



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**

VOX
AUDITA LAETET,
LITTERA SCRIPTA
MANET
ИЗДАТЕЛЬСТВО
ВОЛГМУ

3. Сидоренко Ю. С. Аутогемохимиотерапия. – Ростов н/Д, 2002.
4. Сидоренко Ю. С. Аутомиело- и аутоликворохимиотерапия 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].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение хирургического лечения больных с травмой спинного мозга с нарушением естественного мочеиспускания.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить структуру осложнений в мочеполовых органах у больных с эпицистостомой при спинномозговой травме по материалам отделений травматологии и урологии больниц г. Уфы с 2000 по 2007 г.

2. Путем биопсии провести гистологические исследования стенки мочевого пузыря и свищевого хода у больных с эпицистостомой для выявления в них патоморфологических изменений.

3. В эксперименте на животных разработать принципиально новый способ формирования губовидного свища мочевого пузыря для эффективной эвакуации мочи и провести морфологические исследования динамики заживления свищевого канала с окружающими тканями.

4. С целью совершенствования хирургического лечения больных со спинномозговой травмой, осложненной дисфункцией мочеполовых органов, внедрить в лечебный комплекс разработанный нами способ отведения мочи – «эпицистокутанеостому» и провести сравнительный анализ эффективности с традиционными методами.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью выявления осложнений со стороны мочеполовых органов нами проведено комплексное обследование 278 мужчин со спинномозговой травмой, находившихся на лечении в нейрохирургических, травматологических и урологических отделениях БСМП № 22, ГКБ № 13, ГКБ № 8 г.Уфы и РКБ им. Куватова, которым была выполнена операция эпицистостомы. Возраст пациентов составил от 20 до 50 лет. В результате клинического обследования 278 больных, перенесших эпицистостомию, нами установлены следующие осложнения: гнойный цистит, восходящий пиелонефрит, уретрит, простатит и т. д. (табл. 1).

Таблица 1

Выявленные урологические осложнения у спинальных больных с эпицистостомой

Осложнения	Число больных (абс.)	%
Острый и хронический пиелонефрит	36	12,9
Острый и хронический цистит, микроцистит, камни мочевого пузыря	87	31,3
Острый простатит	22	7,9
Острый уретрит	15	5,4
Острый орхоэпидидимит	26	9,4
Всего больных с осложнениями	186	66,9
Всего больных	278	100

Следовательно, из 278 больных со спинномозговой травмой у 186 (66,9%) выявлены указанные тяжелые осложнения после эпицистостомии.

Морфологические исследования путем биопсии показали, что при опорожнении мочевого пузыря путем наложения эпицистостомы происходят грубые патоморфологические изменения со стороны слизистой оболочки, мышечного слоя, свищевого хода, приводящие к хроническому воспалительному процессу, а в дальнейшем к развитию дегенеративно-дистрофических изменений и нарушению уродинамики верхних мочевых путей (рис. 1, 2).

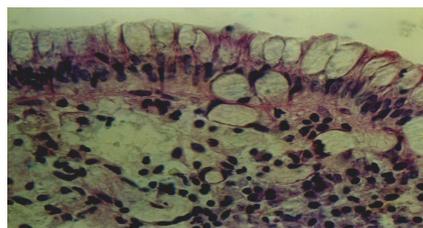


Рис. 1. Деструктивные процессы в эпителиальном и собственном слое слизистой оболочки мочевого пузыря у больного с эпицистостомой. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофото. Ок. 10. Об. 40

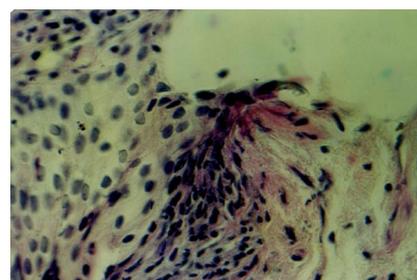


Рис. 2. Деструктивные процессы в зоне свищевого канала при эпицистостомии. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофото. Ок. 10. Об. 40

Таким образом, применение эпицистостомы с целью отведения мочи у больных спинномозговой травмой приводит к тяжелым осложнениям. Такие же осложнения наблюдаются у больных с инфравезикальной обструкцией, которым применяется эпицистостома. Развитие этих осложнений связано с постоянным нахождением катетера типа Пеццера или Фолея в мочевом пузыре. Эти дренажи способствуют проникновению инфекции, травмируют слизистую мочевого пузыря, вызывают мучительные ложные тенезмы и так далее. Постоянное ношение такой трубки и емкости для сбора мочи вызывает большие неудобства в жизни больного.

Общеизвестно, что стенка мочевого пузыря состоит из слизистой оболочки, мышечного слоя, волокна которого расположены в трех взаимно перпендикулярных плоскостях. Подвижность слизистой оболочки по отношению к мышечному слою обеспечивается рыхлым подслизистым слоем, богатым сосудистым сплетением. Эта закономерность ярко проявляется в строении мочевого пузыря, благодаря

которой в спавшемся состоянии его слизистая оболочка образует значительные складки, а при переполнении — растягивается. Наши исследования, проведенные на животных и на трупах людей, показали, что после рассечения серозно-мышечного слоя мочевого пузыря слизистую оболочку можно свободно выделить и вытянуть в виде конуса длиной до 5—6 см без нарушения ее кровообращения. Исходя из этого положения, мы разработали новый тип свища мочевого пузыря в эксперименте (рис. 3, 4).

Суть метода заключается в следующем. Производится разрез кожи по средней линии над лобком длиной 6—8 см, рассекается подкожная клетчатка, передняя стенка влагалища прямых мышц живота: прямые мышцы живота по средней линии раздвигаются, рассекается задняя стенка влагалища прямой мышцы, поперечная фасция надсекается в поперечном направлении. Раздвигаются края раны и вскрывается предпузырная клетчатка. Тупым путем отодвигается переходная складка брюшины вверх, и обнажается передняя стенка мочевого пузыря, на которую накладывается шов-держалка. Стенка мочевого пузыря приподнимается с помощью шва-держалки, и острым и тупым путями отслаивается слизистая оболочка с подслизистым слоем, вытягивается в виде конуса длиной $(6,0 \pm 5,0)$ мм, диаметром до 10 мм. На мышечный слой накладывается 2 полукисетных шва, концы нитей подшиваются к прямой мышце живота (рис. 5). На 1,5—2,0 см от нижнесрединной раны производится разрез кожи, и в этом месте удаляют подкожную жировую клетчатку для уменьшения длины свищевого канала. Через данный разрез вводят бранши зажима, расслаивают волокна прямой мышцы живота в медиальном направлении с образованием тоннеля. Слизистая оболочка мочевого пузыря вытягивается через этот канал, вскрывается и подшивается к коже (рис. 6). Формируется «сфинктер» за счет мышц самого пузыря и волокон прямой мышцы живота и дополнительный клапанный механизм (патент на изобретение № 2294161 от 03.10.2005 г.). Через этот губовидный свищ мочевого пузыря опорожняют по мере необходимости путем введения стерильного эластичного катетера. Моча удерживается в пузыре благодаря функционированию искусственного «сфинктера».

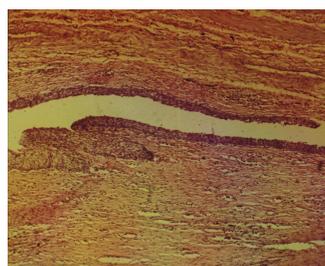


Рис. 3

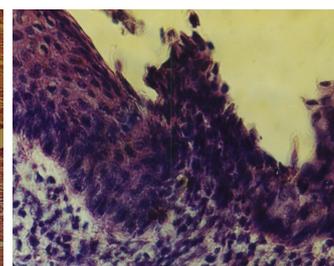


Рис.4

Рис. 3. Свищ мочевого пузыря через брюшную стенку через 30 дней после операции. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофото. Ок. 10., об. 20

Рис. 4. Зона соединения многослойного плоского ороговевающего эпителия кожи с многослойным переходным эпителием свища мочевого пузыря через 30 дней после операции. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофото. Ок.10., об.40

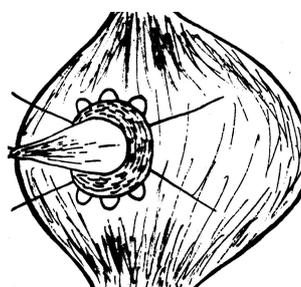


Рис. 5

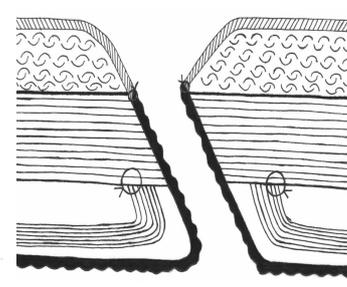


Рис. 6

Рис. 5. Наложение кетгутовых швов-держалок на мышечный слой мочевого пузыря и выделенная слизистая

Рис. 6. Сформированная эпицистокутанеостома (вид сверху)

Разработанный нами в эксперименте на животных и на трупах людей новый способ свища мочевого пузыря «эпицистокутанеостома» внедрен в клинику, и проведено лечение 58 больных со спинномозговой травмой с нарушением естественного мочеиспускания, находившихся в клиниках травматологии, ортопедии и нейрохирургии на базе ГKB № 13, БСМП № 22 г.Уфы и РКБ им. Куватова. Возраст больных от 25 до 55 лет, все больные мужского пола.

Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения указанных больных (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительные данные урологических осложнений в исследуемых группах

Нозологическая форма	Острый и хронический пиелонефрит		Острый и хронический цистит, микроцистит, камни мочевого пузыря		Острый простатит		Острый уретрит		Острый орхоэпидидимит	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Эпицистостомия	36	12,2	87	29,6	22	7,5	15	5	26	8,8
Эпицистокутанеостома	1	2,6	3	7,9	2	5,2	0	0	2	5,2

Из данных табл. 2 следует, что при применении метода опорожнения мочевого пузыря путем эпицистостомии развиваются такие осложнения, как пиелонефрит, цистит, уретрит, простатит, микроцистит и камни мочевого пузыря.

Применение же в клинике экспериментально разработанного нами оригинального метода операции — эпицистокутанеостомии — позволяет значительно сократить указанные осложнения по сравнению с традиционным методом лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ исходов лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой с нарушением функции тазовых органов показывает, что наиболее тяжелой проблемой остается нарушение естественного мочеиспускания. Из множества существующих способов отведения мочи у больных среди хирургов и урологов предпочтением пользуется надлобковый свищ мочевого пузыря — эпицистостома.

Однако клинические наблюдения и проведенные исследования с применением современных методов показывают, что у этой категории больных при длительном функционировании эпицистостомы развиваются тяжелые воспалительные дегенеративно-дистрофические осложнения в мочеывделительной системе. В первую очередь, это хронический воспалительный процесс в свище и мочевом пузыре, образование камней, сморщивание и уменьшение емкости пузыря, потеря тонуса гладкой мускулатуры и так далее. Все эти осложнения приводят к пузырно-мочеточниковому рефлюксу и хроническому пиелонефриту.

С учетом вышеупомянутых тяжелых осложнений, вызванных традиционной эпицистостомией, нами применен разработанный новый метод отведения мочи — эпицистокутанеостома — у 58 больных с спинномозговой травмой.

Сравнительный анализ результатов применения различных методов эвакуации мочи у больных с позвоночно-спинномозговой травмой показал, что использование новой эпицистокутанеостомы позволяет сохранить резервуарную функцию мочевого пузыря и сократить количество таких осложнений, как уретрит, цистит, простатит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и пиелонефрит, микроцистит и камни мочевого пузыря. Эти положительные результаты применения эпицистокутанеостомы обусловлены тем, что нет необходимости нахождения постоянного катетера в мочевом пузыре и ношении резервуара для сбора мочи, моча удерживается сформированным функционирующим искусст-

венным «сфинктером» с клапанным механизмом. Эвакуация мочи производится периодически путем введения эластичного катетера через отверстие губовидного свища по мере необходимости.

Таким образом, лечение больных с тяжелой позвоночно-спинномозговой травмой с нарушением естественного мочеиспускания должно строиться на улучшении хирургического лечения с использованием современных, более совершенных методов отведения мочи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аганесов А. Г., Месхи К. Т., Николаев А. П., Костин Е. П. // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2003. — № 3. — С. 48—52.
2. Амелина О. А. Травматическая болезнь спинного мозга (патогенетические, диагностические и медико-социальные аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1992. — 22 с.
3. Ветрилэ С. Т. // VII съезд травматологов ортопедов России: тез. докл. — Новосибирск, 2002. — С. 67.
4. Волкова Г. А., Бронер В. Р., Репина Е. В. // Материалы Пленума Правления Всерос. общества урологов. — М., 1996. — С. 27—28.
5. Гайдар Б. В., Дулаев А. К., Руденко В. В. // Состояние и перспективы развития военной травматологии и ортопедии: сб. ст. к 100-летию клиники им. Г. И. Турнера при каф. воен. травматологии и ортопедии ВМедА. — СПб., 1999. — С. 513—517.
6. Дулаев А. К. // VII съезд травматологов ортопедов России: тез. докл. — Новосибирск, 2002. — С. 74.
7. Лавриненко В. С. // Урология и нефрология. — 1987. — № 4. — С. 49—53.
8. Мангадзе Л. Г., Лопаткин Н. А., Лоран О. Б. Оперативная урология. Классика и новации: рук-во для врачей. — М.: Медицина, 2003. — С. 225—236.
9. Перепанова Т. С. Комплексное лечение и профилактика госпитальной инфекции мочевых путей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1996. — 53 с.
10. Сергеенко Е. М. // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. — 1976. — № 9. — С. 84—91.
11. Чепуров А. К., Кривобородов Г. Г., Зенков С. С., Зайцев Н. В. // Андрология и генитал. хирургия. — 2001. — № 3. — С. 63—67.
12. Chao R., Mayo M. L., Erbejian D. E., Bavedain T. // J. Ain. Paraplegia. — 1993. — Vol. 16, № 1. — P. 18—22.
13. P Fballinger R. L. // J. Pain Symptom Manage. — 1992. — Vol. 7. — P. 333—338.
14. Gotob T., Asano Y., Seki T., et al. // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. — 1991. — Vol. 82, № 2. — P. 225—231.
15. Kuhn W., Rist M., Zaech G. A. // Paraplegia. — 1991. — Vol. 29, № 4. — P. 222—232.
16. Perrouin-Verbe B., Labat J. J., Richard I., et al. // Paraplegia. — 1995. — Vol. 33, № 11. — P. 619—624.

<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 ДИФFUЗНЫХ 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 HELICOBACTER PYLORI СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИКО- ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	81	<i>A. A. Stepchenko</i> FREQUENCY OF DISCOVERY OF HELICOBACTER PYLORI 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. Кожевников*

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 № .