

УДК 616.284-002:[616.211+616.321]-003.24-053.2-089-035

А.Д. Гусаков, А.Я. Желтов, Д.Н. Кокоркин

Сравнительная эффективность методов хирургического лечения аденоидных вегетаций у детей с экссудативными средними отитами

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.2(74):151-154; doi 10.15574/SP.2016.74.151

Цель: изучение ближайших и отдаленных результатов различных методов хирургического лечения гипертрофии лимфоидной ткани носоглотки у детей с экссудативными средними отитами (ЭСО).

Пациенты и методы. Изучались результаты лечения ЭСО у 62 детей 5–7 лет. Первую группу составили 28 детей, ранее перенесшие аденотомию, с признаками рецидива экссудативного отита. Вторую группу составили 34 ребенка с экссудативным отитом, которые ранее хирургическому лечению не подвергались. Сравнивалась эффективность эндоназальных и экстраназальных методов хирургического удаления лимфоидной ткани носоглотки с минимальной вероятностью рубцовой облитерации устья слуховой трубы.

Результаты. Приоритетным методом в хирургии носоглотки в детском возрасте является экстраназальный доступ с использованием шейверной техники в сочетании с холодно-плазменной хирургией. Использование этих методов позволяет четко визуализировать границы операционного поля в условиях умеренной кровоточивости раны. Эндоназальный подход связан с травматизацией слизистой оболочки носа в условиях неполной объемной визуализации операционного поля. Подобное сочетание может приводить к более длительному заживлению операционной раны, образованию синехий полости носа и рубцов в носоглотке. Полноценная визуализация операционного поля достоверно сказывается на отдаленных результатах лечения ЭСО в детском возрасте.

Выводы. Использование холодно-плазменной хирургии в сочетании с шейверной техникой в отдаленной перспективе позволяет достичь стойкого излечения у 93% детей с экссудативными средними отитами с минимальными (не более 6%) травматичными изменениями в носоглотке.

Ключевые слова: дети, аденоидные вегетации, экссудативный отит, хирургическое лечение.

Введение

На сегодняшний день большинство авторов считают, что в основе этиологии и патогенеза экссудативного среднего отита (ЭСО) лежит вялотекущее воспаление слизистой оболочки среднего уха, развивающееся на фоне дисфункции слуховой трубы [1–3,7]. При этом в полостях среднего уха создается отрицательное давление и повышается содержание углекислого газа, что способствует увеличению количества слизеобразующих клеток. Как правило, острые вирусные инфекции, сопровождающиеся ринитом или риносинуситом, являются пусковым механизмом для развития ЭСО. Отек слизистой оболочки носа ведет к нарушению проходимости слуховой трубы и к изменению давления в полостях среднего уха. Изменяются также реологические свойства слизи, что приводит к патологическому рефлюксу слуховой трубы и развитию среднего отита. Слуховой трубе присущи три основные функции: вентиляционная, дренажная и защитная [1]. Вентиляционная функция заключается в поддержании постоянного давления в барабанной полости, что осуществляется поступлением воздуха через слуховую трубу при каждом акте глотания и зевании. Дренажная функция обеспечивается работой реснитчатого эпителия и мышц слуховой трубы и заключается в эвакуации экссудата из барабанной полости в носоглотку. Защитная функция трубы заключается в выработке слизистой оболочкой неспецифических медиаторов клеточной и гуморальной секреторной защиты [12]. У 48% детей с гипертрофией небных миндалин отмечается снижение слуха, особенно заметное в периоде реконвалесценции вирусных заболеваний [6]. Несмотря на разнообразие современных методов консервативного лечения детей с гипертрофией аденоидных вегетаций, большинство авторов отдают предпочтение хирургическому вмешательству [8,11].

На сегодняшний день все хирургические вмешательства в носоглотке условно можно разделить на «слепые» и визуально контролируемые. Последние осуществляются под контролем эндоскопа или операционного микроскопа. Давно замечено, что даже при тщательном выполнении «слепой» аденотомии нельзя быть уверенным в полном удалении лимфоидной ткани. Наш опыт эндоскопического исследования носоглотки при повторных операциях показывает, что в 80% случаях в носоглотке остается достаточно большое количество лимфоидной ткани. Наши зарубежные коллеги уточняют, что частота рецидивов при т.н. «слепых» аденотомиях составляет от 67,8% до 87,8% [5,9,13]. Методики удаления аденоидной ткани весьма разнообразны: от классического варианта операции с использованием аденотома Бекмана, радиочастотной и лазерной хирургии, шейверной техники до холодно-плазменной хирургии. В литературе довольно подробно описаны преимущества и недостатки каждого из методов. Тщательная санация носоглотки необходима для успешного лечения ЭСО. В литературе подробно описано состояние носоглотки после различных вариантов аденотомии. Приведены классификации расположения остатков лимфоидной ткани и степень рубцовых изменений в носоглотке [4,9]. Проследить взаимосвязь послеоперационных изменений носоглотки с рецидивами ЭСО и составляет предмет научного поиска.

Цель работы: изучение ближайших и отдаленных результатов различных методов хирургического лечения гипертрофии лимфоидной ткани носоглотки у детей с экссудативными средними отитами.

Материал и методы исследования

В работе представлены сведения о результатах лечения 62 детей 5–7 лет, страдающих ЭСО. Наблюдения про-

Таблица 1

Предоперационные находки у детей в группах

Группа	Расположение лимфоидной ткани в носоглотке		Рубцовые изменения в носоглотке	Заложность носа	Тугоухость
	купол носоглотки распространение в полость носа	в области трубных валиков			
1 группа (n=28)	18 (64,3%)	10 (35,7%)	10 (35,7%)	20 (71,4%)	27 (96,4%)
2 группа (n=34)	21 (61,8%)	13 (38,2%)	–	26 (76,4%)	33 (97%)

ведены в двух группах больных. Первая группа – 28 детей, ранее перенесшие аденотомию, с признаками рецидива экссудативного отита. Вторая группа – 34 ребенка с ЭСО, которые ранее хирургическому лечению не подвергались. Основная задача исследования – изучение эффективности эндоназальных и экстраназальных методов хирургического удаления лимфоидной ткани носоглотки с использованием эндоскопа или микроскопа с гортанным зеркалом. Так же ставилась задача в определении оптимальной методики вмешательства с минимальной вероятностью рубцовой облитерации устья слуховой трубы. Каждая группа была разделена на две равные подгруппы. В первую подгруппу вошли пациенты, оперированные с эндоназальной визуализацией операционного поля эндоскопом, во вторую – оперированные экстраназальным подходом с помощью гортанного зеркала и микроскопа.

Обработку статистических данных проводили с использованием методов вариационной статистики. Статистическую значимость результатов определяли при уровне доверительного интервала $p < 0,05$. Использовали программный продукт STATISTICA-6.

Результаты исследований и их обсуждение

В обеих группах жалобы детей и их родителей были традиционными: снижение слуха, непостоянная заложенность носа, храп во сне. Клиника заболевания дополнялась результатами эндоскопического исследования и отомикроскопии. При эндоскопии учитывали степень аденоидных вегетаций, их расположение и наличие рубцовых изменений в носоглотке. При отоскопии учитывали состояние барабанной перепонки, ее цвет, воздушность барабанной полости. В оценке степени тугоухости учитывали показатели акуметрии, пороговой аудиометрии и импедансометрии. Диагностические находки у детей перед операцией представлены в таблице 1.

По результатам предоперационного обследования выяснилось, что у 60% детей имела место объемная патология лимфоидной ткани, вызывающая преходящую назальную обструкцию с возможной неадекватной вентили-

ляцией слуховой трубы и рецидивами ЭСО. У 35–38% детей отмечалась гипертрофия боковых валиков глотки как наиболее очевидная причина рецидивирующих средних отитов. При выборе операционного метода учитывали плотность лимфоидной ткани носоглотки, выраженность рубцовой облитерации и степень риска возможного послеоперационного кровотечения. Во всех случаях использовали общую анестезию с управляемой гипотонией. С помощью шейвера удалялись дольки носоглоточной миндалины. Важно при этом не травмировать здоровую ткань трубных валиков до полной визуализации хоан и слуховой трубы. При повреждении трубного валика или разрастания около него лимфоидной ткани, а также при рубцовой деформации устья слуховой трубы использовался метод холодно-плазменной хирургии.

Проблема лечения ЭСО в детском возрасте стоит достаточно остро, виной всему значительное число рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде. В нашем исследовании использовались методы тимпанопункции, миринготомии и шунтирования барабанной полости. Как правило, тимпанопункцию и миринготомию использовали при наличии стертых жалоб и умеренно выраженной степени тугоухости. Тактику подсказывала и отоскопическая картина: утолщенная барабанная перепонка с наличием уровня жидкости в барабанной полости. При тональной аудиометрии отмечали умеренно выраженную тимпаноскалярную тугоухость с повышением порогов воздушно-проведенных звуков (ВПЗ) в пределах 20–25 дБ в зоне частот речевого диапазона. При импедансометрии отмечалась кривая типа В, при этом уровень отрицательного давления не превышал отметки (-) 60–80 дПа. Порог стапедального рефлекса был умеренно повышен до 80 дБ при частоте зондирующего тона 1000 и 2000 Гц. Необходимость шунтирования барабанной полости диктовал анамнез – рецидивирующее течение отита и длительная (3–6 месяцев), постепенно нарастающая, тугоухость. При отоскопии отмечалась синюшность барабанной перепонки. Экссудат полностью «наполнял» барабанную полость. В ряде случаев отмечались рубцовые изменения с участками втяжения податливой части

Таблица 2

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения у детей с аденоидными вегетациями и ЭСО

Результаты лечения в группах	Хирургический доступ к носоглотке			
	Эндоназальный (n=30)		Экстраназальный (n=32)	
	1 месяц	6 месяцев	1 месяц	6 месяцев
Остатки лимфоидной ткани	2 (6,7%)	2 (6,7%)	–	1 (3,1%)
Рубцовые изменения носоглотки	1 (3,3%)	4 (13,3%)*	–	2 (6,2%)
Синехии в полости носа	4 (13,3%)	–	–	–
Снижение слуха и рецидив ЭСО	7 (23,3%)*	4 (13,3%)*	3 (9,3%)	2 (6,2%)
Затруднение носового дыхания	4 (13,3%)	–	–	–
Выделения из носа	4 (13,3%)	–	–	–
Отек носовых раковин	2 (6,7%)	–	–	–

Примечание: * – $p < 0,05$.

барабанной перепонки. Клиника заболевания сочеталась с результатами аудиологического исследования: повышенные пороги ВПЗ до уровня 35–40 дБ с наличием костно-воздушного интервала в пределах 25–30 дБ. При импедансометрии порог стапедального рефлекса был повышен до уровня 100–110 дБ с резким снижением внутрибарабанного давления (до -240 дПа) и низкими показателями подвижности цепи звукопроводения.

В ближайшем послеоперационном периоде всем детям использовали методы ирригационно-осмотической терапии: носовой душ с физиологическим раствором натрия хлорида в сочетании с инстилляциями изотонического солевого спрея. По нашему мнению, подобная тактика является наилучшей профилактикой образования синехий в полости носа и рубцовой облитерации носоглотки. Эффект ирригационной терапии дополняли использованием топических деконгестантов на основе морской воды. Результат лечения оценивался через месяц и через шесть месяцев после операции (табл. 2).

Выводы

Приведенные в работе сведения можно учитывать при выборе методов хирургических вмешательств в носоглотке

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобошко М. Ю., Слуховая труба / М. Ю. Бобошко, А. И. Лопотко. — Санкт-Петербург : Спец Лит, 2003. — 355 с.
2. Гаращенко Т. И. Мукорегулирующие препараты в лечении негнойных заболеваний среднего уха / Т. И. Гаращенко, Е. Ю. Радциг // Лечащий врач. — 2000. — № 1. — С. 19–23.
3. Гаращенко Т. И. Синупрет в лечении заболеваний полости носа, околоносовых пазух и среднего уха / Т. И. Гаращенко, М. Р. Богомильский, Е. Ю. Радциг // Российская ринология. — 2000. — № 4. — С. 38–42
4. Завьялов Ф. Н. Отдаленные результаты аденомотомии у детей с рецидивирующим экссудативным средним отитом / Ф. Н. Завьялов, А. В. Саликов // Российская ринология. — 2008. — № 1. — С. 31–34.
5. Зябкин И. В. Хирургическое лечение гипертрофии носоглоточной миндалины (аденоидов) — настоящее состояние проблемы в России [Электронный ресурс] / И. В. Зябкин, В. А. Карпов. — Режим доступа : <http://www.childrhinology.ru>. — Название с экрана.
6. Наумов О. Г. Влияние гипертрофии небных миндалин на течение экссудативных средних отитов у детей / О. Г. Наумов, Л. Д. Васильева // Материалы 2-го нац. конгр. аудиологов (Суздаль, 2007). — Москва, 2007. С. 184–185.
7. Преображенский Н. А. Экссудативный средний отит / Н. А. Преображенский, И. И. Гольдман. — Москва : Медицина, 1987. — 189 с.
8. Принципы диагностики и лечения хронического аденоидита. Методические рекомендации / Коренченко С. В., Тарасова Н. В., Сухачев Е. А., Кузнецов А. А. — Самара, 2008.
9. Русецкий Ю. Ю. 10-летний опыт эндоскопической органосохраняющей аденомотомии / Ю. Ю. Русецкий, И. О. Чернышенко, Т. К. Седых // Российская ринология. — 2012. — № 3. — С. 4–8.
10. Сватко Л. Г. Морфологические особенности слизистой оболочки среднего уха и глоточной миндалины при экссудативном среднем отите / Л. Г. Сватко, Д. Э. Циплаков, В. В. Рафаилов // Материалы VII съезда оториноларингологов РФ. — 2001. — С. 141–143.
11. Тихомирова И. А. Алгоритмы диагностики и выбора лечебной тактики у детей с хроническими заболеваниями лимфоэпителиальной глоточной системы, секреторным средним отитом с учетом генетической предрасположенности и профиля патологии / И. А. Тихомирова // Рос. оториноларингол. — 2009. — № 1. — С. 148–55.
12. Этиопатогенез и лечение секреторных отитов / Л. Г. Петрова // Научно-практический журнал для фармацевтов и врачей. — 2008. — № 2. — С. 58–61.
13. Эффективность назальных ирригаций спреем «Аква Марис» у детей с частыми повторными заболеваниями носоглотки / Л. С. Овчаренко, А. А. Вертегел, Т. Г. Андриенко [и др.] // Современная педиатрия. — 2012. — № 5 (45). — С. 3–7.

Порівняльна ефективність методів хірургічного лікування аденоїдних вегетацій у дітей з екссудативними середніми отитами

А.Д. Гусаков, А.Я. Желтов, Д.Н. Кокоркін

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета: вивчення найближчих та віддалених результатів різних методів хірургічного лікування гіпертрофії лімфоїдної тканини носоглотки у дітей з екссудативними середніми отитами (ЕСО).

Пацієнти і методи. Вивчалися результати лікування ЕСО у 62 дітей 5–7 років. Першу групу склали 28 дітей, що раніше перенесли аденомотомію, з ознаками рецидиву екссудативного отиту. Другу групу склали 34 дитини з екссудативним отитом, які раніше хірургічного лікування не отримували. Порівнювали ефективність ендоназальних і екстраназальних методів хірургічного видалення лімфоїдної тканини носоглотки з мінімальною ймовірністю рубцевої облітерації вічка слухової труби.

Результати. Пріоритетним методом у хірургії носоглотки в дитячому віці є екстраназальний доступ з використанням шейверної техніки в поєднанні з холодно-плазмозовою хірургією. Застосування цих методів дозволяє чітко візуалізувати межі операційного поля в умовах помірної кровоточивості рани. Ендоназальний підхід пов'язаний із травматизацією слизової оболонки носа в умовах неповної об'ємної візуалізації операційного поля. Подібне поєднання може призводити до більш тривалого загоєння операційної рани, утворення синехій у порожнині носа та утворення рубців у носоглотці. Висновки. Використання холодно-плазмозової хірургії у поєднанні із шейверною технікою у віддаленій перспективі дозволяє досягти стійкого одужання у 93% дітей з ЕСО з мінімальними (не більше 6%) травматичними змінами в носоглотці.

Ключові слова: діти, аденоїдні вегетації, екссудативний отит, хірургічне лікування.

Comparative effectiveness of the methods adenoidectomy in children with exudative otitis media

A. Gusakov, A. Zheltov, D. Kokorkin

Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education of Ukraine

Actuality: A thorough sanitation of the nasopharynx is essential for successful treatment of the exudative otitis media (EOM). The literature describes in detail the state of the nasopharynx after different types of adenoidectomy. The classifications of the location of the remnants of lymphoid tissue and the extent of scarring in the nasopharynx are given. The subject of this work is to trace the relationship of postoperative nasopharyngeal changes with recurrent EOM.

Objective: To study the immediate and long-term results of different methods of surgical treatment of hypertrophy of the nasopharyngeal lymphoid tissue in children with exudative otitis media.

Materials and Methods: This paper presents information on the results of treatment of 62 children of 5–7 years suffering from exudative otitis media. Observations were carried out in two groups of patients. The first group included 28 children previously undergone adenoidectomy, with the signs of recurrent exudative otitis. The second group included 34 children with exudative otitis previously untreated surgically. The task of the investigation is to study the effectiveness of endonasal and extranasal methods of surgical removal of nasopharyngeal lymphoid tissue with a minimum probability of scar obliteration of the mouth of the Eustachian tube.

Results and discussion: The priority method in nasopharyngeal surgery in children is extranasal access with shaver technology in conjunction with cold plasma surgery. The using of these methods gives a clear visualization of the operating field under conditions of moderately bleeding wound. On the other hand, endonasal approach is associated with traumatization of the nasal mucosa with incomplete volume visualization of the surgical field. This combination can result in a longer healing of the surgical wound, the formation of adhesions of the nasal cavity and scarring in the nasopharynx. Complete visualization of the operating field significantly affects the long-term results of EOM treatment in childhood.

Conclusions: The use of cold plasma surgery combined with shaver gives the possibility to achieve in the long term a stable cure in 93% of children with exudative otitis media with minimal (less than 6%) traumatic changes in the nasopharynx.

Keywords: adenoidectomy, exudative otitis media, children.

Сведения об авторах:

Гусаков Александр Дмитриевич — д.мед.н., проф., зав. каф. отоларингологии ГУ «Запорожской медицинской академии последипломного образования МОЗ Украины».

Желтов Андрей Яковлевич — зав. отделением оториноларингологии медицинского центра «Вита Центр», г. Запорожье.

Кокоркин Дмитрий Николаевич — к.мед.н., доц. кафедры оториноларингологии ГУ «ЗМАПО МОЗ Украины», Главный детский отоларинголог УОЗ Запорожской ОГА.

Адрес: г. Запорожье, б-р Винтера, 20; тел. (061) 769-81-81.

Статья поступила в редакцию 10.02.2016 г.

НОВОСТИ

Врачи Института имени А. Шалимова впервые в Украине выполнили трансплантацию лёгких

Врачи Национального Института хирургии и трансплантологии имени А.Шалимова впервые в Украине выполнили трансплантацию легких 29-летней больной с легочной гипертензией от живых родственных доноров.

Как сообщили в пресс-службе Министерства здравоохранения, донорами трансплантатов (нижних долей легких) выступили отец и мать пациентки.

В общей сложности все этапы операции длились более 26 часов, в проведении операции были задействованы более 50 специалистов института.

«На сегодняшний день состояние реципиента и доноров соответствует времени и тяжести перенесенного оперативного вмешательства», — говорится в сообщении.

В Минздраве напомнили, что трансплантация легких — высокоспециализированный метод лечения

больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких, муковисцидозом, идиопатической легочной гипертензией и тому подобное.

В большинстве случаев трансплантируются донорские легкие изъятые от посмертного донора. Операции по трансплантации легких от живых родственных доноров проводятся в случае отсутствия трупного донорского органа. Они являются сверхсложными и требуют высочайшего хирургического профессионализма и четкой организации всего трансплантационного процесса.

На сегодняшний день в трансплантации легких и органокомплекса сердце-легкие, по данным ведомства, в Украине нуждаются более 1000 больных.

Источник: med-expert.com.ua



ІНСПІРОН®

Діюча речовина: фенспірид.

1) Інспірон®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг: 1 таблетка містить фенспіриду гідрохлориду, у перерахуванні на 100% речовину, 80 мг.

2) Інспірон®, сироп, 2 мг/мл: 5 мл сиропу містять фенспіриду гідрохлориду у перерахуванні на суху речовину 10 мг.

3) Інспірон®, сироп, 4 мг/мл: 1 мл лікарського засобу містить фенспіриду гідрохлориду у перерахуванні на 100% речовину 4 мг.

Фармакотерапевтична група. Засоби, що діють на респіраторну систему. Інші засоби для системного застосування при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів. Код АТС R03D X03.

Клінічні характеристики.

Показання.

- Лікування гострих та хронічних запальних процесів ЛОР-органів та дихальних шляхів, хронічні обструктивні захворювання легень, у складі комплексної терапії бронхіальної астми.
- Сезонний та цілорічний алергічний риніт та інші прояви алергії з боку респіраторної системи та ЛОР-органів.
- Респіраторні прояви коку, грипу.
- Симптоматичне лікування коклюшу.

Противпоказання.

Підвищена чутливість до фенспіриду гідрохлориду та/або до інших компонентів препарату.

Побічні реакції.

Помірна синусова тахікардія, розлади травлення, нудота, біль у шлунку, діарея, блювання, еритема, висип, кропив'янка, свербіж, сонливість, астенія та ін.

Фармакологічні властивості.

Проявляє антибронхоконстрикторні та протизапальні властивості, зумовлені взаємодією кількох взаємопов'язаних механізмів:

- блокує H1-гістамінові рецептори та чинить спазмолітичну дію на гладку мускулатуру бронхів;
- чинить протизапальну дію;
- інгібує α 1-адренорецептори, які стимулюють секрецію в'язкого слизу.

Дітям препарат застосовують тільки з 2-х років і у вигляді сиропу.

¹ на підставі Інструкцій для медичного застосування лікарських засобів Інспірон®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; Інспірон®, сироп, 2 мг/мл та 4 мг/мл.

² дітям препарат застосовують тільки у вигляді сиропу.

Інформацію наведено в скороченому вигляді, повна інформація викладена в Інструкціях для медичного застосування лікарських засобів Інспірон®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; Інспірон®, сироп, 2 мг/мл та 4 мг/мл.

Міжнародна непатентована назва: Fenspiride.

Р. П.: № UA/11435/01 від 12.04.11 до 12.04.16;
№ UA/9922/01 від 10.07.14 до 10.07.19;
№ UA/9922/02 від 15.05.15 до 15.05.20.



Інспірон® – перший генеричний фенспірид в Україні

- цілеспрямована комплексна протизапальна дія по відношенню до дихальних шляхів¹
- дозволене застосування у дітей з 2-х років²

ВІДПУСКАЄТЬСЯ ЗА РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ.

Інформація виключно для медичних і фармацевтичних працівників.

Для використання у професійній діяльності.

Виробники:

ПАТ «Київмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Саксаганського, 139);

ПАТ «Галичфарм» (79024, Україна, м. Львів, вул. Опришківська, 6/8).

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

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей



НОВИНКА
від пробіотики №1 в Україні¹

ЛІНЕКС БЕБІ®

У складі – *Bifidobacterium animalis*, що є природним компонентом грудного молока мами²



Ефективність ЛІНЕКС БЕБІ® доведена³ при:

- Антибіотикотерапії
- Діареї
- Закрепі
- Кишкових коліках
- Атопічному дерматиті



ДОЗВОЛЕНИЙ З ПЕРШИХ ДНІВ ЖИТТЯ³

1. Згідно інформаційно-аналітичної бази «Система дослідження ринку Фармексплорер» за підсумками 2015 року Лінєкс є лідером з продажів на ринку Пробиотиків. 2. О.К. Нетребенко, Обзор новых статей и материалов по механизмам действия и роли пробиотиков у детей (2007_2008 гг.), Современная педиатрия 4(26)/2009, стр.129-133. 3. Згідно з інструкцією до медичного застосування препарату. РП. UA/14576/01/01. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я. Лікарський засіб має побічні реакції. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за адресою або телефоном: вуля Амосова 12, м. Київ, 03680, тел. +38 (044) 495-28-66 www.sandoz.ua. КМ 4-56-ЛІН-ОТС-0216



SANDOZ
a Novartis company