic nephrectomy in children / O.A. Castillo, A. Fonner-Villarroel, G. Lopez-Fontana [et al.] // Actas Urológicas Espanolas. — 2011. — Vol. 35 (4). — P. 195—199.
11. The accuracy of antenatal ultrasonography in identifying renal abnormalities / C.E. Johnson, J.S. Elder [et al.] // Am. J. Dis. Child. — 1992. — Vol. 146 (10). — P. 1181—1184.
12. Thomas D.F. Fetal uropathy / D.F. Thomas // Br. J. Urol. — 1990. — Vol. 66 (3). — P. 225—231.
13. Ultrasound screening and perinatal mortality: controlled trial of systematic one-stage screening in pregnancy / A. Saari-Kemppainen, O. Karjalainen [et al.] // Lancet. — 1990. — Vol. 18, 336 (8712). — P. 387—391.

Сведения об авторах:

Слепов Алексей Константинович — засл. врач Украины, д.мед.н., проф., руководитель отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития у детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел. (044) 483-62-28.

Пономаренко Максим Викторович — врач-уролог детский отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития у детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины».

Адрес: г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел. (044) 483-62-28.

Коцковский Владимир Васильевич — врач-хирург детский отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития у детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины».

Адрес: г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел. (044) 483-62-28.

Маркевич Елена Валентиновна — врач-анестезиолог детский отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития у детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины».

Адрес: г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел. (044) 483-62-28.

Шипот Орест Григорьевич — врач-хирург детский, клинический ординатор отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития у детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел. (044) 483-62-28.

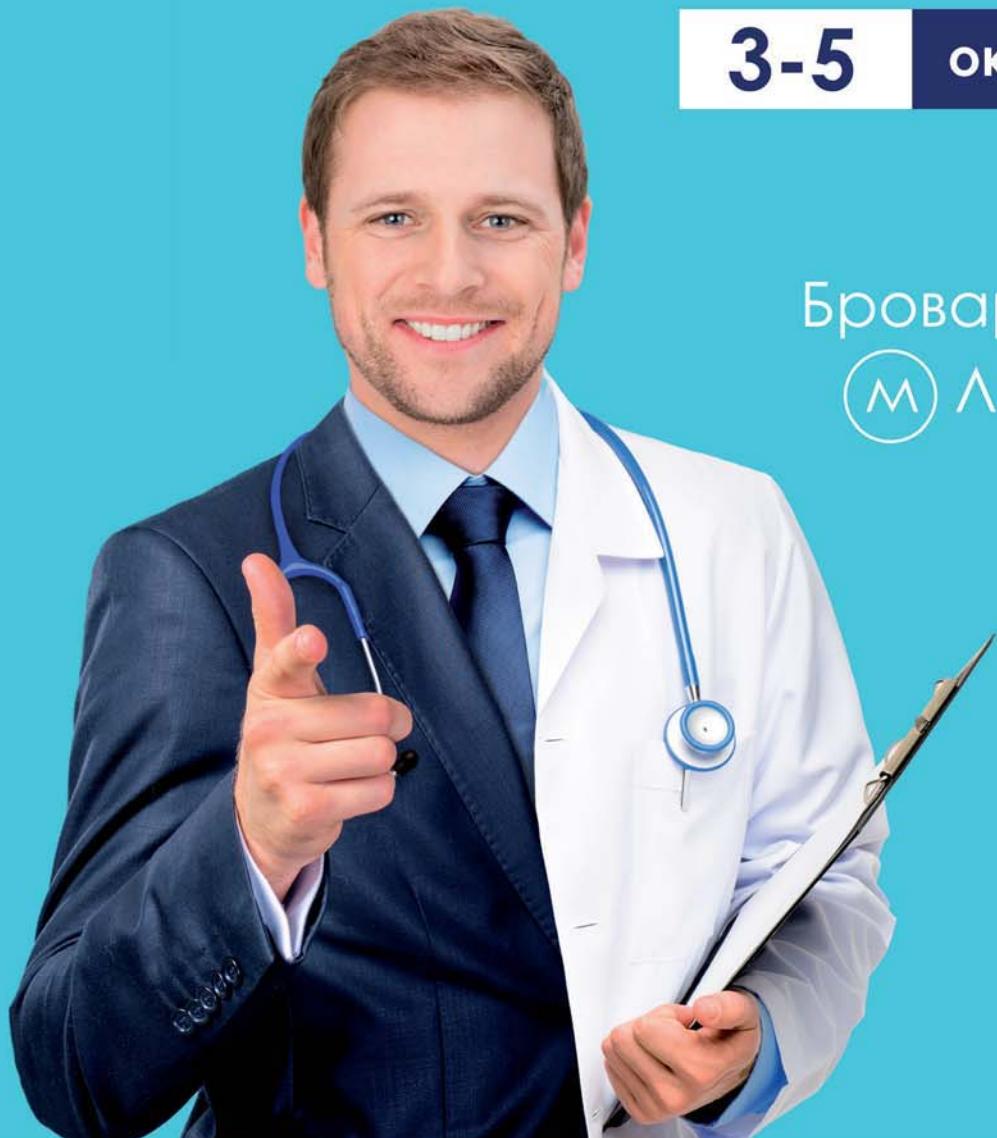
Статья поступила в редакцию 1.03.2017 г.

International Exhibition



26-я Международная медицинская выставка
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

3-5 октября 2017



Киев, МВЦ

Броварской пр-т, 15



Левобережная

В рамках выставки:
Всеукраинское награждение
«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ГОДА-2017»

Организаторы:



Премьер Экспо
Тел: +38 (044) 496-86-45
E-mail: ph@pe.com.ua

Проходит одновременно:



V Международная выставка и конференция
медицинского туризма MTEC.Kiev 2017

www.publichealth.com.ua



PublicHealth.Kyiv

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 дисфункциї в дітей із мікроаномаліями розвитку серця інгібіторами ангіотензин конвертувального 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. Кияев, Л. И. Савельев, Л. Ю. Герасимова [и др.] // Проблемы эндокринол. – 2008. – № 4 (54). – С. 14–17.

Второй вариант необходим для анализа статьи в международных научометрических 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 общезвестных) 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 автором.

Редколлегия



Доктор Биокон: бережный уход для самых любимых



«Доктор Биокон» для детской кожи: безопасно, натурально, эффективно

Рождение малыша — самый важный момент в жизни родителей. Вместе с желанием окружить ребенка заботой и дать ему самое лучшее у каждой мамы возникает немало вопросов относительно правильного ухода за кожей малыша. Вследствие анатомо-физиологических особенностей детей первого года жизни — тонкого и чувствительного поверхностного слоя эпидермиса, хорошо развитой капиллярной сети, пониженного местного иммунитета — защитная функция кожи, предохраняющая от неблагоприятных внешних воздействий, у малышей значительно снижена. Поэтому влияние различных повреждающих факторов и неправильное использование средств ухода (кремов, присыпок, мыла, подгузников) может приводить к нарушению состояния детской кожи и даже развитию пеленочного дерматита.

Для борьбы с пеленочным дерматитом в лаборатории медицинского научно-производственного объединения «Биокон» разработаны специальные средства «Доктор Биокон», рекомендованные дерматологами для детей от рождения.

Крем «Цинкодерм беби» содержит 15% оксида цинка, экстракты ромашки и календулы, масло ши. Целебные свойства активных компонентов крема обеспечивают его противовоспалительное и подсушивающее действие на кожу. Крем защищает кожу малыша от опрелостей в области подгузников, создает на коже барьер, который защищает от раздражающих агентов, что является обязательным условием профилактики и лечения опрелостей кожи и пеленочного дерматита, уменьшает покраснения и снимает раздражение.

Крем «Биопантенол беби» содержит 5% D-пантенола, масло ши, экстракты череды и алоэ, аллантоин. Благодаря такому составу крем способствует процессам заживления и восстановления поврежденных участков кожи, хорошо снимает раздражение, увлажняет, питает и смягчает кожу, улучшает ее защитные функции. Крем рекомендован для ежедневного ухода за нежной сухой кожей детей любого возраста, начиная с грудного, для профилактики пеленочного дерматита у новорожденных и для регулярного профилактического ухода за сосками в период кормления грудью.



Эффективность доказана!

Свойства косметических средств от лаборатории «БИОКОН» — ЦИНКОДЕРМ БЕБИ и БИОПАНТЕНОЛ БЕБИ — тестировали в ходе клинического исследования, проводившегося на базе Ивано-Франковского областного клинического кожно-венерологического диспансера при участии детей с клинической картиной пеленочного дерматита и взрослых с признаками кожных заболеваний (ксероз, контактный дерматит).

Крем ЦИНКОДЕРМ БЕБИ использовали в течение 3–21 дня, как самостоятельно, так и в комбинации с основными лечебно-профилактическими мероприятиями, у 30 детей в возрасте 1–18 месяцев с признаками покраснения и раздражения кожи в складках и клинической картиной пеленочного дерматита. Во время использования крема все родители отметили отсутствие раздражающих или аллергических реакций, хорошее распределение средства по поверхности кожи, подсушивающие свойства в участках мазерации, уменьшение выраженности, а затем и устранение покраснения кожи, защиту от неблагоприятного воздействия кала и мочи.

Крем БИОПАНТЕНОЛ БЕБИ использовали у 24 детей в возрасте 6–16 месяцев с сухой, склонной к раздражению, кожей, для ухода и профилактики воспалительных процессов и пеленочного дерматита, а также у малышей с ксерозом кожи, царапинами, посттравматическими состояниями кожи, ограниченным контактным дерматитом. Одновременно кормящим матерям рекомендовали использовать крем для ухода за кожей груди и сосков.

В испытуемую группу взрослых входили 6 лиц с ксерозом кожи, акариазом, контактным дерматитом. За время использования крема от 4 до 30 дней раздражающих и аллергических реакций не наблюдали. Все участники исследования отметили хорошие физико-химические свойства крема, продолжительный смягчающий и увлажняющий эффект, сохранение на коже защитного слоя. Признаки воспалительных реакций постепенно регрессировали.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать ЦИНКОДЕРМ БЕБИ и БИОПАНТЕНОЛ БЕБИ ТМ «Доктор Биокон» для использования в соответствии с инструкцией по применению данных средств в борьбе с пеленочным дерматитом. Использование ЦИНКОДЕРМ БЕБИ и БИОПАНТЕНОЛА БЕБИ, в том числе в комбинации с лечебно-профилактическими мероприятиями, позволило врачам-дерматологам достичь хороших результатов — ускорить регресс клинических проявлений патологических состояний и способствовать предупреждению рецидивов.

ДОСТОИНСТВА СРЕДСТВ ДЛЯ ДЕТЕЙ ТМ «ДОКТОР БИОКОН»

Секрет косметических средств для детей ТМ «Доктор Биокон» заключается в:

- специальной формуле эмульсии (обратная эмульсия), которая:
 - позволяет создать на поверхности кожи гидрофобный барьер, устойчивый к специфической агрессивной среде;
 - гарантирует длительную экспозицию на коже (защиту кожи);
 - подобрана с целью обеспечения дерматологической безопасности (обладает физико-химическим и структурным сходством с эпидермальными липидами с целью недопущения нарушения защитного слоя кожи, разрушения жиров кожного секрета и нарушения их функций);
 - специально подобранным pH в соответствии с физико-химическими процессами при пеленочном дерматите (pH около 5–5,5);
 - приятном запахе, прекрасном распределении по коже;
 - клинически проверенных свойствах кремов.

*Беременные женщины в древности носили украшения с гранатом,
дабы роды прошли легко и без осложнений,
а малыш увидел свет здоровым и выносливым...*

Fe насыщает...
Fe оберегает...
Fe сохраняет...

Fe СУФЕР® Sufer®

для быстрого устранения
дефицита железа
при анемии беременных



ЮРІЯ·ФАРМ



Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. РСМОЗ України № УА/13269/01/01 від 04.10.2013 №860. Перед використанням слід обов'язково ознайомитися з повною інструкцією з медичного застосування і загальними застереженнями. СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ З МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ: Супл. Дноч. речовина: 1 мл розчину містить 20 мг залозу у вигляді залози (III) гідроксиду схарозного комплексу. Лікарська форма: Розчин для внутрішньовеневих ін'єкцій. Фармакотерапевтична група: Антагоністичні засоби для парентерального введення. Препарати залози. Код АСС: ВОЗА С02. Показання: Залозодефіцитні стани: – при необхідності швидкого поповнення залози (також постстеморагічна анемія, терапія еритропоетином); – при неефективності терапії пероральними препаратами залози (синдром порушеного ішоцового всмоктування, хронічний інтероколіт, неспеціфічний широкий коліт, після резекції шлунка, токсичного кашечника). Протипоказання: Непертульність до компонентів препарату. Анемія не по візані з дефіцитом залоз. Навпівність ознак перенасичення організму залозом (гемосидроз, гемократоз) або порушення процесу його виведення. Побічна дія. Всі симптоми спостерігаються дуже рідко (частота виникнення < 0,01 %) > 0,001 %) і були тимчасовими: з боку нервової системи: заторочення, головний біль, пристрасть, парестезії; з боку серцево-судинової системи: тахікардія, артеріальна гіпотензія, колаптогінний стан, відсутність жиру, прямінок крові, периферійний набряк; з боку бронхіальної системи: задишка; з боку травної системи: біль в животі, біль в епігастрії, діарея, пристрасть смаку, нудота, блованин; з боку шкірних покривів: еритема, спербінн, висип, порушення пігментування, підвищена пігментованість; з боку опорно-рухового апарату: артрити, біль в спині, набряк суглобів, м'язовий біль, біль в кінцівках; з боку мімичної системи: анафлактодій (гіперадреалічний) резуд, набряк горла; обличчя, порушення загального характеру: астени, біль в грудях, слабкість, недужніння, блідість, підвищення температури тіла, ознаки резакту. Ін'єкцій біль і набряк. Категорія відпуску: За рецептром.