

УДК 616.716.4-001.5+616.156-001

С.С. Поліщук¹, Р.Л. Фурман¹, Д.М. Свистунов², О.В. Кузько²

Корекція проявів невропатій, що виникли після травм вилічно-орбітального комплексу

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна²Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Мета: порівняння клінічного перебігу та ефективності лікування переломів вилічно-орбітального комплексу, що супроводжується пошкодженням інфраорбітального нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування, та методикою із проведенням остеометалосинтезу, доповненою використанням препарату «Нуклео ЦМФ форте».

Пацієнти та методи. Проведено лікування 31-го хворого з переломами вилічно-орбітального комплексу, що супроводжувалися клінікою пошкодження інфраорбітального нерва. Розроблений і впроваджений ЛПК із проведенням остеометалосинтезу та використанням Нуклео ЦМФ форте в післяопераційний період.

Результати. Виявлено незначну позитивну динаміку у скаргах хворих, які мають дизестезивні симптоми в ділянці вилічно-орбітального комплексу у групі порівняння. В основній групі дизестезивні симптоми наприкінці строку спостереження були відсутні, а об'єктивні симптоми порушення функції інфраорбітального нерва мали значний регрес.

Висновки. Використання препарату «Нуклео ЦМФ форте» повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання, крампії (посмикування). Рекомендований препарат значно знижує інтенсивність проявів усіх видів порушення чутливості в зоні іннервації інфраорбітального нерва.

Ключові слова: переломи вилічно-орбітального комплексу, інфраорбітальний нерв, остеометалосинтез, Нуклео ЦМФ форте, невропатія.

Вступ

Вагоме місце серед переломів кісток скелета через свої функціональні й косметичні особливості займають ушкодження кісток обличчя. Серед усіх переломів лицевих кісток вагоме місце належить переломам вилічно-орбітального комплексу, за даними різних авторів, до 15–25 % від загальної кількості травм обличчя. Крім порушення функцій розвиваються значні естетичні порушення [6, 7].

Кількість ускладнень при травматичних ушкодженнях вилічно-орбітального комплексу, за даними літератури, складає від 20 до 40 відсотків. Ускладнення, які виникають при переломах вилічно-орбітального комплексу, викликають не тільки тимчасову, а і тривалу втрату працездатності потерпілих. Оскільки останніми найчастіше є особи молодого й середнього віку, тобто найбільш працездатні, ця проблема набуває значення не тільки як загальнономедична, а і як соціально-економічна [5].

Неврогенному статусу хворих з переломом вилічно-орбітального комплексу практичні лікарі приділяють недостатню увагу, оскільки дії при госпіталізації потерпілих спрямовані на проведення репозиції та фіксації вилічної кістки. До лікування посттравматичних ушкоджень інфраорбітального нерва лікарі приступають тільки після появи в потерпілих виразної клінічної симптоматики, зазвичай пізно, що значно знижує ефективність терапії, що проводиться. При переломах вилічно-орбітального комплексу часто спостерігається травма інфраорбітального нерва в каналі або в ділянці інфраорбітального отвору. Найчастіше розповсюдженими неврогенними розладами в цьому випадку будуть порушення чутливості шкіри верхньої губи та слизової оболонки у вигляді анестезії, гіперестезії або парестезії [1, 2, 4, 8].

Порушення функції нерва різного ступеня виникають при безпосередній травмі нерва під час травмування, а також при компресії нерва післяопераційним набряком. Це ускладнення проявляється у вигляді відсутності та/або тривалої зміни чутливості тканин у зоні іннервації, розвитку больового синдрому різної інтенсивності, а також супроводжується емоційно-стресовими порушеннями і значно погіршує якість життя пацієнта. У цьому випадку виникають больовий синдром, характерний для

невриту інфраорбітального нерва, порушення чутливості пульпи зубів і шкіри обличчя, що вимагають складної і тривалої післяопераційної реабілітації пацієнтів [3].

Проблема відновлення функцій інфраорбітального нерва безпосередньо залежить від тривалості його компресії уламками вилічно-орбітального комплексу, бо на процес реабілітації впливають головним чином фактори порушення повноцінного кровопостачання як самого нерва, так і тканин, що ним іннервуються. Залежно від ступеня тяжкості ушкодження інфраорбітального нерва розрізняють такі їх види: контузію (забиття), розтягування, неповний і повний розрив [1, 5]. При комплексній терапії пошкоджень нервових волокон традиційно використовують вазоактивні препарати, антитромботичні та антифібринолітичні препарати, діуретики, психотропні речовини та ноотропні засоби, що опосередковано діють на інфраорбітальний нерв через відновлення трофіки тканин, що його оточують [2, 3].

До теперішнього часу питання розробки комплексу післяопераційної реабілітаційної терапії пацієнтів з невритом інфраорбітального нерва, викликаного компресією в інфраорбітальному каналі, усе ще залишається відкритим. У зв'язку вищевикладеним подальша розробка методів лікування даної патології є обґрунтованою та актуальною.

Мета – порівняння клінічного перебігу та ефективності лікування переломів вилічно-орбітального комплексу, що супроводжується пошкодженням інфраорбітального нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування та методикою із проведенням остеометалосинтезу, доповненою використанням препарату «Нуклео ЦМФ форте».

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети було проведено оперативне втручання та подальше післяопераційне лікування 34-х хворих з переломами вилічно-орбітального комплексу, що супроводжувалися клінікою пошкодження інфраорбітального нерва. Дослідження проводилось у період із 2014 по вересень 2016 року. Роботу виконано у відділенні ЛОР і щелепно-лицевої хірургії Вінницької

міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Клінічний матеріал склали дані 31-го пацієнта (30 – чоловічої статі й 1 – жіночої), в яких під час обстеження було виявлено перелом вилично-орбітального комплексу та клінічні ознаки пошкодження інфраорбітального нерва (анестезія зони іннервації, гіперестезія, парестезія, крампії).

Пацієнти були поділені на дві клінічні групи – основну групу та групу порівняння. У групу порівняння увійшли 15 пацієнтів (14 чоловіків та 1 жінка) віком від 19 до 30-х років (середній вік 24,6 року). У даних пацієнтів проводилися загальноприйнята терапія, репозиція уламків класичною методикою, використання антибіотика широкого спектра дії строком 10 днів (цефтріаксон) парентерально, нестероїдного протизапального препарату (діклофенак) парентерально. В основну групу увійшли 16 пацієнтів (15 чоловіків та 1 жінка) віком від 18 до 31-го року (середній вік 24,9 року). У даних пацієнтів проводилась терапія, яка включала: операцію репозиції уламків за допомогою остеометалосинтезу, використання антибіотика широкого спектра дії протягом 10-ти днів (цефтріаксон) парентерально (в/м), нестероїдного протизапального препарату (діклофенак) парентерально (в/м) і додатково вводився препарат «Нуклео ЦМФ форте» парентерально (в/м) у дозі 3 мл один раз на добу, 10 ін'єкцій.

Клінічне обстеження пацієнтів проводили згідно із загальноприйнятою методикою з детальним дослідженням локального неврологічного статусу. Для порівняння було відібрано такі показники: скарги – спонтанний біль, біль при навантаженні, печіння, алодинія (спотворений біль), поколювання, крампії (посмикування) та дані об'єктивного обстеження – порушення тактильної чутливості, порушення температурної чутливості, порушення больової чутливості верхньої губи й підборіддя, температурна теплова гіпералгізія, температурна холодова гіпералгізія, механічна статична гіпералгізія, механічна динамічна гіпералгізія, симптом непрямого навантаження, симптом відбитого болю. Оцінку проводили за такою шкалою: 0 – відсутність скарг, 1 – невизначені, 2 – виразні, 3 – нестерпні.

Дослідження чутливості тканин підочної ділянки, верхньої губи на стороні ушкодження й симетричної сторони проводилося за допомогою сенсорних тестів. Пацієнту пропонували заплющити очі, щоби краще зосередитись на реєстрації та аналізі відчуттів, а також щоб виключити можливість визначення виду подразника зором.

Тактильну чутливість визначали за допомогою дотику до шкіри, що іннервується інфраорбітальним нервом, ватною кулькою діаметром 0,5 см. Кожний дотик, що наноситься послідовно на різні ділянки шкіри верхньої губи й підборіддя, досліджуваний повинен негайно реєструвати словом «так» чи «відчуваю» й описати характер подразника.

Температурна чутливість оцінювалася за ступенем вираженості відповіді на різні подразники, наприклад, металевої поверхні стоматологічного шпателя (дзеркала) або пробірки з гарячою водою (температурою близько 45°C). Пацієнт із закритими очима реєструє характер подразника: «тепло» або «холодно». Дані дослідження проводяться окремо й послідовно, бо на різну температуру відповідають різні рецептори.

Визначали больову чутливість як розвиток позитивного чи негативного сенсорного феномена. Дослідження проводилося за допомогою стерильного стоматологічного зонда. До негативних ознак відноситься зміна чутливості (відсутність або зниження), до позитивних – парестезія, дизестезія, гіпералгізія або аллодинія, відповідно з динамічним або статистичними характером подразника.

Площу порушення чутливості шкіри даної зони обов'язково фіксували на прозорій плівці зі спеціально нанесеною сіткою, розробленою для подальшого динамічного порівняння.

За подібною схемою оцінювалася реакція на больовий подразник шляхом нанесення подразнень, поколюючи поверхню гострим стерильним стоматологічним зондом і використовуючи симетричні ділянки губи й підборіддя в якості порівняльних.

Глибину (інтенсивність) таких симптомів, як порушення тактильної чутливості верхньої губи та підборіддя, порушення температурної чутливості верхньої губи та підборіддя, порушення больової чутливості верхньої губи та підборіддя, температурна теплова гіпералгізія, температурна холодова гіпералгізія, механічна статична гіпералгізія, механічна динамічна гіпералгізія, симптом непрямого навантаження, також визначали за шкалою: 0 – відсутність порушень, 1 – невизначені, 2 – виразні, 3 – нестерпні. Комплекс досліджень проводився тричі за період лікування: на час госпіталізації (перша доба), на 7 добу та 14-у добу лікування. Вимога, яка ставилася до всіх пацієнтів, це дослідження без використання анагетичних засобів. Така вимога ставилася тому, що діклофенак має знеболюючий ефект, котрий міг спотворити результати дослідження. Це досягалось такими заходами: у день госпіталізації обстеження проводилось у максимально короткий строк до призначення препаратів, на 7 та 14-у добу обстеження проводилося вранці до лікувальних маніпуляцій (не менше шести годин від попереднього введення препаратів).

Результати дослідження

Було проаналізовано деякі скарги пацієнтів, що відзеркалюють клініку пошкодження інфраорбітального нерва, протягом періоду лікування тричі: на момент початку лікування, на 7 та 14-у добу. У хворих основної групи використовувався препарат «Нуклео ЦМФ форте» строком десять днів (починаючи із третьої доби лікування). Препарат використовувався з даного періоду тому, що на перші три дні припадає гострий період, коли різко порушується гемодинаміка тканин і знижується ефективність препарату.

Після спостереження (табл. 1) було виявлено позитивну динаміку у скаргах хворих, що стосуються деяких параметрів функції інфраорбітального нерва як у порівняльній, так і в основній групі. Було виявлено, що за період спостереження інтенсивність спонтанного болю в порівняльній групі знизилася у два рази, тоді як даний показник в основній групі, в якій було застосовано препарат «Нуклео ЦМФ форте», знизився в 10,8 разу. Показник болю при навантаження суттєво не відрізнявся у групах і їх регрес становив 1,78 і 1,63 разу відповідно. Скарги, що напряму характеризують функцію інфраорбітального нерва, мали такі показники: у порівняльній групі відчуття печіння знизилось у 2,69 разу, алодинія (спотворення болі) – у 2,33 разу, відчуття поколювання – у 2 рази, крампії (посмикування) – в 1,84 разу. Зазначимо, що вищезгадані скарги в основній групі на 14-й день лікування **були відсутні**.

За період перебування на лікуванні було проведено комплексне обстеження неврологічного стану тканин, що іннервуються від інфраорбітального нерва. Об'єктивні показники, що досліджувались під час клінічного обстеження, викладено в табл. 2.

Таж видно, що у групі порівняння відновлення тактильної, температурної та больової чутливості проходило повільно й за період спостереження суттєво не змінилось. Інша картина спостерігається в основній групі з використанням Нуклео ЦМФ форте. Тут відбулося значне покращення всіх показників (відповідно на 66,07, 67,85 і 60,71 %).

Проаналізувавши дослідження дизестезій зони іннервації інфраорбітального нерва, ми спостерігали значну регресію симптомів температурної теплової гіпералгізії, температурної холодової гіпералгізії, механічної статичної гіпералгізії та механічної динамічної гіпералгізії.

Таблиця 1

СКАРГИ	Група порівняння			Основна група		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
спонтанний біль	2,50±0,51	2,0±0,45	1,25±0,44	2,70±0,47	1,05±0,22	0,25±0,04
біль при навантаженні	2,95±0,22	2,55±0,51	1,65±0,48	2,95±0,22	2,75±0,44	1,8±0,41
печіння	1,75±0,44	1,05±0,59	0,65±0,24	1,80±0,41	0,80±0,21	0
алодинії (спотворений біль)	1,75±0,44	0,90±0,35	0,75±0,24	1,75±0,44	0,35±0,18	0
поколювання	1,80±0,41	1,5±0,55	0,90±0,25	1,75±0,44	0,45±0,11	0
крапії (посмикування)	1,75±0,44	1,2±0,65	0,95±0,25	1,85±0,36	0,95±0,38	0

Таблиця 2

ОБ'ЄКТИВНО	Група порівняння			Основна група		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
порушення тактильної чутливості	2,75±0,44	2,75±0,44	2,55±0,44	2,8±0,41	1,85±0,36	0,95±0,22
порушення температурної чутливості	2,75±0,44	2,75±0,44	2,75±0,44	2,8±0,41	1,8±0,41	0,9±0,30
порушення больової чутливості	2,75±0,44	2,75±0,44	2,65±0,48	2,8±0,41	1,85±0,36	1,1±0,30
температурна тепла гіпералгезія	1,2±0,41	1,25±0,44	1,0±0	1,25±0,44	0,95±0,22	0
температурна холодова гіпералгезія	0,9±0,61	0,95±0,60	0,7±0,46	1,05±0,62	0,4±0,20	0
механічна статична гіпералгезія	1,9±0,44	1,7±0,44	1,15±0,44	1,95±0,39	0,9±0,39	0,1±0,03
механічна динамічна гіпералгезія	1,8±0,41	1,35±0,48	0,8±0,19	1,85±0,48	0,9±0,30	0,05±0,01
симптом непрямого навантаження	2,95±0,22	2,8±0,41	1,85±0,36	2,95±0,22	2,75±0,44	1,8±0,41
симптом відбитого болю	2,85±0,36	2,35±0,48	1,75±0,44	2,9±0,30	2,2±0,41	1,7±0,47

Таблиця 3

ОБ'ЄКТИВНО	Група порівняння площа, см ²			Основна група площа, см ²		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
порушення тактильної чутливості	9,08±0,32	8,43±0,49	7,85±0,46	9,15±0,28	6,42±0,29	3,27±0,30
порушення температурної чутливості	9,01±0,32	8,47±0,45	7,75±0,35	9,1±0,24	6,28±0,24	3,11±0,32
порушення больової чутливості	8,95±0,34	8,35±0,28	7,71±0,34	9,03±0,21	6,25±0,22	2,95±0,30

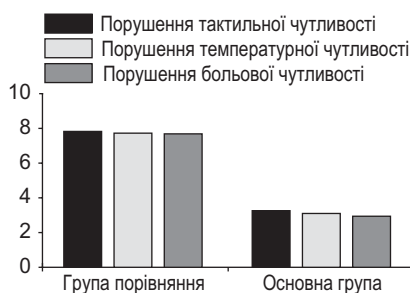
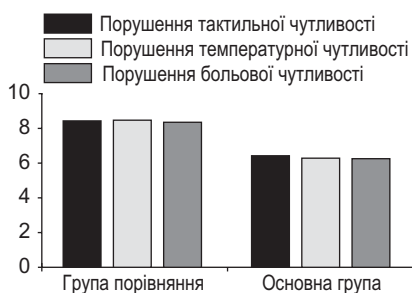
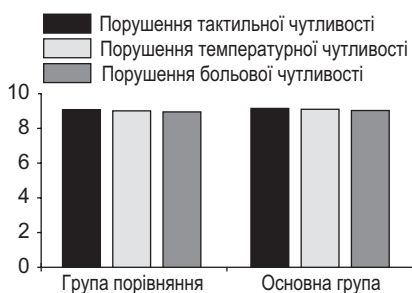


Рис. 1. Площа порушення чутливості, 1-й день.

Рис. 2. Площа порушення чутливості, 7-й день.

Рис. 3. Площа порушення чутливості, 14-й день.

Одним з об'єктивних даних, що використовувались, був метод дослідження площі порушення тактильної, температурної та больової чутливості. Провівши порівняння площ порушення чутливості та динаміку їх змін, виявили такі показники (табл. 3, рис. 1, рис. 2, 3).

Як видно з дослідження, в основній групі спостерігається значне зменшення площі порушень чутливості, тоді як у групі порівняння це не спостерігається.

Висновки

Таким чином, при проведенні аналізу динаміки скарг та об'єктивних даних при переломах вилично-орбітально-го комплексу, що супроводжується пошкодженням інфра-орбітального нерва, було виявлено, що:

- 1) Використання препарату «Нуклео ЦМФ форте» повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болю), відчуття поколювання, крапії (посмикування).
- 2) Даний препарат значно знижує інтенсивність проявів усіх видів порушення чутливості в зоні іннервації інфраорбітального нерва й разом із цим мінімізує дізестезії в зоні іннервації (температурної теплової гіпералгезії, температурної холодової гіпералгезії, механічної статичної гіпералгезії, механічної динамічної гіпералгезії).
- 3) Поряд зі зниженням інтенсивності при використанні препарату «Нуклео ЦМФ форте» значно прискорюється зменшення площі порушення чутливості.

Отже, використання препарату «Нуклео ЦМФ форте» є виправданим при комплексній терапії переломів вилично-орбітального комплексу, що супроводжується клінічними проявами пошкодження інфраорбітального нерва.

Планується розширити обсяг подальших досліджень використання препарату «Нуклео ЦМФ форте» при переломах вилично-орбітального комплексу, дослідивши його вплив на інші симптоми перелому щелепи з ушкодженням інфраорбітального нерва.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баркер Р., Базади С., Нил М. Наглядная неврология: Учебное пособие / Р. Баркер, С. Базади, М. Нил / Пер. с англ. Г.Л. Левицкого; под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 136 с.: ил.
2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия: учебник в 2-х томах, том 1 с приложением на компакт-диске, 2-е изд., испр. и доп. / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 608 с.: ил.
3. Карлов В.А. Неврология. Руководство для врачей. Издание 2-е, переработанное и дополненное / В.А. Карлов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. – 638 с.
4. Кенбаев В.О. Травматология челюстно-лицевой области / В.О. Кенбаев. – Шымкент, 2006 г. – 118 с.
5. Леснухин В.Л. Особливості діагностики, клінічного перебігу і лікування переломів нижньої щелепи, що супроводжуються пошкодженням нижньоальвеолярного нерва: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Л. Леснухин. – Київ, 2005. – 20 с.
6. Рыбалов О.В. Характеристика переломов костей лицевого скелета (по данным Полтавской областной клинической больницы) / О.В. Рыбалов, Мохаммед Эйд // Вопр. эксперим. и клинич. стоматологии. – 2003. – № 6. – С. 130–131.
7. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2012. – 1062 с.
8. Тимофеев О.О., Весова О.П. Клініко-патологічні підходи до класифікації уражень в системі трійчастого нерва / О.О. Тимофеев, О.П. Весова // Совр. стоматол. – 2010, № 4. – С. 100–102.

Коррекция проявлений невротий, возникших после травмы скуло-орбитального комплекса

Р.Л. Фурман, С.С. Полищук, Д.Н. Свистунов, О.В. Кузько

Цель: сравнение клинического течения и эффективности лечения переломов скуло-орбитального комплекса, которые сопровождаются повреждением инфраорбитального нерва, с использованием общепринятой схемы лечения, и методикой с проведением остеометаллосинтеза, дополненной использованием препарата «Нуклео ЦМФ форте».

Пациенты и методы. Проведено лечение 31-го больного с переломами скуло-орбитального комплекса, которые сопровождались клиникой повреждения инфраорбитального нерва. Клинический материал составили данные 31-го пациента, которые были разделены на две клинических группы – основную группу и группу сравнения. В основную группу вошли 16 пациентов, в группу сравнения – 15 пациентов. Разработан и внедрен ЛПК с проведением остеометаллосинтеза и использованием Нуклео ЦМФ форте в послеоперационный период.

Результаты. Обнаружена незначительная позитивная динамика в жалобах больных на дизестезивные симптомы в участке верхней челюсти в группе сравнения. В основной группе дизестезивные симптомы в конце срока наблюдения отсутствовали, а объективные симптомы нарушения функции инфраорбитального нерва имели значительный регресс.

Выводы. Использование препарата «Нуклео ЦМФ форте» полностью снимает такие неприятные субъективные симптомы, как ощущение жжения, аллодинии (искаженные боли), ощущение покалывания, крампи (подергивание). Рекомендованный препарат значительно снижает интенсивность проявлений всех видов нарушения чувствительности в зоне иннервации инфраорбитального нерва.

Ключевые слова: переломы скуло-орбитального комплекса, инфраорбитальный нерв, остеометаллосинтез, Нуклео ЦМФ форте, невротия.

Correction of displays neuropathy, arising after injury zygomatic-orbital complex

R. Furman, S. Polishchuk, D. Svistunov, A. Kuzko

Purpose: to compare the clinical course and efficacy of the treatment of fractures of zygomatic-orbital complex, associated with the injury of infraorbital nerve, using conventional treatment regimens with performing osteosynthesis and additional use of Nucleo CMP Forte.

Patients and Methods. 31 patients with fractures of zygomatic-orbital complex, associated with the injury of infraorbital nerve, were treated. Clinical data included 31 patients, who were divided into 2 clinical groups: the main group and the comparison group. The treatment and preventive complex with performing osteosynthesis, use of Nucleo CMP Forte in the postoperative period was developed and introduced.

Results. There was a slight positive dynamics in the complaints of the patients on disesthetic symptoms in the region of the maxilla in the comparison group. In the main group disesthetic symptoms at the end of the observation period were missing, and objective symptoms of infraorbital nerve dysfunction had a significant regression.

Conclusion. The use of Nucleo CMP Forte completely eliminates unpleasant subjective symptoms such as burning sensation, allodynia (distorted pain), sensation of tingling, cramp (twitching). Recommended drug significantly reduces the intensity of the manifestations of all types of sensory disturbances in the area of innervation of the infraorbital nerve.

Key words: fractures of zygomatic-orbital complex, infraorbital nerve, Nucleo CMP Forte, osteosynthesis, neuropathy.

Фурман Руслан Леонідович – канд. мед. наук, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Адреса: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. **Тел.:** +38 (067) 729-51-50. **E-mail:** furmanruslan@mail.ru.

Полищук Сергій Степанович – канд. мед. наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Адреса: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. **Тел.:** +38 (067) 282-09-60. **E-mail:** vitadok@mail.ru.

Свистунов Дмитро Миколайович – завідувач ЛОР-відділення Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Адреса: 21032, м. Вінниця, вул. Київська, 68. **Тел.:** (096) 771-59-54.

Кузько Олександр Васильович – лікар-щелепно-лицьовий хірург щелепно-лицьового відділення Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Адреса: 21032, м. Вінниця, вул. Київська, 68. **Тел.:** (067) 225-08-59. **E-mail:** vinlancer@meta.ua.

ГЛАВНЫЕ СОБЫТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

IMF VIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ Иновации в медицине – здоровье нации



VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОНГРЕСС

Внедрение современных достижений медицинской науки в практику здравоохранения Украины



МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС



При поддержке:
Президента Украины



Кабинета Министров Украины



Официальная поддержка:
Министерства здравоохранения Украины



Киевской городской государственной администрации



Под патронатом:
Комитета Верховной Рады Украины по вопросам здравоохранения



Национальная академия медицинских наук Украины

Организаторы:



НМАПО имени П. Л. Шупика



Компания LMT



МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



МЕЖДУНАРОДНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА



МЕЖДУНАРОДНАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

ВСЬ СПЕКТР ОБОРУДОВАНИЯ, ТЕХНИКИ, ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНЫ И СТОМАТОЛОГИИ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОТ МИРОВЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

СТРАН



30

**25-27
АПРЕЛЯ
2017**

60



НАУЧНЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ

ЭКСПОНЕНТОВ



350

750



ДОКЛАДЧИКОВ

ПОСЕТИТЕЛЕЙ



11 000

Украина, Киев,
ул. Салютная, 2-Б



100



ВРАЧЕБНЫХ
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

ШКОЛЫ И МАСТЕР-КЛАССЫ НА ДЕЙСТВУЮЩЕМ ОБОРУДОВАНИИ

Генеральный стратегический партнер:



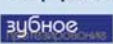
Генеральный информационный партнер:



Официальные информационные партнеры:



Информационные партнеры DentalExpo:



Генеральный интернет-партнер:



По вопросам участия в Форуме:

+380 (44) 206-10-16

@ med@lmt.kiev.ua



По вопросам участия в Конгрессе:

+380 (44) 206-10-99

@ congress@medforum.in.ua

WWW.MEDFORUM.IN.UA