



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

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПЛОДОВ С КИСТОЗНОЙ ГИГРОМОЙ ШЕИ В 11 – 14 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. А. Шевченко

*Сибирское отделение Российской Академии медицинских наук ГУ НИИ медицинских проблем Севера;
Муниципальное учреждение здравоохранения «Родильный дом №5», г. Красноярск*

Пренатальная диагностика врожденных пороков сердца была осуществлена в ходе консультативного исследования у плодов с кистозной гигромой шеи. Врожденные пороки сердца были диагностированы в 11,5 – 14 недель беременности с помощью трансвагинальной эхокардиографии. Спектр зарегистрированных врожденных пороков сердца представлен дефектом межжелудочковой перегородки, общим артериальным стволом, гипопластическим синдромом левых отделов сердца, инфантильной артериальной кальцификацией и коарктацией аорты, чаще всего был диагностирован гипопластический синдром левых отделов сердца. Трансвагинальная эхокардиография является высокочувствительным методом, который следует проводить во всех случаях пренатальной диагностики кистозной гигромы шеи у плода, что имеет решающее значение в улучшении диагностики врожденных пороков сердца, особенно в ранние сроки.

Ключевые слова: кистозная гигрома шеи, врожденные пороки сердца, хромосомная патология, трансвагинальная эхокардиография, ранняя пренатальная диагностика.

ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF INBORN HEART DISEASES OF FOETUS WITH CHROMOSOME ANOMALY IN THE FIRST TERM OF PREGNANCY

E. A. Shevchenko

The article represents an analysis of thirty three cases of inborn heart diseases (IHD) of foetus with chromosome pathology diagnosed at 12,2 – 14,2 weeks of pregnancy. The spectrum of diagnosed IHD included defect of interventricular partition, heart ectopy, atrioventricular canal, general arterial trunk, hypoplastic syndrome of the left sections of heart, atresia of tricuspidal valve, Phallo tetrade, aorta coarctation, heart calcification. The indications for sending patients to consultative investigation was revealing of markers of chromosome anomalies or/and combined foetal malformations during screening investigation which were considered as indications for the transvaginal echocardiography of foetus. Thus 3/4D methods of transvaginal echocardiography of foetus provide early prenatal diagnostics of IHD.

Key words: Cystic hygroma of the neck, inborn heart diseases, chromosome pathology, transvaginal echocardiography, early prenatal diagnostics.

Кистозная гигрома (КГ) представляет собой аномалию лимфатической системы, характеризующуюся единичными или множественными кистами мягких тканей, наиболее часто локализующимися позади шеи. Кистозные гигромы обнаруживаются у 1 из 200 спонтанных абортусов, копчик-теменной размер которых составляет более 3 см.

КГ шеи возникает в результате неслияния лимфатических сосудов, которые локализируются в области задней поверхности шеи. Обструкция приводит к их значительному расширению и формированию кист. Ультразвуковая диагностика КГ шеи основана на визуализации многокамерных двусторонних образований, отличительной чертой которых является наличие выраженного наружного контура [2, 4].

Кистозные гигромы шеи часто сочетаются с хромосомными аберрациями (ХА), водянкой плода, врожденными пороками сердца (ВПС) и другими анатомическими дефектами. Согласно суммарным данным литературы, частота хромосомных дефектов у плодов с КГ шеи в среднем составляет 68%: при изолированной гигроме — 52%, при сочетании с другими аномалиями — 71% [5]. Е. В. Юдина, О. Л. Галкина [1] обнаружили хромосомные нарушения у 75% плодов с КГ. При этом в подавляющем большинстве случаев был определен синдром Тернера. Обычно КГ мо-

жет быть диагностирована в I триместре беременности. При обнаружении КГ следует осуществлять тщательное изучение всей ультразвуковой анатомии плода для исключения сочетанных аномалий. У всех плодов показано эхокардиографическое исследование ввиду высокой частоты ВПС. При синдроме Тернера с наибольшей частотой регистрируются коарктация аорты и гипоплазия левых отделов сердца [3]. Частота выявления ХА при ВПС тесно связана и со сроком беременности, в котором проводится ультразвуковое обследование. Чем меньше срок, тем больше вероятность выявления структурных изменений и хромосомных дефектов. Действие законов естественного отбора проявляется в самопроизвольной элиминации пораженных плодов, поэтому в конце беременности и после родов частота ВПС в целом и ВПС, обусловленных хромосомной патологией, уменьшается. Кроме того, частота хромосомной патологии при ВПС, диагностированных в дородовом периоде, зависит и от такого фактора, как формирование обследуемой группы. Сочетание ВПС с экстракардиальными аномалиями значительно увеличивает риск патологии кариотипа у плода. Согласно результатам исследований, проведенных разными авторами, частота ХА при изолированных ВПС составляет в среднем только 10,2%, тогда как при сочетании ВПС с пороками развития других органов и систем — 62,6% [5].

Прогноз при КГ зависит от наличия сопутствующих изменений, таких как неиммунная водянка, хромосомные аберрации и/или ВПС/другие анатомические дефекты. Наличие водянки или лимфангиэктазий указывает на неблагоприятный прогноз со 100%-й гибелью плода в течение нескольких последующих недель с момента их выявления. Пренатальное кариотипирование следует проводить во всех случаях, так как даже при изолированной КГ шеи отмечается высокая частота хромосомных дефектов. В случаях сочетания КГ шеи с аномальным кариотипом и/или ВПС/другими аномалиями обосновано прерывание беременности ввиду неблагоприятного прогноза.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение реальных возможностей трансвагинальной эхокардиографии для ранней пренатальной диагностики ВПС в комплексном обследовании плодов с кистозной гигромой шеи.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В течение 2003–2007 гг. нами было диагностировано 16 случаев КГ шеи у плодов в 11 недель 3 дня – 14 недель беременности. Исход беременности известен во всех случаях. ВПС пренатально диагностированы в I триместре беременности у 12—75% плодов. Возраст пациенток с КГ шеи у плода колебался от 18 до 37 лет и в среднем составил 25,1 года. Следует отметить, что только у 1—6,3% беременных возраст превышал 35 лет. Ультразвуковые исследования проведены на приборах «LOGIC 700 pro serias» и «VOLUSON 730 EXPERT» (GE, Германия). Помимо В-режима, режима ЦДК и импульсной доплерографии для ранней пренатальной диагностики ВПС использованы специальные 3/4D режимы исследования сердца плода: технология DiagnoSTIC, TUI, inversion, glass body. Трансвагинальная эхокардиография проводилась по схеме, предложенной М. В. Медведевым [5].

Цитогенетические исследования выполнены в клинической лаборатории родильного дома № 5 и Краевом диагностическом центре медицинской генетики.

Патологоанатомическая верификация пренатального диагноза в случаях медицинского прерывания беременности во II триместре проводилась в Красноярском краевом патологоанатомическом бюро при участии врачей ультразвуковой диагностики нашего отделения, врача-генетика. В случаях же прерывания беременности абортным путем в I триместре производился осмотр сердца плода врачом ультразвуковой диагностики, врачом-генетиком.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В наших исследованиях при скрининговом обследовании беременных в I триместре беременности пренатальный диагноз ВПС у плода не был установлен ни в одном из 16 представленных наблюдений. Пренатальная диагностика ВПС была осуществлена

только в ходе консультативного исследования у 12—85,7% из 14 плодов. Две пациентки с КГ шеи у плода отказались от дальнейшего обследования. Показанием к консультативному исследованию явились обнаруженные на скрининговом исследовании КГ, экстракардиальные аномалии и/или эхографические маркеры хромосомной патологии (табл. 1).

Таблица 1

Спектр эхографических маркеров хромосомной патологии и экстракардиальных аномалий, зарегистрированных у плодов с КГ шеи

Эхографические маркеры ХА	n	%
Гипоплазия/аплазия костей носа	16	100
Патологические кривые скоростей в венозном протоке	10	62,5
Неиммунная водянка плода	7	43,8
Микрогения	4	25
Экстракардиальные аномалии, из них:	5	31,3
ВГР мочевыводящей системы	3	60
ВГР центральной нервной системы	1	20
Множественные ВГР	1	20

Например, гипоплазия/аплазия костей носа зарегистрирована нами у всех 16 плодов; отсутствие диастолического компонента и реверсные значения кривых скоростей кровотока в венозном протоке отмечены в 10—62,5%; неиммунная водянка плода – в 7—43,8%; экстракардиальные ВГР в 5—31,3% наблюдений. Среди группы плодов, имеющих экстракардиальные ВГР у 3—60% из 5 обнаружена патология почек (повышение эхогенности паренхимы, наличие множественных кист). С учетом того, что во всех случаях у плодов были зарегистрированы эхографические маркеры хромосомной патологии, пренатальное кариотипирование было предложено всем пациенткам. Инвазивная диагностическая манипуляция была выполнена 13 пациенткам, три пациентки отказались от данного исследования. У 12 пациенток выполнена аспирация ворсин хориона (АВХ), у одной пациентки – кордоцентез. Хромосомная патология зарегистрирована у 11—84,6% плодов, во всех случаях это синдром Тернера.

Срок установления нозологической формы ВПС у плода варьировал от 11 недель 5 дней до 14 недель, в среднем составил 13 недель 2 дня. Спектр обнаруженных ВПС в наших исследованиях не был разнообразным и представлен следующими нозологическими формами: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), общий артериальный ствол (ОАС), гипопластический синдром левых отделов сердца (ГСЛОС), инфантильная артериальная кальцификация и коарктация аорты. При этом чаще всего диагностировался ГСЛОС, в 7—58,3% наблюдений; ДМЖП – в 3—25%; по одному наблюдению (8,3%) пришлось на инфантильную артериальную кальцификацию и ОАС (табл. 2).

Исход беременности и спектр обнаруженных ВПС у 12 плодов с КГ в 11 недель 5 дней – 14 недель

№	Срок беременности, недель, дней	Нозологическая форма ВПС	Кариотип плода	Исход беременности
1	13	ГСЛОС, гипоплазия аорты	ABX, 45,X	Прерывание беременности во II триместре
2	13,1	ГСЛОС, атрезия аорты	ABX, 45,X	Прерывание беременности в I триместре
3	13,5	ГСЛОС, гипоплазия аорты	ABX, 45,X	Прерывание беременности в I триместре
4	12,6	ГСЛОС, гипоплазия, коарктация аорты	ABX, 45,X	Прерывание беременности в I триместре
5	12,6	Гипоплазия левого желудочка, ДМЖП	ABX, 45,X	Прерывание беременности в I триместре
6	12,4	ГСЛОС, гипоплазия аорты	ABX, 45,X	Прерывание беременности в I триместре
7	12,2	ДМЖП, ОАС	ABX, 45,X	Прерывание беременности в I триместре
8	12,3	Инфантильная артериальная кальцификация	ABX, 45,X	Прерывание беременности в I триместре
9	11,5	ДМЖП	отказ	Медицинский аборт
10	12,4	ДМЖП	ABX, 45,X	Прерывание беременности в I триместре
11	12,5	ГСЛОС, атрезия аорты	ABX, 45,X	Прерывание беременности в I триместре
12	14	ДМЖП	Кордоцентез 46,XY	Прерывание беременности во II триместре

Из 7 случаев пренатальной диагностики ГСЛОС, 3 % сопровождались гипоплазией аорты, в двух наблюдениях была диагностирована атрезия аорты. У одного плода (наблюдение № 4) была диагностирована коарктация аорты на основании выявленных в ходе трансвагинальной эхокардиографии следующих изменений: аномального 4–камерного среза сердца за счет диспропорции камер (левый желудочек гипоплазирован), дефекта межжелудочковой перегородки, гипертрофических изменений миокарда желудочков; при изучении дуги аорты выявлено ее сужение в области перешейка. Пренатальный диагноз инфантильной артериальной кальцификации был установлен в 13 недель беременности (наблюдение № 8) на основании гиперэхогенной визуализации во всех отделах межжелудочковой перегородки, а также отсутствия движения створок митрального клапана. При более тщательной оценке левого желудочка, с применением 3—4D эхографии выявлено, что его содержимое представлено неоднородным гипоехогенным образованием с эховзвесью и гиперэхогенным участком в виде «полумесяца» в месте контакта с межжелудочковой перегородкой. Данное образование полностью выполняет просвет левого желудочка и приводит к его дилатации. Изучение главных артерий выявило гипоплазию аорты и отсутствие потока крови через аортальный клапан. Таким образом, предположено, что помимо кальцификации сердца имеет место и тромбообразование в просвете левого желудочка. В 12 недель 6 дней беременность прервана путем медицинского аборта. Произведен тщательный осмотр и изучение абортированных остатков, в ходе которого пренатальный диагноз ВПС был подтвержден, также был обнаружен тромб, который выполнял полость левого желудочка и устье аорты.

Следует отметить, что во всех случаях пренатальный диагноз ВПС у плода был установлен согласно эхографическим критериям, характерным для той или иной нозологической формы ВПС. В случаях пролонгирования беременности было осуществлено динамическое эхографическое наблюдение. При этом эхографическая картина ВПС практически не менялась за исключением только размеров изучаемого объекта.

Исходы беременности в случаях диагностированных нами ВПС у плодов с КГ шеи в 100% были неблагоприятными, в первую очередь, из-за сочетания с хромосомными и экстракардиальными аномалиями. Беременность при наличии КГ у плода была прервана по медицинским показаниям в 13—81,3% наблюдений в I триместре беременности. В двух наблюдениях (12,5%) беременность была завершена во II триместре и имела также неблагоприятный исход. В одном случае (6,2%) произошел самопроизвольный выкидыш в конце I триместра беременности. Патологоанатомическая верификация пренатального диагноза была осуществлена в большинстве наших наблюдений. У двух плодов пренатальный диагноз ВПС был верифицирован при патологоанатомическом исследовании во II триместре; в трех наблюдениях беременность была прервана по желанию пациентки в неспециализированном учреждении. В 11—68,8% случаев произведен осмотр и изучение анатомии сердца плода после прерывания беременности в I триместре с фиксацией препарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сравнительный анализ полученных нами результатов согласуется с ранее опубликованными данными и свидетельствует о высокой информативности трансвагинальной эхокардиографии в пренатальной диагностике различных нозологических форм ВПС у

плодов с КГ. Исследование сердца плода необходимо проводить во всех случаях обнаружения у него КГ шеи. Трансвагинальная эхокардиография, проведенная с целью пренатальной диагностики ВПС, является высокоинформативным экспертным методом, который должен применяться на уровне специализированных отделений. Особое значение в улучшении ранней пренатальной диагностики ВПС имеет использование для этой цели высокоразрешающих ультразвуковых приборов и новых технологий (специальных режимов 3—4D для исследования сердца плода) при проведении трансвагинальной эхокардиографии.

Важное значение имеет верификация ВПС у плода, выявленных в I триместре беременности. Эта задача может быть осуществлена при условии специализированного обучения региональных профильных специалистов и соответствующем оснащении. Таким образом, ультразвуковое исследование в I триместре бе-

реженности может быть успешно использовано не только для оценки эхографических маркеров хромосомной патологии и обнаружения грубых врожденных пороков развития плода, но и для осуществления ранней пренатальной диагностики ВПС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галкина О. Л. // Пренат. диагн. — 2003. — Т. 2, № 4. — С. 279—282.
2. Дженти Ф. и соавт. // Эхография в акушерстве и гинекологии (теория и практика). Часть I / Пер. с англ. — М.: Видар, 2005. — С. 423—444.
3. Медведев М. В. // Пренат. диагн. — 2002. — Т. 1, № 4. — С. 252—262.
4. Медведев М. В., Юдина Е. В. Дифференциальная пренатальная ультразвуковая диагностика. — М.: Реальное Время, 2004.
5. Медведев М. В. и др. Пренатальная эхография. — М.: Реальное время, 2005.

УДК 616.716.8-001-073.75

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

А. Ю. Васильев, Д. А. Лежнев

Московский государственный медико-стоматологический университет

В статье продемонстрировано, как использование комплекса современных высокоинформативных лучевых методов, включающего спиральную компьютерную томографию, цифровую рентгенографию и ультразвуковое исследование, существенно повышает информативность этапа лучевой диагностики, позволяет составить объективное представление о характере повреждений и на основании полученных данных определить адекватную тактику лечения травм челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: травма челюстно-лицевой области, лучевая диагностика, рентгенологическое исследование, спиральная компьютерная томография, ультразвуковое исследование.

COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF THE COMPREHENSIVE RADIOLOGY DIAGNOSTIC METHODS IN PATIENTS WITH MAXILLO-FACIAL INJURIES

A. Yu. Vasilyev, D. A. Lezhnev

The use of radiology in diagnostics of maxillo-facial injuries is high on the agenda of modern medicine. The application of a range of cutting-edge information-intensive techniques, including spiral computer tomography, digital radiography and ultrasound research, yields far more information at the stage of radiological diagnostics, provides an objective picture of the nature of injuries and, accordingly, makes it possible to choose the optimal treatment.

Key words: maxillo-facial injury, radiology, radiography, spiral computer tomography and ultrasound studies.

Повреждения челюстно-лицевой области (ЧЛО) по своей распространенности, потерям рабочего времени, материальным затратам, связанными с расходами на лечение и реабилитацию, представляют собой актуальную медицинскую и социальную проблему [1, 2]. В общей структуре травматизма повреждения данной зоны составляют около 40 % и имеют тенденцию к росту в среднем на 2 % в год, при этом преобладает контингент в период наибольшей трудоспособности [3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

С целью совершенствования лучевой диагностики травм ЧЛО проанализированы результаты обследования и лечения 309 пострадавших с повреждениями данной зоны.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Все больные были разделены на две группы: пострадавшие с изолированными повреждениями струк-

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕКЦИИ

Р. А. Хвастунов

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

А. Ю. Ненарокомов, А. Ю. Мудрый, А. И. Иванов.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПАЛЛИАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ
РАКА ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

С. С. Маскин, Я. В. Надельнюк, А. М. Карсанов
ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

А. Ю. Шиляев, А. И. Голубенко
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В. И. Петров, Б. Ю. Гумилевский, О. П. Гумилевская
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ
ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ

Е. В. Фомичев, А. Т. Яковлев, В. В. Подольский
ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ
НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А. А. Воробьев, С. В. Поройский, И. Н. Тюренок, А. В. Воронков, В. Б. Барканов, Б. Б. Полуосмак
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ
БРЮШИНЫ И ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ

П. А. Бакумов, Е. В. Богачева, Е. Н. Лихоносова
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПОКСАНТОВ В СОСТАВЕ
КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ
НАПРЯЖЕНИЯ

Н. В. Рогова
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ
ЭНДОРФИНЕРГИЧЕСКИХ СТРУКТУР МОЗГА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ ТИПА 2

О. Н. Родионова, Н. В. Трубина, Э. Ю. Реутова, Р. В. Видикер, А. Р. Бабаева, О. Е. Гальченко
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ
И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНОГО ТРАКТА

И. В. Ермилова
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОФИТОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН,
ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО
НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Е. А. Шевченко
ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПЛОДОВ С КИСТОЗНОЙ
ГИГРОМОЙ ШЕИ В 11 – 14 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Ю. Васильев, Д. А. Лезнев
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВЫХ
МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ

LECTURES

R. A. Khvastunov

3 PROSTATE CANCER 5

SURVEYS

A. Yu. Nenarokomov, A. Yu. Mudriy, A. I. Ivanov
MODERN ASPECTS OF PALLIATIVE TREATMENT
OF GASTRO-INTESTINAL CANCER 9

S. S. Maskin, Ya. V. Nadelnyuk, A. M. Karsanov
DIAGNOSTICS, STRATEGY AND SURGICAL TREATMENT
OF TUMORAL COLON OBSTRUCTION: THE PRESENT VIEW
ON THE PROBLEM 15

A. Yu. Shilyaev, A. I. Golubenko
MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT
OF LEYOMYOMA UTERI 22

ORIGINAL PAPERS

V. I. Petrov, B. Yu. Gumilevskiy, O. P. Gumilevskaya
IMMUNOLOGICAL MECHANISMS
OF A TRANSPLANTED KIDNEY CHRONIC
DYSFUNCTION DEVELOPMENT 26

Ye. V. Fomichev, A. T. Yacovlev, V. V. Podolsky
THE INFLUENCE OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION
ON IMMUNE STATUS INDICES IN PATIENTS WITH MANDIBULAR
FRACTURES 29

A. A. Vorobyev, S. V. Poroytsky, I. N. Tiurenkov, A. V. Voronkov, V. B. Barkanov, B. B. Poluosmak
POSTOPERATIVE FUNCTIONAL DYSREGULATION
OF THE PERITONEUM AND ITS MORPHOLOGIC SUBSTRATE 34

P. A. Bakumov, E. V. Bogacheva, E. N. Lihonosova
POTENTIALITIES OF ANTIHYPOXANTES
IN THERAPY OF STABLE ANGINA
PECTORIS 38

N. V. Rogova
PHARMACOECONOMIC EFFECTIVENESS
OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION
OF THE BRAIN ENDORPHYNERGIC STRUCTURES
(TES-THERAPY) IN A COMPLEX TREATMENT
OF PATIENTS WITH TYPE II DIABETES 41

O. N. Rodionova, N. V. Trubina, E. Yu. Reutova, R. V. Vidiker, A. R. Babaeva, O. E. Galchenko
CLINICAL SIGNIFICANCE OF EVALUATION
OF NEUROMEDIATORS AND CYTOKINES
IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL
GASTROINTESTINAL DISORDERS 44

I. V. Ermilova
EFFECT OF CHOPHYTOL ADDITION
TO BASIC THERAPY OF FETOPLACENTAL
FAILURE IN PREGNANT WOMEN LIVING
AT ECOLOGICALLY UNFAVOURABLE REGIONS 47

E. A. Shevchenko
ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF INBORN HEART DISEASES OF
FOETUS WITH CHROMOSOME ANOMALY IN THE FIRST TERM OF
PREGNANCY 50

A. Yu. Vasilyev, D. A. Lezhnev
COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS
OF THE COMPREHENSIVE RADIOLOGY DIAGNOSTIC
METHODS IN PATIENTS WITH MAXILLO-FACIAL INJURIES 53