



Вестник

ВОЛГОГРАДСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор –

В. И. Петров, академик РАМН

Зам. главного редактора –

М. Е. Стаценко, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Р. Бабаева, профессор
А. Г. Бебуришвили, профессор
А. А. Воробьев, профессор
С. В. Дмитриенко, профессор
В. В. Жура, доцент
М. Ю. Капитонова, профессор
(научный редактор)
С. В. Клаучек, профессор
Н. И. Латышевская, профессор
В. Б. Мандриков, профессор
И. А. Петрова, профессор
В. И. Сабанов, профессор
Л. В. Ткаченко, профессор
С. В. Туркина (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. Б. Зборовский, академик РАМН
(Волгоград)
Л. И. Кательницкая, профессор
(Ростов-на-Дону)
Н. Н. Седова, профессор
(Волгоград)
А. А. Спасов, чл.-кор. РАМН
(Волгоград)
В. П. Туманов, профессор
(Москва)
А. К. Косоуров, профессор
(Санкт-Петербург)
Г. П. Котельников, академик РАМН
(Самара)
П. В. Глыбочко, чл.-кор. РАМН
(Саратов)
В. А. Батулин, профессор
(Ставрополь)

3 (27)

**ИЮЛЬ —
СЕНТЯБРЬ
2008**



**АМБУЛАТОРНАЯ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****А. А. Ващенко***Ростовский научно-исследовательский онкологический институт.*

В статье приводится опыт амбулаторной аутогемохимиотерапии при раке молочной железы. Больным с местно-распространенным и диссеминированным опухолевым процессом в плане неoadъювантного, адъювантного и паллиативного воздействия проводилось введение цитостатиков на аутокрови по стандартным схемам CAMF и CAF. Полученные данные свидетельствуют о возможности и целесообразности проведения аутогемохимиотерапии в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: рак молочной железы, химиотерапия, амбулаторное лечение.

OUTPATIENT AUTOHAEMOCHEMOTHERAPY IN TREATMENT OF BREAST CANCER**A. A. Vashenko**

Experience of outpatient autohaemochemotherapy of breast cancer is analyzed in the paper. Patients with locally-advanced and disseminated tumor process received neoadjuvant, adjuvant and palliative treatment with cytostatic medications administered on autoblood by traditional schemes CAMF and CAF. The results obtained justify possibility and expediency of autohaemochemotherapy application in outpatient treatment of breast cancer.

Key words: breast cancer, chemotherapy, outpatient treatment.

Успехи химиотерапии последних десятилетий позволили считать лекарственное лечение одним из основных средств воздействия на опухоль. Химиотерапия стала отвечать насущным запросам общества по обеспечению должного качества жизни больных, а расширение объема амбулаторной химиотерапии является одной из основных тенденций в онкологии [5, 6].

Неоспоримыми преимуществами лечения вне стен стационара является возможность ведения пациентом обычного образа жизни, нахождение в привычных домашних условиях, общение с друзьями и близкими, часто – продолжение работы. Большое значение имеет отсутствие психологического дискомфорта, связанного с постоянным пребыванием в палате с другими больными, изоляция от других пациентов (больные не имеют возможности «примерить на себя» как течение чужого заболевания, так и чужие осложнения).

Однако возможности лечения онкологических больных вне стен стационара ограничены как тяжестью самой патологии, так и агрессивностью специальных видов терапии.

Наряду с многочисленными достоинствами химиотерапия злокачественных новообразований имеет ряд недостатков, основным из которых является недостаточная избирательность лекарственного воздействия на опухоль и, как следствие, токсичность лечения разной степени выраженности [2]. Данное обстоятельство ограничивает возможность проведения полноценного противоопухолевого лечения вне стен стационара.

Между тем, потребность в лекарственной терапии опухолей растет год от года. Ведь, несмотря на успехи клинической онкологии, основная масса больных обращается за помощью при наличии местно-распространенного злокачественного процесса, а при не-

которых локализациях такие пациенты составляют абсолютное большинство.

Главный принцип амбулаторной химиотерапии состоит в создании и применении таких программ и режимов лекарственной терапии и таких схем сопроводительного лечения, которые обладают не только оптимальными показателями лечебной эффективности, но и позволяют уверенно контролировать развитие токсических реакций, представляющих особую опасность во внебольничных условиях [1, 2, 5].

Именно этим требованиям отвечают методы аутобиохимиотерапии, активно разрабатываемые в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте. Методики аутобиохимиотерапии опухолей предусматривают введение цитостатиков на аутологичных жидких тканях организма после экстракорпоральной их инкубации, что позволяет повысить эффективность лечения с одновременным уменьшением токсических эффектов в отличие от системной полихимиотерапии на стандартных растворителях [3, 4].

Одной из этих методик является аутогемохимиотерапия, выгодно отличающаяся от других технической простотой и возможностью многократного применения.

Низкая дозозависимая токсичность и выраженная противоопухолевая эффективность аутогемохимиотерапии объясняется тем, что инкубация цитостатика с аутокровью приводит к образованию качественно новых противоопухолевых соединений: химиопрепарат – форменный элемент, химиопрепарат – белок. Фиксация большей части цитостатика на естественном носителе приводит к увеличению в несколько раз времени циркуляции химиопрепарата в крови, дополнительной его активации на поверхности клетки, усиливает биотрансформацию препарата и делает его более туморотропным [3; 4]. Благодаря этому, эффект в лече-

нии достигается введением на аутокрови традиционных и доступных химиопрепаратов, что весьма важно при постоянном дефиците финансирования здравоохранения в плане централизованной закупки дорогостоящих лекарств.

С этих позиций нам представилось целесообразным применить аутогемохимиотерапию в амбулаторном режиме лечения.

Материалом для настоящего исследования послужили клинические данные о 76 больных раком молочной железы, находившихся на лечении в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте в период с 2004 по 2007 гг. У 50 пациенток был местно-распространенный опухолевый процесс, у 26 – диссеминированный. В плане неoadъювантного, адъювантного и паллиативного воздействия больным амбулаторно проводилась аутогемохимиотерапия с использованием стандартных схем лечения. Противопоказаниями к проведению амбулаторного лечения считались общие противопоказания к системной химиотерапии – тяжелое соматическое состояние больной, серьезная сопутствующая патология и др. Возраст больных не ограничивался.

Оценка эффективности метода амбулаторной аутогемохимиотерапии осуществлялась согласно критериям Европейской организации по исследованию и лечению рака (EORTC, 1994) с учетом числа случаев общего эффекта, полной ремиссии, частичной ремиссии опухоли, стабилизации и прогрессирования процесса. Оценка токсичности лечения проводилась нами согласно рекомендациям CTC-NCIC (Clinical Trial National Cancer Institute Canada).

При местно-распространенном раке молочной железы мы применяли схему CAMF в качестве неoadъювантного и адъювантного компонентов лечения: доксорубицин – 40 мг/м² в 1-й и 8-й дни; метотрексат – 20 мг/м² в 1-й и 8-й дни; циклофосфан – 600 мг/м² в 1-й и 8-й дни; 5-фторурацил – 750 мг/м² в 1-й и 8-й дни. Основная часть пациенток (66%) была в возрасте от 40 до 59 лет, т.е. относилась к четвертой и пятой декаде жизни, что прогностически более неблагоприятно в отношении течения заболевания. Большинство больных (62%) находилось в III стадии заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных местно-распространенным раком молочной железы по стадиям

Стадия		Количество больных	
		абс. ч.	%
IIB	T ₃ N ₀ M ₀	6	12
	T ₂ N ₁ M ₀	13	26
IIIA	T ₃ N ₁ M ₀	5	10
	T ₄ N ₀ M ₀	2	4
	T ₂ N ₂ M ₀	4	8
IIIB	T ₄ N ₁ M ₀	11	22
	T ₄ N ₂ M ₀	9	18
Всего		50	100

По клинко-анатомическим формам рака молочной железы больные исследуемой группы распределились с преобладанием узловой формы заболевания и узловой с вторичным отеком (60 и 34% соответственно).

Адъювантные курсы аутогемохимиотерапии назначались спустя 3–4 недели после окончания послеоперационного лучевого лечения. Количество их составляло от 4 до 6 в зависимости от степени распространенности процесса и состояния больной, между курсами выдерживался 3-недельный интервал. Четверо больных из группы исследования (жители пригородов Ростова) выразили желание проходить адъювантное лечение в условиях стационара, так как после операции опасались поездок в общественном транспорте.

При диссеминированном раке молочной железы применялась схема CAF: доксорубицин – 40 мг/м² в 1-й и 8-й дни; циклофосфан – 600 мг/м² в 1-й и 8-й дни; 5-фторурацил – 750 мг/м² в 1-й и 8-й дни. Интервал между курсами – 3 недели. Количество курсов – от 4 до 6, результаты лечения оценивались после каждого 2 курсов химиотерапии. В группу исследования вошли 26 больных в возрасте от 32 до 72 лет. Преобладали больные с первично диссеминированным раком молочной железы – 53,8%, метастатический рак молочной железы после ранее проведенного радикального лечения был у 46,2% пациенток. Все больные имели отдаленные метастазы, в большинстве случаев – нескольких локализаций (табл. 2).

Таблица 2

Локализация отдаленных метастазов к началу паллиативной амбулаторной АГХТ у больных РМЖ, абс. ч. (%)

Локализация отдаленных метастазов	АГХТ, (n = 26)
Периферические лимфоузлы	13 (50,0)
Кости	8 (30,7)
Легкие/плевра	9 (34,6)
Печень	9 (34,6)
Мягкие ткани, кожа	15 (57,6)
Другая молочная железа	3 (11,5)
Яичники	1 (3,8)
Сочетание двух и более локализаций метастатических очагов	20 (76,9)

В рассматриваемой группе преобладали пациентки с 1-й степенью оценки общего состояния по шкале ECOG – 12 (46,2%). Критериями прекращения паллиативной химиотерапии являлись: прогрессирование заболевания, отказ больного от дальнейшего лечения, а также отсутствие динамики процесса после проведения 2–3 курсов аутогемохимиотерапии.

Введение химиопрепаратов осуществлялось следующим образом. Непосредственно перед лечением

в процедурном кабинете у больной из периферической вены производили забор 200 мл крови в два стерильных флакона со стабилизатором («Глюгидир»), по 100 мл в каждый. В первый флакон с аутокровью вводились 5-фторурацил и циклофосфан, во второй – доксорубин и метотрексат, предварительно растворенные в физиологическом растворе. После инкубации флаконов в термостате в течение 30–40 минут при температуре 37,5 °С производилась внутривенная капельная реинфузия аутокрови с цитостатиками.

Непосредственные результаты амбулаторной аутогемохимиотерапии при местно-распространенном раке молочной железы оценивались нами спустя 10–14 дней после окончания курса лечения. В результате проведенного исследования нами получены следующие данные: полная регрессия опухоли – у 1 ((2,0 ± 1,9)%) больной, частичная – у 38 ((76 ± 6)%), стабилизация

процесса отмечена у 11 ((22,0 ± 5,8)%) больных, то есть непосредственный объективный клинический эффект был достигнут в 39 ((78,0 ± 5,8)%) случаях. Всем пациенткам после одного курса аутогемохимиотерапии была выполнена операция в объеме модифицированной радикальной мастэктомии.

При диссеминированном раке молочной железы после проведения 4 курсов паллиативной химиотерапии статистически достоверно более выраженный объективный эффект получен в 61,6% наблюдений. Необходимо отметить, что аутогемохимиотерапия оказалась наиболее эффективной при метастатическом поражении легких и мягких тканей грудной стенки: из 9 пациенток с метастатическим поражением легких у 4 достигнута полная регрессия, у 5 – частичная, а из 15 случаев поражения мягких тканей грудной стенки в 6 наблюдениях достигнута полная регрессия, в 9 – частичная (рис. 1, 2).

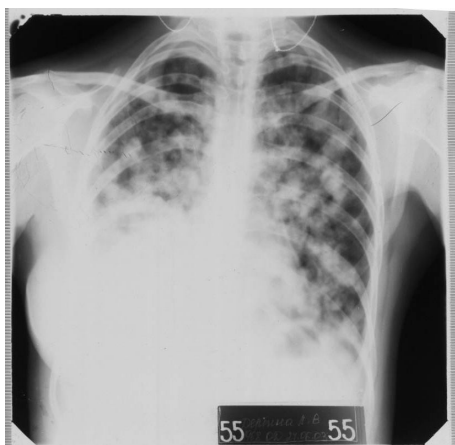


Рис. 1. Больная Д. Визуализация множественных метастазов рака молочной железы в оба легкие, гидроторакс справа до III ребра (до начала паллиативной аутогемохимиотерапии)



Рис. 2. Больная Д. Состояние после 6 курсов паллиативной аутогемохимиотерапии по схеме CAF. Отмечена полная регрессия метастазов в легких

Контроль токсических реакций особо важен в условиях внестационарного лечения. При неоадьювантной аутогемохимиотерапии лейкопения развивалась у 26 из 50 больных ((52 ± 7) %). Степень ее выраженности была различной: в 19 ((38,0 ± 6,8)%) случаях отмечена I степень, у 7 ((14,0 ± 4,9)%) пациенток – II степень. После первого курса адьювантного лечения лейкопения наблюдалась у 32 ((69,6 ± 6,7)%) из 46 пациенток: у 21 ((45,7 ± 7,3)%) I степени, у 11 ((23,9 ± 6,2)%) – II степени. Увеличение случаев лейкопении на этом этапе сопряжено, на наш взгляд, с длительностью, тяжестью предшествующего лечения. Паллиативная амбулаторная аутогемохимиотерапия сопровождалась лейкопенией в 58,6% случаев с преимуществом реакций I–II степени (частота и ареал побочных реакций изучены в ходе 150 курсов). Общее состояние больных во всех группах оставалось удовлетворительным и не требовало медикаментозной коррекции. Негематологическая токсичность была представлена, в основном, гастроинтестинальным синдромом, вы-

раженность которого в большинстве случаев соответствовала реакциям I–II степени и не препятствовала продолжению лечения.

Востребованность химиотерапевтического компонента в онкологии диктует необходимость совершенствования как метода лечения, так и способов его реализации. Применение методики аутогемохимиотерапии позволяет проводить полноценное, эффективное, малотоксичное противоопухолевое лечение вне стен стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возный Э. К. Лекарственная терапия рака молочной железы. Энциклопедия клинической онкологии: руководство для практикующих врачей / Под общей ред. М. И. Давыдова, Г. Л. Вышковского. – М.: РЛС, 2005, 2004. – С. 112–114.
2. Переводчикова Н. И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н. И. Переводчиковой. – М.: Практическая медицина, 2005.

3. Сидоренко Ю. С. Аутогемохимиотерапия. – Ростов н/Д, 2002.
4. Сидоренко Ю. С. Аутомиело- и аутоликторохимиотерапия новообразований ЦНС и других злокачественных опухолей. – Ростов н/Д, 2004.

5. Cusack G., Jones-Wells A., Chisholm L. // Nurs Econ. – 2004. — Mar-Apr. – 22(2). – P. 55, 58–63.
6. Hendershot E., Murphy C., Doyle S., Van-Cleef J., Lowry J., Honeyford L. // J Pediatr Oncol Nurs. – 2005. — Jan–Feb. – 22(1). – P. 31–37.

УДК 616.411-001.4-092.4

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С НАРУШЕНИЕМ ЕСТЕСТВЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ

С. М. Юлдашев, А. Г. Хасанов, В. Н. Павлов, М. Т. Юлдашев, В. З. Галимзянов

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

При спинномозговой травме с нарушением естественного мочеиспускания важное значение имеет ликвидация уродинамических нарушений. Анализ лечения 278 больных показал, что после эпицистостомии у 186 (66,9%) из них выявлены такие осложнения, как восходящий пиелонефрит, цистит, уретрит, простатит, микроцистит, камни мочевого пузыря и т.д.

В эксперименте на животных произведена разработка нового способа создания эпицистокутанеостомы с формированием искусственного «сфинктера» из прямых мышц живота. Данная методика внедрена в клинику и применена при лечении 58 больных с повреждениями позвоночника и спинного мозга и нарушением естественного мочеиспускания. Сравнительный анализ лечения больных показал высокую эффективность функции эпицистокутанеостомы перед существующими методами.

Ключевые слова: спинномозговая травма, нейрогенный мочевой пузырь, эпицистокутанеостома.

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SPINAL INJURY COMPLICATED BY URINARY DYSFUNCTION

S. M. Yuldashev, A. G. Khasanov, V. N. Pavlov, M. T. Yuldashev, V. Z. Galimzyanov

The elimination of urodynamic disorders is of great importance in patients with severe spinal injury complicated by urination disorders. Evaluation of 278 patients' treatment showed that in 186 (66,9 %) cases after epicystostomy, the ascending pyelonephritis, cystitis, urethritis, prostatitis, microcystitis, urinary bladder stones were detected.

Using experimental animals we developed an original epicystocutaneostoma with the formation of an artificial sphincter from the abdominal rectus muscles. The present method was introduced into clinical practice and used in treatment of 58 patients with spinal column and cord lesions and urination disorders. Analysis of treatment methods demonstrated high effectiveness of epicystocutaneostomy compared to existing methods.

Key words: spinal trauma, neurogenic urinary bladder, epicystocutaneostoma.

Лечение больных с тяжелой спинномозговой травмой является сложной и актуальной задачей, решение которой требует совместной работы травматологов, нейрохирургов, урологов [2, 3, 6, 7].

Современные подходы лечения больных с травмой спинного мозга, наряду с другими лечебными мероприятиями, направлены и на ликвидацию уродинамических нарушений [1].

В настоящее время предложен ряд методов, позволяющих добиться эвакуации мочи из мочевого пузыря: постоянная катетеризация, система Монро, эпицистостома и др. [13]. При атоничных, арефлекторных формах проводят ручное выдавливание мочи. При этом неизбежно развитие пузырно-мочеточникового рефлюкса, вызывающего хронический восходящий пиелонефрит [13]. Применение постоянного катетера при нейрогенном мочевом пузыре приводит к возникновению таких осложнений, как

пролежни уретры, инфекции верхних и нижних мочевых путей [5, 15]. Некоторые преимущества имеет система Монро, при которой нет необходимости несколько раз в сутки заводить катетер в мочевой пузырь, а наличие антисептической жидкости в мочевом пузыре препятствует сморщиванию его стенок и предотвращает развитие цистита и восходящей инфекции. При применении эпицистостомы развиваются такие тяжелые осложнения, как гнойный цистит, уретрит, простатит, восходящий пиелонефрит и др. [4, 11, 12, 14]. Таким образом, разработка и внедрение в клиническую практику более совершенных методов отведения мочи, направленных на профилактику гнойно-воспалительных осложнений, а также улучшение качества жизни у больных с нейрогенным мочевым пузырем при спинномозговой травме, являются нерешенными проблемами современной нейрохирургии и урологии [8, 9].

<i>А. Н. Давыдова</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	56	<i>A. N. Davydova</i> MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE OF CHILDREN	56
<i>П. А. Хлопонин, Д. П. Хлопонин, Ю. Н. Кротова</i> УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ АСПЕКТЫ КАРДИОПРОТЕКЦИИ ПРИ РЕГЕНЕРАТОРНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КРЫС	59	<i>P. A. Khloponin, D. P. Khloponin, Y. N. Krotova</i> ULTRASTRUCTURAL ASPECTS OF CARDIOPROTECTION DURING REGENERATIVE AND PLASTIC HEART FAILURE IN RATS	59
<i>А. Г. Денисов, А. В. Смирнов</i> МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯИЧНИКОВ ПРИ ХЕМОИНДУЦИРОВАННОМ СТРЕССЕ	63	<i>A. G. Denisov, A. V. Smirnov</i> MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE OVARIES IN CHEMO-INDUCED STRESS	63
<i>А. А. Ващенко</i> АМБУЛАТОРНАЯ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	67	<i>A. A. Vashenko</i> OUTPATIENT AUTOHAEMOCHEMOTHERAPY IN TREATMENT OF BREAST CANCER	67
<i>С. М. Юлдашев, А. Г. Хасанов, В. Н. Павлов, М. Т. Юлдашев, В. З. Галимзянов</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С НАРУШЕНИЕМ ЕСТЕСТВЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ	70	<i>S. M. Yuldashev, A. G. Khasanov, V. N. Pavlov, M. T. Yuldashev, V. Z. Galimzyanov</i> IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SPINAL INJURY COMPLICATED BY URINARY DYSFUNCTION	70
<i>И. В. Козлова, М. В. Сафонова, И. М. Кветной, О. В. Кузьмина</i> НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГАСТРОПАТИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФфуЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ	74	<i>I. V. Kozlova, M. V. Safonova, I. M. Kvetnoy, O. V. Kuzmina</i> SOME MECHANISMS OF GASTROPATHY FORMATION AND PROGRESSING IN CHRONIC DIFFUSIVE LIVER DISEASES	74
<i>О. В. Ильина, С. В. Клаучек, А. С. Фокина, Н. Г. Труфанова</i> ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СТРЕССА ОЖИДАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	78	<i>O. V. Ilyina, S. V. Klauchek, A. S. Fokina, N. G. Trufanova</i> PHYSIOLOGICAL MODELING OF EXPECTATION STRESS FOR EVALUATION OF EFFICACY OF THE COPING STRATEGIES IN WOMEN OF FERTILE AGE	78
<i>А. А. Степченко</i> ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИКО- ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	81	<i>A. A. Stepchenko</i> FREQUENCY OF DISCOVERY OF <i>HELICOBACTER PYLORI</i> DEPENDING ON CLINICAL-ENDOSCOPIC PICTURE OF THE PEPTIC ULCER	81
<i>Е. А. Иоанниди, Е. А. Беликова, С. Ф. Попов</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛАЙФЕРОН В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С	84	<i>E. A. Ioannidi, E. A. Belikova, S. F. Popov</i> EVALUATION OF LIFEFERON TREATMENT EFFICIENCY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C	84
<i>М. В. Кудин, С. А. Сергеева, А. В. Скрипкин</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНАФЕРОНА ДЕТСКОГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ С ДИСБАЛАНСОМ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ	87	<i>M. V. Kudin, S. A. Sergeeva, A. V. Skripkin</i> CLINICAL EFFICACY OF ANAFERON DETSKIY ADMINISTRATION FOR TREATMENT OF VARICELLA IN CHILDREN WITH MICROELEMENTS DISBALANCE	87
<i>С. В. Егоров, И. В. Никольский, А. Э. Ахпателов</i> МЕТОДЫ АУТОГЕМОТРАНСФУЗИИ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЛЕГКОГО	91	<i>S. V. Egorov, I. V. Nikolsky, A. E. Akhpatelov</i> METHODS OF AUTOHAEMOTRANSFUSION IN SURGICAL TREATMENT OF ADVANCED LUNG CANCER	91

ВЕСТНИК
Волгоградского государственного медицинского университета
Ежеквартальный научно-практический журнал № 3 (27)
Свидетельство ПИ № ФС 77–23549

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция – апрель 2008 г.), утвержденный Президиумом Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации

Санитарно-эпидемиологическое заключение № 34.12.01.543. П 000006.01.07 от 11.01.2007 г.

Художественно-техническое оформление
и компьютерная верстка *Н. З. Белоусовой*

Корректор *Н. Н. Золина*

Директор Издательства ВолГМУ *Л. К. Кожеевников*

Издательство ВолГМУ
4000131, Волгоград, ул. Рокоссовского, 1 «Г».

Подписано в печать 25.09.2008 г.

Формат 60x84/8. Гарнитура Arial. Бумага офс. Уч.-изд. л. 12,0. Усл.-печ. л. 11,16. Тираж 1000 (1-150). Заказ № .