

М.В. Быков^{*1,2}, В.В. Лазарев², А.А. Плоскирева¹¹ — Детская инфекционная больница № 5, Москва, Россия² — Кафедра детской анестезиологии и интенсивной терапии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ КИШЕЧНОГО ЛАВАЖА У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

M.V. Bykov^{*1,2}, V.V. Lazarev², A.A. Ploskireva¹

Pediatric Infectious Hospital № 5, Moscow, Russia

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

THE USE OF INTESTINAL LAVAGE IN CHILDREN IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Резюме

В процессе интенсивной терапии у детей при неотложных инфекционных состояниях проводился метод энтеральной детоксикации специальным солевым энтеральным раствором — кишечный лаваж. Метод использовался у 75 детей в возрасте от 1,5 месяцев до 12 лет с массой тела от 3,2 до 44 кг с различной инфекционной патологией, с выявлением у 8 больных (10,6%) пневмонии, потребовавшей проведения ИВЛ, транслокации микроорганизмов из кишечника и микробиологическим подтверждением энтерогематической связи с основным патологическим процессом. Проведено 84 процедуры. Положительный клинико-лабораторный эффект был получен у 70 пациентов, что составило 93,31%.

Ключевые слова: кишечный лаваж, интенсивная терапия у детей**Для цитирования:** Быков М.В., Лазарев В.В., Плоскирева А.А. ПРИМЕНЕНИЕ КИШЕЧНОГО ЛАВАЖА У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ. Архив внутренней медицины. 2017; 7(2): 152-157. DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-2-152-157

Abstract

In the process of intensive care in children under exigent infectious states held a special method of enteral detoxification salt enteral rastvorom — intestinal lavage. The method was used in 75 children aged from 1,5 month to 12 years with a body weight of 3.2 to 44 kg with various infectious pathologies, identifying 8 patients (10,6%) with pneumonia, ask for a ventilator, the translocation of intestinal microorganisms and microbiological confirmation enterohematic connection with the main pathological process is carried out 84 procedures. Positive clinical and laboratory effect was obtained in 70 patients, accounting for 93,31%.

Key words: intestinal lavage, intensive therapy in children**For citation:** Bykov M.V., Lazarev V.V., Ploskireva A.A. THE USE OF INTESTINAL LAVAGE IN CHILDREN IN THE INTENSIVE CARE UNIT. Archive of internal medicine. 2017; 7(2): 152-157. [In Russian]. DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-2-152-157

DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-2-152-157

КЛ — кишечный лаваж, ОДН — острая дыхательная недостаточность, ОКИ — острая кишечная инфекция, ОПечН — острая печеночная недостаточность, СДК — селективная деконтаминация кишечника, СПОН — синдром полиорганной недостаточности, СЭИ — синдром эндогенной интоксикации, СЭР — солевой энтеральный раствор

Актуальность

Микрофлора кишечника взрослого, по данным ряда исследований, содержит 10-100 триллионов микробов, представляющих более 600 видов индигенных и условно патогенных микроорганизмов с

общей массой от 1 до 1,5 кг (Xu J., Gordon J.I. 2003). При этом, площадь всасывающей поверхности кишечника у взрослого за счет складок, ворсинок и микроворсинок сопоставима с площадью теннисного корта (Yamada T., Alpers D.H., Owyang C. 1995). Основным же звеном в энтерогематическом барье-

*Контакты/Contacts. E-mail: mikhail_v_bykov@mail.ru

ре являются энтероциты, особенностью которых является то, что энтероцит — самая короткоживущая клетка человеческого организма, срок его жизни при благоприятных физиологических условиях от 2 до 5 суток. Энтероцит имеет двойной тип питания и получает пластический материал из кровотока и просвета кишечника. Однако, любые стрессовые для макроорганизма ситуации (гипоксия, гиповолемия, боль, ДВС-синдром, все виды шоков) приводят к нарушению микроциркуляции и ишемии ЖКТ, электролитным нарушениям, дилатации и парезу кишечника. В свою очередь, это влечёт за собой изменение рН, осмолярности и электролитного состава химуса, угнетение роста нормальной микрофлоры кишечника, способствует стремительному росту условно патогенной и патогенной микрофлоры. Повреждение энтероцитарного барьера неизбежно при длительности вышеописанных факторов более срока жизни энтероцита (2-5 суток). Это приводит к транслокации микрофлоры кишечника в лимфо- и кровоток, с резким возрастанием антигенной нагрузки на макроорганизм с развитием транзитного иммунодефицита. В связи с этим кишечник в определённых условиях сам может стать резервуаром и источником интоксикации [2, 3, 4, 5, 12, 13, 15].

При нахождении экзо- или эндотоксиканта в просвете кишечника и нарушенных естественных барьерных функций и механизмах эвакуации неизбежно формируются два патологических порочных круга циркуляции токсинов: энтерогематический и энтерогепатический. При энтерогепатическом круге циркуляция токсиканта происходит вследствие всасывания его из кишечника и проникновения в кровоток воротной вены, далее, проникнув в ткань печени, токсикант, частично метаболизируясь или в неизмененном виде выделяется с желчью снова в просвет кишечника. При энтерогематическом патологическом круге токсикант, всосавшись в кишечнике, минуя, по ряду причин, гепатоцит, через печёночную вену попадает в системный кровоток, оказывая свое влияние на разные ткани и органы макроорганизма, и далее через кровоток в самой кишке способен выделяться снова в просвет кишечника [6].

Применение метода кишечного лаважа разрывает формирующиеся или сформировавшиеся патологические круги циркуляции токсинов.

Кишечный лаваж (КЛ) — метод энтеральной детоксикации организма и коррекции параметров гомеостаза. Осуществляется с помощью введения в желудочно-кишечный тракт специально приготовленного солевого энтерального раствора (СЭР), идентичного нормальному химусу тонкой кишки по своим физико-химическим параметрам: рН, осмолярности и электролитному составу [1]. Метод,

разработанный и с успехом широко используемый в нашей стране при лечении экзо- и эндотоксикозов в основном у взрослых пациентов [6, 7, 11, 12], на сегодняшний день имеет весьма ограниченный опыт применения в педиатрической практике [8, 9, 10]. В то же время вопросам транслокации микроорганизмов из кишечника с реализацией и поддержанием патологического инфекционного процесса, особенно у больных в отделениях интенсивной терапии, уделяется всё больше внимания [2, 4, 5, 8, 10, 11, 12].

В сравнении с энтеросорбцией КЛ эффективен при парезе ЖКТ, так как СЭР является мощным прокинетическим средством («Лечение констипации методом кишечного лаважа В.А. Маткевича» Патент № 2450277). Кроме того, КЛ является эффективным средством коррекции микробиоценоза кишечника и восстановления кишечного барьера, что представляется чрезвычайно важным в устранении «синдрома эндогенной интоксикации» (В.А. Маткевич, Е.А. Лужников, 2007).

Цель работы

Оценить эффективность кишечного лаважа у детей при неотложных состояниях, вызванных различными инфекционными заболеваниями с высокой вероятностью энтерогенной интоксикации.

Материал и методы

Критериями для обоснования проведения метода КЛ являлись: клинически и(или) лабораторно подтверждённое течение острой кишечной инфекции (ОКИ), транслокации патогенных и условно патогенных микроорганизмов из просвета кишечника в кровоток с реализацией и поддержанием патологического процесса. Явления пареза кишечника на фоне активно протекающего инфекционного заболевания. Клинико-лабораторные признаки течения острой печёночной недостаточности.

Критериями исключения для проведения сеанса кишечного лаважа являлись нестабильность гемодинамических показателей, требующей непрерывной инфузии адренормиметиков и терминальные состояния пациентов. Родители всех пациентов, поступающих и находящихся в ОРИТ, после предварительной беседы с описанием плана обследования, лечения и возможных рисков заполняли и подписывали утверждённое ДЗ г. Москвы стандартное информированное согласие.

В процессе исследования использовались стандартные статистические методы (критерии Фишера и χ^2). Различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Кишечный лаваж солевым энтеральным раствором использовали у 75 детей (84 процедуры) в возрасте от 1,5 месяцев дней до 12 лет с массой тела от 3,2 до 44 кг с различной инфекционной патологией: 40 больных с тяжелой формой ОКИ, 16 больных с сочетанной инфекцией дыхательных путей и ОКИ, 10 больных с пневмонией и явлениями ОДН, потребовавшей проведения различных видов респираторной поддержки, 6 больных с острой печеночной недостаточностью (ОПечН), развившейся на фоне острого инфекционного гепатита различной этиологии, 2-е больных с гнойным менингитом, один больной с синдромом Гийена-Барре. У 4-х из вышеперечисленных больных тяжесть состояния была обусловлена развитием синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). У 8-ми больных (5 с пневмонией, 2 с острой печеночной недостаточностью, 1 с гнойным менингитом) отмечался тяжелый парез ЖКТ, не купируемый применением слабительных средств и прокинетики (нарушение пассажа, стул реже 1-го раза в сутки только после клизмы, отсутствие кишечных шумов, вялая или маятникообразная перистальтика по данным УЗИ). Из них у 4-х больных с имеющимся тяжелым парезом кишечника, рефрактерным к методам общепринятой терапии, была заподозрена серотониновая недостаточность. Все больные, за исключением 3-х (два с явлениями острой печеночной недостаточности и один ребенок с синдромом Гийена-Барре), имели в той или иной степени выраженности симптомы инфекционного токсикоза.

У 8 больных с пневмонией, потребовавшей проведения ИВЛ, была выявлена транслокация микроорганизмов из кишечника и подтверждена энтерогематическая связь, с выделением идентичных полирезистентных штаммов возбудителей из анализов кала и мокроты — у 4 больных (*Klebsiella pneumoniae*-3, *Klebsiella Ozenae*-1, *Pseudomonas aeruginosa*-1), из анализа кала и крови — у 4 больных (*Klebsiella pneumoniae*-3, *Acinetobacter*).

У больных с клинической картиной острой кишечной инфекции при бактериологическом исследовании кала были выделены *Salmonella enteritidis*-5, *Salmonella typhimurium*-1, *Shigella flexneri*-2, *Pseudomonas aeruginosa*-1. Клинико-лабораторное состояние больных оценивали как непосредственно перед сеансом КЛ, так и через 2-4 часа после завершения процедуры.

Методика проведения КЛ

На начальных этапах мы использовали СЭР 250-260 мосм/л (при рекомендуемом к использованию у взрослых СЭР с осмолярностью 235-260 мосм/л). В начале процедуры в положении больного на правом боку при поднятом головном конце на 25-30° по



Фото 1. На эхограмме проникновение СЭР за пилорический сфинктер

Photo 1. On the echogram penetration of saline solution enteral for pyloric sphincter

назогастральному зонду вводили солевой энтеральный раствор, подогретый до 37°C. Объем раствора составлял сначала 10-40 мл (1/5-1/2 от объема желудка) каждые 5-10 мин., а после открытия привратника, момент которого контролировали с помощью УЗИ, переходили на продленную подачу раствора через инфузомат со скоростью от 50 до 500 мл в час в зависимости от массы тела и возраста пациента.

При выраженной гипертермии (температура тела более 39°C — у 4 х пациентов) СЭР вводили комнатной температуре. При продленной инфузии СЭР через желудочный зонд периодически (во время первого часа) проверяли степень наполнения желудка, скорость эвакуации раствора с помощью УЗИ верхних отделов брюшной полости.

В большинстве случаев при наполнении кишечника солевым электролитным раствором появлялись перистальтические шумы, по данным УЗИ исчезала маятникообразная и активизировалась нормальная перистальтика, затем наступало фракционное опорожнение кишечника. Первые порции интестината имели, как правило, патологический каловый характер с обилием примеси зелени, слизи. Для обеспечения гигиенической чистоты процесса после отхождения плотных каловых масс ректально устанавливалась большого размера (Ch 18-22) газоотводная трубка, соединенная с взрослым мочеиспускателем. Что позволяло не только облегчить труд среднего медперсонала, обеспечить чистоту пациента, но и более четко учитывать количество и качество выделенного интестината.



Фото 2. Пациенту с явлениями ОКИ проводится сеанс КЛ. В мочеприемнике соединённом с газоотводной трубкой отмечается накопление бурого патологического интестината.

Photo 2. A patient with symptoms of acute intestinal infection intestinal lavage conducted the session. The urine collection bag connected to the gas outlet pipe marked accumulation of pathological intestinal brown.



Фото 3. Изменение характера интестината к завершению сеанса КЛ у того же пациента (см. фото 2).

Photo 3. The changing nature of intestine to the end of the session intestinal lavage from the patient (see. Photo 2).

Таким способом промывание ЖКТ проводили до «чистых» жёлтых промывных вод. Общий объем введенного в течение 2-6 часов СЭР составлял от 70 до 140 мл/кг. КЛ завершался назначением пектина и пребиотиков (пробиотиков).

Больным с подозрением на серотониновую недостаточность вводили серотонина адипинат в дозе от 0,5 до 3 мг/кг/сут. микроструйно.

Результаты исследования

У 70 пациентов (93,31%) после проведения кишечного лаважа отмечался положительный клинко-лабораторный эффект. Как показано в табл. 1, у больных после проведения процедур КЛ, появлялась тенденция к нормализации температуры (без применения антипиретиков), уменьшение тахипноэ (одышки) и тахикардии, достоверно отличающаяся от показателей в группе до и после проведения КЛ ($P < 0,05$). Это происходило параллельно с улучшением электролитного и газового состава крови, также отмечалось улучшение показателей гемограммы с тенденцией к снижению лейкоцитоза и повышением уровня лимфоцитов, улучшением КОС без статистически значимой разницы. Клинически у больных отмечалось разрешение симптомов кишечной недостаточности и уменьшение или полное устранение симптомов инфекционного токсикоза. В 4-х случаях проведение КЛ позволило в течение ближайших 1,5-2 суток перевести больных на более «мягкие» и вспомогательные режимы ИВЛ и прекратить продолнную (от 9 до 13 суток) ИВЛ.

На фоне проведения сеансов КЛ у больных с острой печеночной недостаточностью, развившейся на фоне вирусных гепатитов, в 5 из 6 случаев (за исключением 1 случая стремительно протекающей злокачественной формы фульминантного гепатита, закончившегося летальным исходом) мы наблюдали также положительную клинко-лабораторную динамику. Как видно из таблицы, отмечалось снижение исходно повышенных печеночных трансаминаз. Исходный уровень до проведения КЛ оценивался за 100%.

Однако в процессе работы нами были отмечены и нежелательные эффекты КЛ. У 5-х детей не было получено стула в расчетные сроки, отмечались явления гиперволемии и гипергидратации, что потребовало соответствующей терапии.

Обсуждение

Известно, что синдром эндогенной интоксикации (СЭИ) при острой печеночной недостаточности во многом связан как с утраченной печенью функцией

Таблица 1. Динамика некоторых лабораторных и клинических показателей до и после проведения КЛ
Table 1. Dynamics of some laboratory and clinical parameters before and after the intestinal lavage

	ЧСС уд/мин.	ЧДД	Т С	рН	ВЕ	Лейк. тыс.	Лимф. %	АЛТ (у больных с ОПечН)	АСТ (у больных с ОПечН)
До КЛ	140 +/-24	38+/-10	38,8+/-1,1	7,28+/-0,24	-1+/-15,4	16+/-10,5	28+/-21	100	100
После КЛ	108 +/-27*	28+/-12*	37,4+/-0,8*	7,34+/-0,09	2+/-7	15+/-8	33+/-20	снижен. на 12-37%	снижен. на 7-48%

Примечание * — Р < 0,05 статистически значимые изменения по отношению к показателям до проведения КЛ

детоксикации, прежде всего поступающей крови от кишечника через воротную вену, так и с активизацией условно патогенной и патогенной флоры кишечника и закономерного накопления продуктов гниения и брожения, что и формирует один из порочных кругов при данной патологии. В связи с этим в структуре лечения острой печёночной недостаточности применяется селективная деконтаминация кишечника (СДК) [12]. Однако СДК далеко не всегда обеспечивает «селекцию» и эффективную моторику кишечника, что не предотвращает продукцию и всасывание токсинов, и прогрессию энтерогенной интоксикации. В свою очередь, дополнительная токсическая нагрузка на поражённую печёночную ткань не создаёт предпосылок для возможности ранней и полноценной регенерации гепатоцитов. В связи с этим использования метода КЛ представляется более патогенетически обоснованным и целесообразным. Отчётливая, но статистически недостоверная тенденция к снижению лейкоцитоза периферической крови и повышение уровня лимфоцитов может свидетельствовать о снижении антигенной нагрузки, поступающей в кровоток при транслокации последних из просвета кишечника.

При анализе 5 случаев с явлениями гиперволемии и гипергидратации во время проводимых сеансов КЛ было отмечено, что все дети были в возрасте до 2-х лет, а осмолярность используемого СЭР составляла 250-262 мосм/л (согласно рекомендациям по интенсивной терапии), т.е. изоосмолярна нормальному химусу [1, 6, 7].

В дальнейшем, учитывая высокую гидрофильность тканей ребёнка (особенно детей раннего возраста), при проведении кишечного лаважа СЭР создавался с учётом осмолярности плазмы пациента и был равен или превосходил осмолярность плазмы (от 285 до 347 мосм/л) в зависимости поставленных задач [10]. При этом явлений гипергидратации не отмечалось.

Выводы

У детей при эндотоксикозах, развивающихся на фоне различных инфекционных заболеваний и сопровождающихся накоплением токсикантов в полости ЖКТ, в условиях нарушенного энтероген-

матического барьера кишечный лаваж является эффективным методом детоксикации организма. В совокупности с другими методами интенсивной терапии кишечный лаваж позволяет улучшить результаты лечения больных.

Температуру и осмолярность СЭР необходимо выбирать в каждом конкретном случае.

Конфликт интересов/Conflict of interests
Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests

Список литературы/ References:

1. Баклыкова Н.М. Состав и приготовление сред для внутрикишечного введения при перитоните. Методические рекомендации. М. 1986: 19 с.
Baklykova N.M. The Composition and preparation of media for internal intestinal administration in peritonitis. Methodical recommendations. M. 1986: 19 p. [in Russian].

2. Жигайлов А.В. Дисс. канд. мед. наук. Транслокация бактерий — как фактор инфицирования ран при металлоosteосинтезе закрытых переломов конечностей и обоснование нового принципа антибактериальной терапии (экспериментальное исследование). Оренбург. 1996: 176 с.
Zhigailov A.V. Diss. cand. med. sciences. Translocation of bacteria — as a factor in the infection of wounds in the osteosynthesis of closed fractures of limbs and justification of a new principle of antibiotic therapy (experimental study). Orenburg. 1996: 176 p. [in Russian].

3. Хамин И.Г. Дисс. канд. мед. наук. Вентилятор-ассоциированная пневмония у детей. Новосибирск. 2005: 192 с.
Hamin I.G. Diss. cand. med. sciences. Ventilator-associated pneumonia in children. Novosibirsk. 2005: 192 p. [in Russian].

4. Салато О.В. Исследование транслокации бактерий при механической непроходимости. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2008; 4: 62.
Salato O.V. The Study of bacterial translocation in mechanical obstruction. Bulletin of East Siberian scientific center SB RAMS. 2008; 4: 62 [in Russian].

5. Цветков Д.С. Влияние глутамина на функциональное состояние кишечника у больных в критическом состоянии. Общая реаниматология 2009; 5(3): 74-81.
Tsvetkov D.S. The Effect of glutamine on the functional state of the intestine in patients in critical condition. General resuscitation science 2009; 5(3): 74-81 [in Russian].

6. Маткевич В.А., Лужников Е.А. и соавт. Кишечный лаваж при экзо- и эндотоксикозе. Методические рекомендации. Москва 2010: 17 с.

- Mitkevich, V. A., Luzhnik E. A. et al. Intestinal lavage in Exo — and endotoxiosis. Methodical recommendations. Moscow. 2010: 17 p. [in Russian].
7. Гельфанда Б.Р., Салтанова А.И. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Том 2. Москва ГЭОТАР-Медиа. 2011: 451-452.
Gelfand B.R., Saltanov A.I. Intensive care. National leadership. Volume 2. Moscow. GEOTAR-Media. 2011: 451-452 [in Russian].
 8. Быков М.В., Неретин А.А., Быков Д.Ф. Анбушинов В.Д., Тиуков И.В. Опыт применения кишечного лаважа у детей в отделении инфекционной реанимации и интенсивной терапии. Тезисы материалов 13 выездной сессии МНОАР. Голицыно. 2012: 10
Bykov M.V., Neretin, A. A., Bykov D.F. Abushinov V.D., Tyukov I.V. Experience of application of intestinal lavage in children infectious Department of resuscitation and intensive therapy. Theses materials 13 of a session of MNEAR. Golitsyno. 2012: 10 [in Russian].
 9. Быков М.В., Неретин А.А., Быков Д.Ф. Тиуков И.В., Лазарев В.В. Опыт применения кишечного лаважа при острой печёночной недостаточности у детей. Тезисы 12 НПК Безопасность больного в анестезиологии и реаниматологии. Москва. 2014: 26.
Bykov M.V., Neretin, A.A., Bykov D.F. Tiunov I.V., Lazarev V.V. Experience of the use of intestinal lavage in acute liver failure in children. Abstracts 12 NPK patient's Safety in anesthesiology and resuscitation. Moscow. 2014: 26 [in Russian].
 10. Быков М.В. и соавт. Положительный эффект метода кишечного лаважа в комплексной терапии реперфузионного отёка лёгких. Детская больница. 2014; 4(58): 57-59
 11. Маткевич В.А. Дисс. доктора мед. наук. Энтеральная детоксикация организма при острых пероральных отравлениях. С.-Петербург. 2013: 290 с.
Matkevich V.A. Diss. Dr. med. sciences. Enteral detoxication of the organism in case of acute oral poisoning. St. Petersburg. 2013: 290 p. [in Russian].
 12. Мусселиус С.Г. Синдром эндогенной интоксикации при неотложных состояниях. М. БИНОМ. 2008: 199 с.
Musselius S.G. Syndrome of endogenous intoxication in case of emergency. M. BINOM. 2008: 199 p. [in Russian].
 13. Морозов И.А., Лысков Ю.А., Питран В.В., Хвыля С.И. Всасывание и секреция в тонкой кишке. М.: Медицина. 1988: 220 с.
Morozov I.A., Lysikov Yu.A., Petren V.V., Khvylya S.I. Absorption and secretion in the small intestine. M.: Medicine. 1988: 220 p. [in Russian].
 14. Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта. М: Фонд социальной педиатрии. 2006: 416 с.
Khavkin A.I. Microflora of the digestive tract. M: Foundation for social Pediatrics. 2006: 416 p. [in Russian].
 15. Roumen R.M.H., Hendriks T., Wevers R.A., Goris R.J.A. (1993) Intestinal permeability after severe trauma and shock is increased, without relation to septic complications. Arch. Surg. 128: 453-457.

Ⓐ

Статья получена/Article received 14.04.2016 г.
Принята к публикации/Adopted for publication
15.02.2017 г.



VII МЕЖДУНАРОДНАЯ (XII ВСЕРОССИЙСКАЯ) ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ — ГАЗОВСКИЕ ЧТЕНИЯ: «СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО...»

Дата проведения: 02 декабря 2017 года

Место проведения: Москва, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, ул. Островитянова, 1

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в VII Международной (XII Всероссийской) практической медицинской конференции студентов и молодых ученых — Газовские чтения: «СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО...».

Эта конференция — уникальная возможность для молодых врачей представить широкой публике клинический случай из собственной практики.

Клинический случай может быть представлен как в виде доклада, так и в виде постера в одной из следующих секций:

«ТЕРАПИЯ»; «ХИРУРГИЯ»; «ПЕДИАТРИЯ»; «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

ОТКРЫТ ПРИЕМ ТЕЗИСОВ НА 2017 ГОД!

Возможен прием тезисов только для публикации, без участия в конференции.

Помните:

- Тезисы на конференцию принимаются только в электронном виде через онлайн-форму на сайте <http://www.amms.info/blank-4>.
- Если для участия в конференции Вам необходимо Официальное приглашение, мы будем рады Вам помочь! Вышлите нам письмо с указанием ваших контактных данных, кому должно быть адресовано письмо (адресант), его регалии, полное название организации, в которой работает адресант, на чье имя послать письмо (если отличается от имени адресанта или вашего имени).

Не упустите возможность стать активным участником конференции!

Организационный комитет конференции