
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Р. А. Хвастунов, А. И. Иванов, А. Ю. Шерешков, С. Е. Толстопятов

Кафедра онкологии с курсом онкологии ФУВ ВолгГМУ,
Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛОБЭКТОМИИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК: 616.24- 006.6- 072.1

Представлен первый опыт успешного выполнения эндоскопических лобэктомий.

Ключевые слова: карциноидная опухоль легкого, типичный карциноид, эндоскопическая лобэктомия.

R. A. Khvastunov, A. I. Ivanov, A. U. Shereshkov, S. E. Tolstopyatov

THE FIRST CASE OF ENDOSCOPIC LOBECTOMY IN THE VOLGOGRAD REGION

The article presents a case of successful accomplishment of endoscopic lobectomy.

Key words: carcinoid tumor, typical carcinoid, endoscopic lobectomy.

Видеоассистированные хирургические вмешательства на органах грудной и брюшной полости являются современным и перспективным трендом общей хирургии. Широкое применение эндоскопических технологий в онкологической практике наблюдается лишь в последние десятилетия и проходит период становления и накопления опыта.

Этапу хирургического применения малоинвазивных методик предшествовала эра технических открытий и клинических апробаций. Изобретателем первого эндоскопа считается Р. Bozzini, в 1806 г. сконструировавший прибор «Lichtleiter». Французский хирург А. J. Desormeaux изобрел первый эндоскоп, нашедший применение в клинической практике. Авторство изобретения торакоскопа принадлежит профессору Каролинского университета Н. Jacobeus, которым в 1910 г. была выполнена первая торакоскопия с целью диагностики процесса и ревизии плевральной полости больному туберкулезом, создание искусственного пневмоторакса. Данное вмешательство, пожалуй, можно считать точкой отсчета эры видеохирургии. Основоположником торакоскопии в России считается профессор, д. м. н. П. А. Герцен, который в 1925 г. выполнил первую в СССР торакоскопию больному с эмпиемой плевры.

Переломным моментом в истории видеоассистированных операций является 1986 г., когда

была осуществлена возможность трансляции видеоматериала с окуляра торакоскопа на экран монитора. Эпоха «электронной эндоскопии» берет свое начало с 90-х годов XX века, с момента выполнения первых оперативных вмешательств в объеме лапароскопической аппендэктомии в 1982 г. (К. Semm), холецистэктомии в 1987 г. (Ph. Mouret). Позже последовало внедрение видеоассистированных операций в абдоминальную онкологию и онкоурологию: лапароскопическая нефрэктомия (С. Clayman, 1991), дистальная резекция желудка (Р. Goh, 1991), панкреатодуоденальная резекция (S. Schtussler, M. Gagner, 1992–1996). В РФ были впервые выполнены операции в объеме дистальной резекции желудка (О. Э. Луцевич, 1993), гастрэктомии (В. П. Сажин, 1993–1994), радикальной нефрэктомии (О. Э. Луцевич, 1998), торакоскопической эзофагэктомии (А. А. Гуляев 1996) [1].

Первую торакоскопическую лобэктомию выполнил R. Rovierod в 1992 г., в РФ опыт первой торакоскопической лобэктомии пневмонэктомии принадлежит Е. И. Сигалу 1993–1994 гг. и 1996 г. соответственно. Разработка и совершенствование торакоскопических инструментов, адаптированных к анатомии грудной клетки, а также сшивающих аппаратов позволили поставить малоинвазивные торакоскопические вмешательства на качественно новый уровень.

Сегодня в Российской Федерации видеоскопические лобэктомии выполняются лишь небольшим количеством крупных хирургических центров. Самым значительным опытом исполнения, около 100 лобэктомий, обладает д. м. н. профессор В. Г. Пищик (клиническая больница № 122 ФМБА г. Санкт-Петербург). Отношение к данной методике лечения онкозаболеваний остается сдержанным. Законодателями малоинвазивного хирургического лечения рака легкого являются США и Европа. Начиная с 1992 г. G. Roviato, W. Walker, et al. (1993) регламентируют показания к применению данного метода лечения, как правило, малыми раками без регионарных лимфометастазов. Тщательность предоперационной селекции больных – кандидатов на эндоскопические лобэктомии – максимальна. Регионарные и отдаленные метастазы выявляются всеми без исключения визуализационными методами – КТ, МРТ и ПЭТ. Стоимость всего лечебно-диагностического комплекса варьирует около 300 тыс. долларов США.

В России сегодня считается возможным выполнение видеоассистированных эндоскопических лобэктомий при доброкачественном или «погранично» злокачественном характере опухоли с низким потенциалом метастазирования,

при злокачественных опухолях T1-2N0M0, отсутствии периваскулярного фиброза и регионарных лимфометастазов [2].

В данной статье мы приводим наш первый опыт выполнения двух торакоскопических лобэктомий по поводу высокодифференцированной нейроэндокринной опухоли (типичный карциноид) легкого.

Пациент Д., 58 лет, поступил в отделение 28.03.13 г. в удовлетворительном состоянии без каких-либо жалоб. При прохождении профилактического медицинского осмотра по месту жительства выполнено флюорографическое исследование органов грудной клетки. Диагностировано образование в нижней доле левого легкого. Больной направлен в поликлинику ГБУЗ ВОКОД № 1. Амбулаторно пациенту выполнена рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки, по результатам которых диагностировано опухолевидное образование в нижней доле левого легкого, 2,7 см в диаметре с нечеткими, но достаточно ровными контурами, компрессирующее В10 (практически от устья, сегмент в состоянии умеренной гиповентиляции). Внутригрудные лимфоузлы не изменены (рис. 1, 2).



Рис. 1. Боковая рентгенограмма с опухолью в основании 10-го сегмента левого легкого

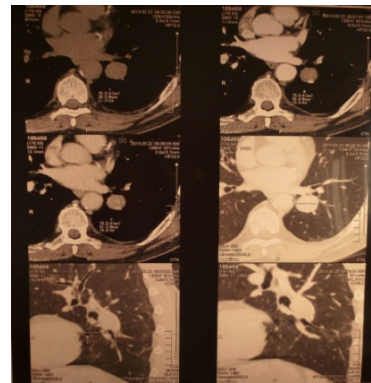


Рис. 2. КТ-грамма. Компрессия бронха 10-го сегмента

При обследовании отдаленных метастазов не обнаружено. Лабораторные показатели в пределах нормы. 05.04.13 г. в условиях перидурального обезболивания и под эндотрахеальным наркозом выполнена эндобронхиальная интубация легких, левое легкое выключено из акта дыхания. В 5-м и 6-м межреберии по средней ключичной и передней подмышечной линиям установлены, соответственно, диагностический и манипуляционный торакопорты. Расширители для миниторакотомии не использовались по принципиальным соображениям, поскольку требовали продления разрезов. При ревизии плевральная полость свободна от спаек. Отдаленных метастазов нет. В основании нижней доли в непосредственной близости от нижней легочной вены выявлена опухоль 3,0 см в диаметре плотно-эластической консистенции, расположенная интрапаренхиматозно. Из-за близости к сосудам атипичная резекция легкого с опухолью невоз-

можна. Решено произвести торакоскопическую нижнюю лобэктомию. Мобилизована легочная связка. Выделена нижняя легочная вена. Часть ее притоков порционно клипирована, а основной ствол прошит аппаратом Echelon. Детали обработки сосудов представлены на рис. 3. В междолевой борозде выделен основной ствол левой легочной артерии, прошит и пересечен аппаратом Echelon. Бронх нижней доли обнажен со сдвижением лимфоузлов в препарат, пересечен с помощью аппарата Echelon. Междолевая борозда также прошита и пересечена аппаратом Echelon. Гемостаз: контроль на аэрогаз и инородные тела. Препарат удален через отверстие торакопорта. Дренаж плевральной полости в местах стояния торакопортов по Булау. Ушивание послеоперационных ран. Объем интраоперационной кровопотери составил 50 мл. Продолжительность операции – 3 часа 30 минут.

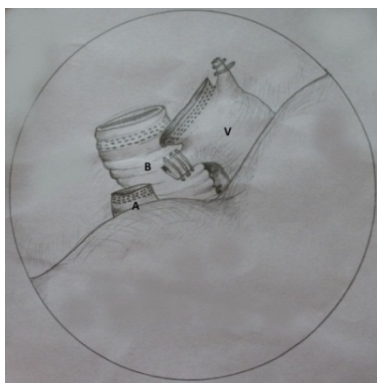


Рис. 3. Методика обработки сосудов (А – основной ствол легочной артерии, V – нижняя легочная вена) и бронха (В – нижнедолевой бронх)

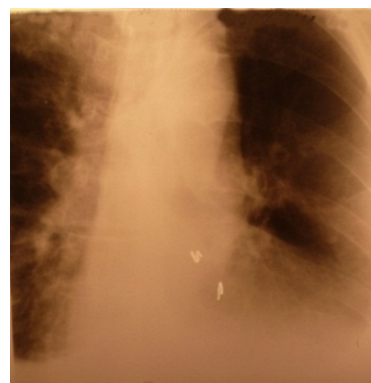


Рис. 4. Рентгенограмма грудной клетки больного Д. на вторые сутки после операции

Послеоперационный период протекал без осложнений, верхняя доля левого легкого заполнила весь объем левого гемиторакса (рис. 4). Заключение морфологов – карциноид. Дренажи удалены на 2-е сутки, пациент выписан – на 5-е сутки.

Пациентка В. поступила в ВОКОД № 1 24.04.13 г. Аналогично первому наблюдению в данном случае мы наблюдали бессимптомное течение заболевания. Образование верхней доли правого легкого было обнаружено при флюорографическом исследовании в поликлинике по месту жительства. Больная направлена в поликлинику ВОКОД № 1, где ей произведена компьютерная томография органов грудной клетки, по результатам которой диагностирован субплевральный очаг в S 3 справа округлой формы около 1,5 см в диаметре с наличием просветлений в структуре, без достоверного накопления контрастного препарата, однако имеющий нечеткие лучистые контуры. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены (рис. 5).

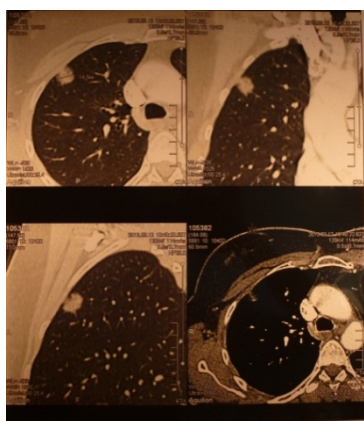


Рис. 5. КТ-грамма. Опухоль в 3-м сегменте левого легкого

30.04.13 г. в условиях мультимодальной анестезии произведена торакоскопия и атипичная резекция верхней доли легкого эндоскопическим доступом длиной 1 см в 5-м межреберии по средней ключичной линии и в 4-м межреберии по средней подмышечной линии. В препарате

визуализирована опухоль до 1,5 см в диаметре с инвазией висцеральной плевры. Ответ морфологов при срочном исследовании опухоли – карциноид. Плевральная полость свободна от спаек. Решено произвести попытку эндоскопической верхней лобэктомии. Дополнительно установлен манипуляционный торакопорт в 3-м межреберии. Выделена, прошита аппаратом Echelon, пересечена V1-3. Выделен, прошит аппаратом Echelon и пересечен передний ствол *a.pulmonalis dextra*. При мобилизации A2 последняя травмирована, кровотечение остановлено путем двойного клипирования. Сосуд пересечен. Определена добавочная артерия второго сегмента, также дважды клипирована, пересечена. Мобилизован ВДБ, пересечен аппаратом Echelon (рис. 6).

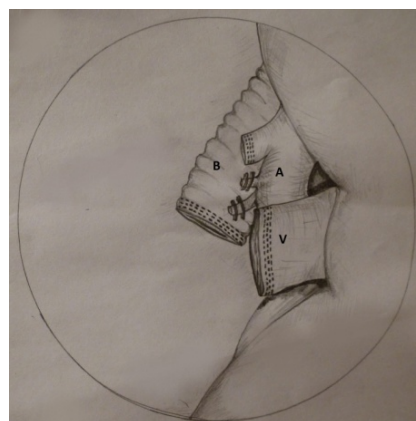


Рис. 6. Методика обработки сосудов больного М. (А – передний ствол легочной артерии, артерия 2-го сегмента, добавочная артерия 2-го сегмента, V – нижняя легочная вена) и бронха (В – верхнедолевой бронх)

Междолевая борозда разделена аппаратом Echelon. Контроль на гемостаз. Контроль на аэростаз и инородные тела. Опухоль удалена через отверстие торакопорта. Дренажирование плевральной полости в 3-м и 5-м межреберьях по Бюлау. Рана послойно ушита наглухо. Объем интраоперационной кровопотери составил 100 мл. Продолжительность операции – 4 часа.

Плановое гистологическое исследование – высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль (типичный карциноид). В лимфоузлах – хронический лимфаденит. Осложнений не было (рис. 7). Наркотическое обезболивание не применялось. Выписана на 4-е сутки.

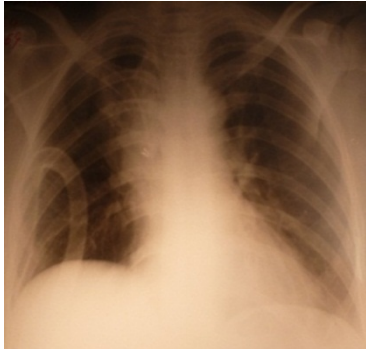


Рис. 7. Рентгенограмма грудной клетки больного В. на 2-е сутки после операции

Наш скромный опыт укрепил нас во мнении о необходимости тщательного отбора больных для эндоскопических лобэктомий. В этих условиях ценность компьютерной томографии трудно переоценить. Нераспознанное заблаговременно обширное лимфогенное метастазирование рака

легкого, свидетелями которого мы являемся ежедневно в клинической практике, может создать трудности непреодолимые эндоскопически и требующие конверсии к открытому доступу.

Мы рассчитываем на уменьшение продолжительности эндоскопических операций по мере освоения метода. Но тем не менее, вынуждены критически заявить, что временные затраты на рутинную открытую лобэктомию в нашей клинике не превышают 1–1,5 часов. У лучших пропагандистов эндоскопического подхода этот показатель существенно больше. В связи с этим мы осторожно оцениваем перспективы применения эндоскопических лобэктомий у пожилых больных с противопоказаниями к длительному наркозу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вестник Московского онкологического общества. Заседание № 559 (09.06.09). Видеохирургия в торакальной онкологии.
2. Scott J. Swanson, James E. Herndon II, Thomas A. D'Amico, et al. / Видеоторакоскопическая лобэктомия: результаты проспективного многоцентрового исследования CALGB 39802.

СОДЕРЖАНИЕ

МОРФОЛОГИЯ

*Воробьев А. А., Царьков П. С., Баринов А. С.,
Зайцев С. С., Алборов А. Ц.*

ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ ВАРУСНЫЙ СИНДРОМ
КАК ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ГОНАРТРОЗА –
АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ..... 3

*Мандриков В. Б., Крайушкин А. И., Перепелкин А. И.,
Бабайцева Н. С.*

СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ
МОРФОЛОГИИ СТОПЫ ЧЕЛОВЕКА..... 5

ФАРМАКОЛОГИЯ, ТОКСИКОЛОГИЯ

*Смирнова Л. А., Спасов А. А., Ращенко А. И.,
Сучков Е. А., Рябуха А. Ф., Кузнецов К. А.*

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ПРОИЗВОДНЫХ БЕНЗИМИДАЗОЛА МЕТОДОМ
ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ ЖИДКОСТНОЙ
ХРОМАТОГРАФИИ..... 9

*Смирнова Л. А., Озеров А. А., Сучков Е. А.,
Рябуха А. Ф., Кузнецов К. А.*

ОСОБЕННОСТИ ПРОБОПОДГОТОВКИ
ДЛЯ МЕТОДА ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ
ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ
КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ
МАЛОРАСТВОРИМЫХ СОЕДИНЕНИЙ..... 14

*Смирнова Л. А., Рябуха А. Ф., Кузнецов К. А.,
Сучков Е. А., Перфилова В. Н.*

РАЗРАБОТКА МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО
ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОВОГО ПРОИЗВОДНОГО
ГАММА-АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ
В БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБАХ..... 17

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

*Малюжинская Н. В., Вальмер Д. Н., Полякова О. В.,
Блинкова Е. Ю.*

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ФЛУТИКАЗОНА
ПРОПИОНАТОМ НА ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
ФЕНОТИПАХ СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ
У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА..... 20

*Малюжинская Н. В., Блинкова Е. Ю., Полякова О. В.,
Вальмер Д. Н.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕРАПИИ STEP UP
У ДЕТЕЙ 3–6 ЛЕТ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ..... 23

Карпукхина О. А., Крамарь Л. В.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ
И РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ,
ПРОТЕКАЮЩИХ С МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫМ
СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ..... 26

Ягулов П. Р., Корнеева Н. А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ АЦЕФЕНА
И ГИДАЗЕПАМА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНИМАНИЯ
У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ..... 29

Козловская С. Е.

ТЕРАПИЯ ПОЛИКАТАНОМ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, СОЧЕТАННЫМ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ,
КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДАННОГО КОНТИНГЕНТА..... 31

MORPHOLOGY

*Vorobyev A. A., Tsarkov P. S., Barinov A. S.,
Zaitsev S. S., Alborov A. C.*

DYSPLASTIC VARUS SYNDROME
AS PRENOSOLOGICAL STAGE OF ARTHROSIS
OF KNEE-JOINTS 3

*Mandrikov V. B., Krayushkin A. I., Perepelkin A. I.,
Babaytseva N. S.*

SOMATOTYOLOGICAL REGULRITIES OF
THE MORPHOLOGY OF HUMAN FOOT 5

PHARMACOLOGY. TOXICOLOGY

*Smirnova L. A., Spasov A. A., Raschenko A. I.,
Suchkov E. A., Riabuha A. F., Kuznetsov K. A.*

ANALYTICAL FEATURES
OF CHROMATOGRAPHIC METHOD
OF QUANTITATIVE DETERMINATION
OF BENZIMIDAZOLES
DERIVATIVES 9

*Smirnova L. A., Ozerov A. A., Suchkov E. A.,
Riabuha A. F., Kuznetsov K. A.*

SPECIFIC OF SAMPLE PREPARATION
FOR HPLC METHOD
OF QUANTITATIVE DETERMINATION
OF SLIGHTLY SOLUBLE
COMPOUNDS..... 14

*Smirnova L. A., Riabuha A. F., Kuznetsov K. A.,
Suchkov E. A., Perfilova V. N.*

DEVELOPMENT OF METHOD
OF QUANTITATIVE DETERMINATION
OF NEW GABA DERIVATES
IN BIOLOGICAL SAMPLES..... 17

CLINICAL MEDICINE

*Malyuzhinskaya N. V., Valmer D. N., Polyakova O. V.,
Blinkova E. Y.*

INFLUENCE OF FLUTICASONE
PROPIONATE THERAPY
ON AIRWAY HYPERREACTIVITY
IN DIFFERENT PHENOTYPES OF WHEEZING
IN PRESCHOOL CHILDREN..... 20

*Malyuzhinskaya N. V., Blinkova E. Y., Polyakova O. V.,
Valmer D. N.*

COMPARATIVE EFFICACY OF DIFFERENT STEP UP
TREATMENT OPTIONS IN ASTHMATIC CHILDREN
AGED 3-6..... 23

Karpukhina O. A., Kramar L. V.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS ALGORITHM
FOR HERPETIC AND RESPIRATORY VIRAL
INFECTIONS COMBINED
WITH MONONUCLEOSIS-LIKE SYNDROME
IN CHILDREN..... 26

Yagupov P. R., Korneeva N. A.

IMPACT OF ACEPHEN AND GIDAZEPAM
ON ATTENTION PARAMETERS
IN PATIENTS WITH GASTRIC
AND DUODENAL ULCER 29

Kozlovskaya S. E.

REHABILITATION OF PATIENTS
WITH CHRONIC TONSILLITIS
ACCOMPANIED
BY THYROID
DISEASE..... 31

СТОМАТОЛОГИЯ

<i>Темкин Э. С., Матвеева Н. И.</i>	
ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГЕЛЯ «ПОЛИКАТАН» В КОМБИНАЦИИ С ЛИНКОМИЦИНОМ.....	36
<i>Фирсова И. В., Македонова Ю. А.</i>	
ВЫБОР ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ОБТУРАЦИИ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	39
<i>Фомичев Е. В., Кирпичников М. В., Ярыгина Е. Н., Салех А. Я., Сербин А. С., Ефимова Е. В.</i>	
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЯЛОТЕКУЩИХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИОКСИДОНИЯ.....	42
<i>Шемонаев В. И., Михальченко Д. В., Кузнецова О. А., Климова Т. Н., Порошин А. В.</i>	
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОККЛЮЗИИ И ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	47
<i>Михальченко Д. В., Маслак Е. Е., Наумова В. Н., Данилина Т. Ф., Бадрак Е. Ю.</i>	
ВЗАИМОСВЯЗЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА: ЧТО ЗНАЮТ ОБ ЭТОМ ВРАЧИ-СТОМАТОЛОГИ И ИХ ПАЦИЕНТЫ?	51
НОВЫЕ МЕТОДЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ	
<i>Воробьев А. А., Мозговой П. В., Моисеев Д. В.</i>	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАЗРАБОТКА УСТРОЙСТВА И ОПЕРАЦИИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОГО ПОДТЕКАНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ.....	54
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	
<i>Хвастунов Р. А., Иванов А. И., Шерешков А. Ю., Толстопятов С. Е.</i>	
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛОБЭКТОМИИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	58

DENTISTRY

<i>Temkin E. S., Matveeva N. I.</i>	
PERIODONTAL MICROBIOLOGICAL COMPOSITION CHANGES UPON THERAPY OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASE WITH POLYKATAN IN A GEL FORM IN COMBINATION WITH LINCOMYCINE	36
<i>Firsova I. V., Makedonova I. A.</i>	
EVIDENCE-BASED CHOICE OF FILLING MATERIALS IN ROOT CANAL OBTURATION.....	39
<i>Fomichev E. V., Kirpichnikov M. V., Yarygina E. N., Saleh A. Y., Serbin A. S., Efimova E. V.</i>	
POLYOXIDONY IN COMPLEX THERAPY OF SUBACUTE PURULENT PHLEGMONS OF THE MAXILLOFACIAL REGION	42
<i>Shemonaev V. I., Michal'chenko D. V., Kuznetsova O. A., Klimova T. N., Poroshin A. V.</i>	
DENTAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH COMBINED MALOCCLUSION AND TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION	47
<i>D. V. Michal'chenko, E. E. Maslak, V. N. Naumova, T. F. Danilina, E. Y. Badrak</i>	
LINK BETWEEN DIABETES AND ORAL DISEASE: WHAT ARE DENTISTS AND THEIR PATIENTS AWARE OF?.....	51
NEW EXPERIMENTAL AND CLINICAL METHODES	
<i>Vorobyov A. A., Mozgovoy P. V., Moiseev D. V.</i>	
EXPERIMENTAL DESIGN OF AN APPARATUS AND SURGERY WITHIN THE FRAMEWORK OF THE ENDOLEAK ELIMINATING METHOD AFTER EVAR	54
A CLINICAL CASE	
<i>Khvastunov R. A., Ivanov A. I., Shereshkov A. U., Tolstopyatov S. E.</i>	
THE FIRST CASE OF ENDOSCOPIC LOBECTOMY IN THE VOLGOGRAD REGION.....	58

Научное издание

ВОЛГОГРАДСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ежеквартальный научно-практический журнал

№ 2 2013 г.

Регистрация: свидетельство ПИ № 9-0664 от 27.04.2004 г.
Перерегистрация: свидетельство ПИ № ФС77-43550 от 18.01.2011 г.

Главный редактор академик РАМН *В. И. Петров*
Директор Издательства ВолгГМУ *Л. К. Кожевников*

Редактор *Е. В. Максимова*
Компьютерная верстка *Е. Е. Таракановой*

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

Подписано в печать 15.06.2013 г. Формат 60x84/8.
Бумага офсетная. Гарнитура Arial. Усл. печ. л. 7,44. Уч.-изд. л. 7,00.
Тираж 500 (1–150). Заказ № .
Цена фиксированная.

Волгоградский государственный медицинский университет
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

Издательство ВолгГМУ
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.