

УДК 611.885.013

О.Д. Сапунков¹, А.Л. Косаковський², Л.О. Сапункова¹

Особенности строения барабанной полости у плода человека девяти месяцев развития

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.4(84):139-141; doi 10.15574/SP.2017.84.139

Хірургічні втручання на середньому вусі у недоношених дітей вимагають точного знання топографо-анатомічних особливостей будови скроневої кістки.

Мета: вивчити топографо-анатомічні особливості середнього вуха у плодів 9-ти місяців внутрішньоутробного розвитку та обґрунтувати морфологічний взаємозв'язок формотворчих процесів його з прилеглими структурами.

Матеріали і методи. Дослідження виконано на семи плодах людини 311,0–345,0 мм тим'яно-копчикової довжини. У ході дослідження використовували методи тонкого препарування середнього вуха та прилеглих ділянок під контролем бінокулярної лупи, макро- та мікроскопії, морфометрії, макрофотографії цифровим фотоапаратом OLIMPUS μ 1000 All-weather 10,0 MPix.

Результати. У плодів дев'ятого місяця внутрішньоутробного розвитку барабанна порожнина набуває більш неправильної форми, на її стінках з'являються численні комірочки, продовжується формування нижньої та передньої стінок барабанної порожнини та надбарабанного простору, барабанні отвори слухових труб починають переміщуватися з нижньої частини барабанної порожнини доверху.

Висновки. Визначені особливості будови барабанної порожнини у плода людини 9-місячного віку мають важливе значення для удосконалення технологій і адекватності хірургічного лікування та маніпуляцій у передчасно народжених дітей.

Ключові слова: анатомія, барабанна порожнина, плід людини.

Peculiarities of the tympanic cavity structure in the ninth month human fetus

*O.D. Sapunkov¹, A.L. Kosakovskiy², L.O. Sapunkova¹*¹Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine²Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Introduction. The surgical operations on the middle ear in premature infants require precise knowledge of anatomical and topographical characteristics of the temporal bone structure.

Objective. To explore topographic-anatomical characteristics of the middle ear in the 9-month fetuses during their antenatal development and to prove morphological interrelationships of the form-building processes with surrounding structures.

Materials and methods. The research was conducted on 7 human fetuses with 311.0–345.0 7-mm parietal-coccygeal length. The methods of the fine dissection of middle ear and the surrounding areas under the control of binocular loupe; macro- and microscopy; morphometry; macrophotografies using the digital camera OLIMPUS μ 1000 All-weather 10.0 MPix were used within the study.

Results and discussion. The tympanic cavity of the 9-month human fetuses during the antenatal development obtains more irregular shape, the numerous cells appear on its walls, the inferior and anterior walls of the tympanic cavity as well as the attic continue their formation, the tympanic openings of auditory tubes begin to move from the bottom of the tympanic cavity upward.

Conclusions. The inferior and anterior walls of the tympanic cavity as well as the attic of the human fetuses during their 9-month antenatal development continue their formation. The tympanic openings of the auditory tubes begin to move from the bottom of the tympanic cavity upward. The determined peculiarities of tympanic cavity structure in the 9-month human fetus are essential to the improvement of technologies and the performance of surgical treatment and manipulations in premature neonates.

Key words: anatomy, tympanic cavity, human fetus.

Особенности строения барабанной полости у плода человека девяти месяцев развития

*О.Д. Сапунков¹, А.Л. Косаковский², Л.О. Сапункова¹*¹Буковинський державний медичний університет, г. Чернівці, Україна²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, г. Київ, Україна

Хірургічне втручання на середньому вусі у недоношених дітей вимагають точного знання топографо-анатомічних особливостей будови скроневої кістки.

Цель: изучить топографо-анатомические особенности среднего уха у плодов 9 месяцев внутриутробного развития и обосновать морфологическую взаимосвязь формообразующих процессов его с прилегающими структурами.

Материалы и методы. Исследование выполнено на семи плодах человека 311,0–345,0 мм теменно-копчиковой длины. В ходе исследования использовали методы тонкого препарирования среднего уха и прилегающих участков под контролем бинокулярной лупы, макро- и микроскопии, морфометрии, макрофотографии цифровым фотоапаратом OLIMPUS μ 1000 All-weather 10,0 MPix.

Результаты. У плодов девятого месяца внутриутробного развития барабанная полость приобретает более неправильную форму, на ее стенках появляются многочисленные ячейки; продолжается формирование нижней и передней стенок барабанной полости и надбарабанного пространства; барабанные отверстия слуховых труб начинают перемещаться из нижней части барабанной полости вверх.

Выводы. Установленные особенности строения барабанной полости у плода человека 9-месячного возраста имеют важное значение для усовершенствования технологий и адекватности хирургического лечения и манипуляций у преждевременно родившихся детей.

Ключевые слова: анатомия, барабанная полость, плод человека.

Вступ

У наш час мікроопераційні технології і повна візуалізація структур барабанної порожнини у багаторазовому збільшенні дозволили підвищити якість операцій та знизити ризик можливих ускладнень [1]. Прицільна робота на даних структурах вимагає точного знання анатомо-топографічних особливостей будови скроневої кістки, у тому числі у дитячому віці [3].

У сучасній літературі досить докладно описані варіанти будови, вади барабанної порожнини [4,5] і можливі оперативні підходи в цій ділянці, але тільки в поодиноких роботах можна зустріти дані про вікові анатомічні особливості будови структур барабанної порожнини. Ми не зустріли також даних про розміри структур середнього вуха, окрім повідомлення, що у дітей 1–3-го років життя товщина нижньої стінки барабанної порожнини становить 0,3–1 міліметр. Водночас ці показники мають велике значення при хірургічних маніпуляціях на середньому вусі у ранньому віці [1]. Це пов'язано з тим, що за останні 10 років у розвинутих країнах частка дітей, народжених передчасно, залишається стабільною і становить 5–12% усіх новонароджених. І вони мають свої анатомо-фізіологічні особливості, які потребують вивчення. Адже незрілість органів і систем цих дітей, важкість їх адаптації часто призводять до розвитку патологічних симптомкомплексів, у тому числі з боку органа слуху, що може зумовити необхідність хірургічного втручання [2]. Тому вивчення ембріологічних аспектів розвитку середнього вуха, його анатомії та топографічної анатомії у плодів залишається актуальним.

Мета дослідження: вивчити топографо-анатомічні особливості барабанної порожнини у плодів 9-ти місяців внутрішньоутробного розвитку та обґрунтувати морфологічний взаємозв'язок формотворчих процесів його з прилеглими структурами.

Матеріал і методи дослідження

Дослідження виконано на семи плодах людини 311,0–345,0 мм тім'яно-куприкової довжини.

У ході дослідження використовували наступні методи: тонкого препарування середнього вуха та прилеглих ділянок під контролем бінокулярної лупи; макро- та мікроскопії; морфометрії; макрофотографії цифровим фотоапаратом OLIMPUS μ 1000 All-weather 10,0 MPix.

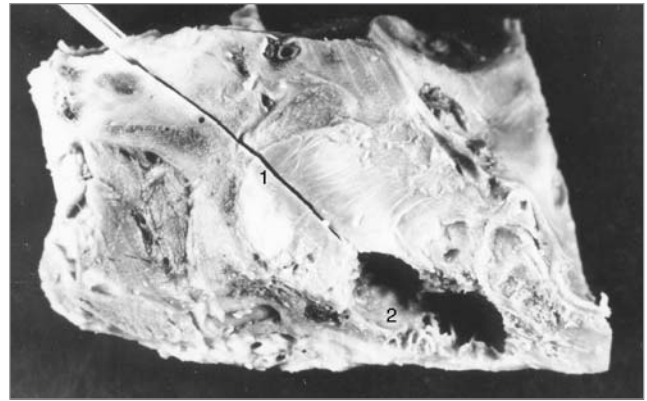


Рис. 1. Горизонтальний зріз скроневої кістки плода 344,0 мм ТКД. Макропрепарат. 36. x 3,2: 1 — слухова труба, 2 — барабанна порожнина

Результати дослідження та їх обговорення

У плодів дев'ятого місяця внутрішньоутробного розвитку барабанна порожнина набуває більш неправильної форми, на її стінках з'являються численні комірці (рис. 1).

Нижня та передня стінки барабанної порожнини збільшують свої розміри. Нижня стінка обмежує яремну ямку, а передня є стінкою каналу зовнішньої сонної артерії. Збільшенню цих стінок сприяє збільшення діаметра судин — внутрішньої яремної вени та внутрішньої сонної артерії і збільшення, відповідно, каналу внутрішньої сонної артерії та яремної ямки (рис. 2).

У процесі росту нижньої та передньої стінок барабанної порожнини нижній край барабанного кільця ще більше відходить від мису, а кут нахилу верхнього краю збільшується. Внаслідок цього барабанна порожнина із майже горизонтального положення переходить в похиле. Барабанні отвори зміщуються доверху ще більше від рівня попереднього періоду. Канал внутрішньої сонної артерії проходить під кутом 55° до основи черепа і лежить на нижній поверхні скроневої кістки, яка в цей період розвитку має

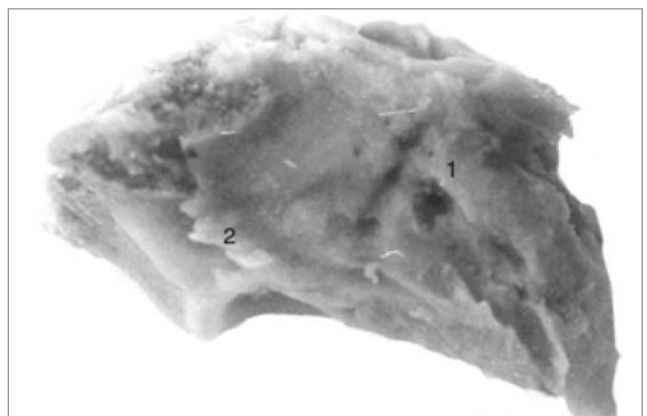


Рис. 2. Скронева кістка плода 336,0 мм ТКД (вид знизу). Макропрепарат. 36. x 3,2: 1 — канал внутрішньої сонної артерії, 2 — яремна ямка

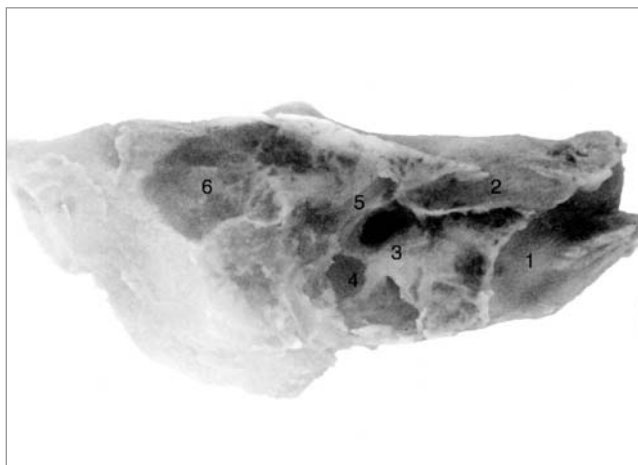


Рис. 3. Сагітальний розріз скроневої кістки плода 340,0 мм ТКД. Макропрепарат. 3б. х 3,2: 1 — канал внутрішньої сонної артерії, 2 — слухова труба, 3 — вікно присінка, 4 — вікно завитки, 5 — канал лицевого нерва, 6 — печера соскоподібного відростка

форму тригранної піраміди. Діаметр каналу внутрішньої сонної артерії становить $2,56 \pm 0,04$ мм. Ширина яремної ямки — $7,25 \pm 0,18$ мм, довжина — $9,50 \pm 0,24$ мм (рис. 3).

Розміри барабанної порожнини: довжина знизу — $7,60 \pm 0,19$ мм, довжина на рівні мису — $9,75 \pm 0,18$ мм, довжина зверху — $7,40 \pm 0,23$ мм. Вертикальні розміри барабанної порожнини:

спереду — $8,15 \pm 0,19$ мм, навпроти мису — $9,68 \pm 0,34$ мм, позаду — $7,15 \pm 0,17$ мм. Ширина барабанної порожнини: у нижньо-передній ділянці — $2,22 \pm 0,05$ мм, у нижньо-задній ділянці — $5,22 \pm 0,12$ мм, у передньо-верхній ділянці — $3,85 \pm 0,15$ мм, у верхньо-задній ділянці — $4,82 \pm 0,19$ мм. Товщина стінок барабанної порожнини становить: верхньої — $0,99 \pm 0,03$ мм, передньої — $0,62 \pm 0,03$ мм, нижньої — $0,72 \pm 0,02$ мм. Довгий діаметр барабанного кільця з барабанною перетинкою — $8,12 \pm 0,19$ мм, короткий діаметр — $7,25 \pm 0,23$ мм.

Висновки

1. У плода людини 9-місячного віку продовжується формування нижньої та передньої стінок барабанної порожнини та надбарабанного простору.

2. Барабанні отвори слухових труб починають переміщуватися з нижньої частини барабанної порожнини доверху.

3. Визначені особливості будови барабанної порожнини у плода людини 9-місячного віку мають важливе значення для удосконалення технологій і адекватності хірургічного лікування та маніпуляцій у передчасно народжених дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богомільский М.Р. Особенности строения лабиринтной стенки барабанной полости в раннем детском возрасте / М.Р. Богомільский, М.М. Полушин // Вестник оториноларинголог. — 2010. — №3. — С.66—67.
2. Важность исследования ЛОР-органов у недоношенных детей / И.В. Рахманова, Р.В. Котов, О.А. Бабак, В.В. Раш // Вестник оториноларинголог. — 2010. — №3. — С.12—14.
3. Cinamon U. The growth rate and size of the mastoid air cell system and mastoid bone: a review and reference / U. Cinamon // European Archives Oto-Rhino-Laryngology. — 2009. — Vol. 266 (6). — P.781—786.
4. Ontogenetic landmarks of the organ of hearing in fetal age determination / Lupu George, Popescu Daniel, Panus Victor, Popescu Gabriela // Rom. J. Leg. Med. — 2010. — Vol.2. — P.129—132.
5. Tamrazi Benita Imaging of Pediatric Hearing Loss / Tamrazi Benita, Jeevak Almast, Rajiv Mangla // Neurographics. — 2011. — Vol.1(2). — P.66-73.

Сведения об авторах:

Сапунков Олег Давидович — к.мед.н., доц. каф. детской хирургии и отоларингологии Буковинского государственного медицинского университета. ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет». Адрес: г. Черновцы, Театральная пл., 2; тел.

Косаковский Анатолий Лукьянович — д.мед.н., проф., зав. каф. детской оториноларингологии, аудиологии и фонологии НМАПО имени П.Л. Шупика, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская отоларингология», президент Ассоциации детских оториноларингологов Украины. Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Сапункова Л.О. — ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет». Адрес: г. Черновцы, Театральная пл., 2
Статья поступила в редакцию 24.02.2017 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 ангіотензин 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. 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, 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



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:** 1 мл сиропу містить фенспіриду гідрохлориду у перерахуванні на суху речовину 2 мг.

3) **Інспірон®, сироп, 4 мг/мл:** 1 мл лікарського засобу містить фенспіриду гідрохлориду у перерахуванні на суху 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, у складі комплексної терапії бронхіальної астми.

– Сезонний та цілорічний алергічний риніт та інші прояви алергії з боку респіраторної системи та ЛОР-органів.

– Респіраторні прояви кору, грипу.

– Симптоматичне лікування коклюшу.

Протипоказання.

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

Побічні реакції.

Помірна тахікардія, розлади травлення, нудота, біль у шлунку, діарея, блювання, еритема, висип, кропив'янка, свербіж, сонливість, астения 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 α1-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.

* Перший зареєстрований генеричний препарат фенспіриду в Україні.

Інформацію наведено в скороченому вигляді, повна інформація викладена в Інструкції 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: Fenспиride. Виробники: ПАТ «Київмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Сахаранського, 139); ПАТ «Галичфарм» (79024, Україна, м. Львів, вул. Опришківська, 6/8). Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 19.06.2017 р.

Р. П.: № UA11439501/01 від 16.03.16 до 16.03.21;
№ UA982201/01 від 10.07.14 до 10.07.19;
№ UA992201/02 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.

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

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей
ARTERIUM

Йодомарин®

калію йодид

ЙОД, ЩО ПОТРІБЕН ДЛЯ ЖИТТЯ!*



- Профілактика розвитку дефіциту йоду, у тому числі у період вагітності або годування груддю^{1,2}.
- Профілактика рецидиву йод-дефіцитного зоба після хірургічного видалення, а також після завершення комплексного лікування препаратами гормонів щитоподібної залози^{1,2}.
- Лікування дифузного еутиреоїдного зобу у дітей, у тому числі у новонароджених, та дорослих^{1,2}.

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЙОДОМАРИН® 100 (JODOMARIN® 100), ЙОДОМАРИН® 200 (JODOMARIN® 200)

Склад: 1 таблетка 100 містить калію йодиду 131 мг, що відповідає йоду 100 мг або 1 таблетка 200 містить калію йодиду 262 мг, що відповідає йоду 200 мг. Допоміжні речовини: пастозо моногідрат, магнію карбонат основний, желатин, натрію крохмалю гідрат (тип А), ураніно діоксид коллоїдний безводний, ніаїно сульфат, нікарбонату ферула, Таблетки Фармацевтична група. Препарати йоду, що застосовують при захворюваннях щитоподібної залози. Код АТС Н03С А. Нікаліна. Профілактика розвитку дефіциту йоду, у тому числі у період вагітності або годування груддю. Профілактика рецидиву йод-дефіцитного зоба після хірургічного видалення, а також після завершення комплексного лікування препаратами гормонів щитоподібної залози. Лікування дифузного еутиреоїдного зобу у дітей, у тому числі у новонароджених та дорослих. Протипоказання. Підвищена чутливість до йоду або до одного з інших компонентів препарату. Маніфестний гіпертиреоз. Застосування калію йодиду у дозах, що перевищують 150 мг йоду на добу, при вагітності гіпертиреозі. Застосування калію йодиду у дозах від 300 до 1000 мг йоду на добу при автономній аденомі, фокальних та дифузних автономних вузлах щитоподібної залози, за винятком передопераційної йодотерапії з метою блокади щитоподібної залози за Пласмером. Туберкульоз легень. Геморагічний діатез. Герпетичний дерматит Дюринга (сидром Дюринга-Брока). Повітряні реакції. При профілактичному застосуванні йодиду у будь-якому віці, а також при терапевтичному застосуванні у немовлят та дітей необхідно врахувати, як правило, не спостерігається. Проте при наявності великих вузлів автономної щитоподібної залози і при призначенні йоду у дозових формах, що перевищують 150 мг, повністю виключити появу етіологічного гіпертиреозу неможливо. З боку імунної системи: реакції гіперчутливості (гем. наприклад, як риніт, спричинені йодом, бульозна або туберозна йододерма, експлозійний дерматит, ангіоневротичний набряк, гаречка, ангі- і пурпури сліпких залоз). Повний перелік побічних реакцій з боку імунної, ендокринної системи та інші наводяться в інструкції для медичного застосування препарату Йодомарин®100, Йодомарин®200. Категорія відпуску. Без рецепта.

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування ЙОДОМАРИН® 100 від 15.02.2017 № 141 РР № ІА/0156/01/01, ЙОДОМАРИН® 200 від 26.01.15 № 32 РР № ІА/0156/01/02.

Назва і місцезнаходження виробника. Виробництво «in bulk»-контроль серій: БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Місцезнаходження. Темпелькофер Вег 83, 12347 Берлін, Німеччина.

Пакування, контроль та випуск серій: БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Місцезнаходження. Гайнікер Вег 125, 12439 Берлін, Німеччина.

Виробництво «in bulk», пакування, контроль серій: Менаріні - Фой Хайден ГмбХ, Місцезнаходження. Лейпцігер Штрассе 7-13, 01097 Дрезден, Німеччина.

* Для мешканців йододefіцитних регіонів.

** Згідно даних роздрітного аудиту Системи дослідження ринку «Фармакселлер» з продажу усіх препаратів групи АТС код ЗНО3С за період 2016 р

1. Інструкція для медичного застосування препарату ЙОДОМАРИН® 100 від 15.02.2017 № 141, РР № ІА/0156/01/01

2. Інструкція для медичного застосування препарату ЙОДОМАРИН® 200 від 26.01.2015 № 32, РР № ІА/0156/01/02.

ІА_Іод_01-2017_V2_Рілд. Затверджено до друку 17.03.2017 р.

Представництво в Україні –
БЕРЛІН-ХЕМІ/А. МЕНАРІНІ УКРАЇНА ГмбХ
Адреса: м. Київ, вул. Березинівська, 29,
тел.: (044) 494-3388 факс: (044) 494-3389



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**