АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научнопреподавательского состава на <u>www.avicenna-idp.ru</u>

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон" www.idpluton.ru



KEMEPOBO 2019

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

01 июля 2019 г. ISSN 2500-378X Кемерово

УДК 378.001

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировнадоцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницына Евгения Александровна - ассистент федры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «**Авиценна**», входящий в состав <u>«**Издательского дома «Плутон»**</u>, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 01.07.2019 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1.	АБОРТ. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЕГО ВЛИЯНИЕ4
	Джуразода Д.
2.	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ХИМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОЧИСТКИ ВОД ОТ ТЯЖЕЛЫХ
	МЕТАЛЛОВ КАК ОСНОВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖИВЫХ
	СИСТЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ6
	Жаринова Е.Ю., Барышева Е.С.
3.	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАЗОГРЕТОЙ И ХОЛОДНОЙ
	ГУТТАПЕРЧЕЙ8
	Кулумбегова И.Р., Кулумбегов Г.Р., Моргоева З.З.
4.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ
	ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА
	Кулумбегова Г.Р., Кулумбегов И.Р.
5.	ГИСТОФИЗИОЛОГИЯ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ
	ОНТОГЕНЕЗА В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019 г13
	Храмнов Л.А., Лраговоз И.С., Тимофеенко Е.А., Борисова К.Н.

Джуразода Дилшод

студент лечебного факультета, кафедра акушерство и гинекологии с курсом ДПО, Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Djurazoda Dilshod

student of the medical faculty, Altai State Medical University, Barnaul

УДК 618.39

АБОРТ. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЕГО ВЛИЯНИЕ.

ABORTION, FURTHER HIS INFLUENCE.

Аннотация: В статье рассматривается связь между абортом и аномальном расположением плаценты. Исследование проходило в Алтайском клиническом перинатальном центре «ДАР».

Abstract: The article deals with the relationship between abortion and abnormal placental position. The study was conducted in "Altai clinical perinatal center DAR".

Ключевые слова: Аборт, аномальные расположение плаценты.

Key words: Abortion, abnormal location of the placenta.

Кровотечение, как причина материнской смертности по данным ВОЗ занимает лидирующее место и уступает только экстрагенитальным заболеваниям.



Аномальное расположение плаценты встречается 1 на 200 случаев. 20% кровотечений в 3-триместре беременности вызвано аномальным расположением плаценты.

Были проанализированы 20 беременных с аномальным расположением плаценты:

выли проапализированы 20 осременных с аномальным расположением плаценты.				
$\mathcal{N}_{\underline{0}}$	Аборты в	Рубцы на матке	Воспалительные	Возраст
	анамнезе		изменения	
			эндометрия	
1	+	+	+	30 лет
2	++++	-	+	30 лет
3	-	+	-	30 лет
4	++	-	-	31 года
5	-	++	+	31 года
6	+	-	-	32 года
7	++	-	-	32 года
8	-	-	-	32 года
9	++	-	-	33 года

wwww.avicenna-idp.ru

10	_	+	-	33 года
11	++	-	+	34 года
12	+	+	-	34 года
13	+	-	-	35 лет
14	++	-	-	35 лет
15	-	+	-	35 лет
16	++	-	-	35 лет
17	+	-	+	36 лет
18	-	+	-	37 лет
19	++	+	-	38 лет
20	++	-	-	40 лет

^{*}один плюс равно одному

В ходе исследования был обнаружен интересный факт, возраст всех 20 беременных с аномалием расположения плаценты было \geq 30.

У 70% исследуемых в анамнезе был аборт, из этих 70 %, 28,5 % было воспалительные изменения эндометрия имел рубцы на матке после кесарево сечения.

У 60% беременность протекала с центральным(полным) предлежанием плаценты.

Полное предлежание плаценты - патологическое состояние при беременности, при котором плацента полностью прикрывает внутренний зев.

У 20% беременность протекала с неполным предлежанием плаценты.

Неполное предлежание плаценты - патологическое состояние при беременности, которое характеризуется частичным прикрыванием плаценты внутреннего зева.

У 10% было низко расположенное плацента.

Низко расположенная плацента - патологическое состояние при беременности, которое характеризуется расположение плаценты менее 5 см от внутреннего зева.

У 20% беременность с полным передлежанием плаценты протекало с задержкой внутриутробного развития плода. Так как, нижний сегмент матки не так обильно кровоснабжается как верхний.

У двоих вращение плаценты placenta increta и placenta percreta.

Placenta increta-осложнение беременности, характеризующееся врастанием ворсин хориона в миометрий. Это ведет к плотному прикреплению плаценты и нарушению нормального отделения плаценты.

Placenta percreta-осложнение беременности, характеризующееся врастанием ворсин хориона через все стенки матки, вплоть до соседних органов(мочевой пузырь, прямая кишка и др.).

Плацента лишена способности к растяжению с ростом и развитием плода матка растягивается, что может привести к преждевременной отслойке плаценты.

Заключение.

После аборта путем выскабливания, эндометрий никогда не восстанавливает первоначальную структуру и функциональную способность.

По статистике большинство абортов проводятся при нежелательной беременности, зная это мы должны усилить профилактические меры.

Библиографический список:

- 1) Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. Гриф УМО по медицинскому образованию, Апресян С.В., Радзинский В.Е. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
- 2) Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах. ДеЧерни А.Х., Натан Л. 2009 г. Издательство: МЕДпресс-информ
- 3) Акушерство. Национальное руководство. Гриф УМО по медицинскому образованию. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
 - 4) http://bigmed.info/index.php/PLACENTAL_PRESENTATION

Жаринова Елена Юрьевна Zharinova Elena Yurievna,

Студент Оренбургского Государственного Университета (ОГУ), химикобиологического факультета, кафедры биохимии и микробиологии.

Барышева Елена Сергеевна Barysheva Elena Sergeevna

Д-р мед. наук, доцент, заведующая кафедрой биохимии и микробиологии в Оренбургской Государственном Университете (ОГУ).

УДК 615

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ХИМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОЧИСТКИ ВОД ОТ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ КАК ОСНОВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖИВЫХ СИСТЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

THE USE OF MODERN CHEMICAL METHODS OF WATER PURIFICATION FROM HEAVY METALS AS A MAJOR COMPONENT OF PRESERVING THE LIFE OF LIVING SYSTEMS IN THE EXPERIMENT

Аннотация: Проведено исследование влияния эссенциальных, условно-эссенциальных и токсикологических микроэлементов на организм аквариумной рыбки — Puntius tetrazona и предложены методы очитки воды от данных тяжелых металлов.

Annotation: The study of the effect of essential, conditionally essential and Toxicological trace elements on the body of aquarium fish – Puntius tetrazona is Carried out and the methods of water purification from these heavy metals are proposed.

Ключевые слова: эссенциальные, условно-эссенциальные, токсикологические микроэлементы, Puntius tetrazona.

Keywords: essential, conditionally essential, Toxicological trace elements, Puntius tetrazona.

На сегодняшний момент большое внимание уделяется проблеме загрязнения водоемов, гибели чувствительных гидробионтов, нарушению водной экосистемы и последующее ограничение реакционного и хозяйственного использования водоемов. В зависимости от занимаемой экологической ниши по особенностям накопления и распределения тяжелых металлов в тканях и органах рыб можно провести отметку и прогнозирование последствий загрязнения водных сред обитания тяжелыми металлами [1,2].

Актуальностью работы является изучить влияние тяжелых металлов на организм гидробионтов для сохранения жизнедеятельности живых систем в определенных условиях среды обитания..

Для изучения влияния экзогенных тяжелых металлов на развитие и метаболизма у аквариумной рыбки — Суматранский барбус (от лат. *Puntius tetrazona*) проводились исследования в независимой лаборатории государственной аккредитации Оренбургской области. В эксперименте участвовало 40 рыб (масса одной рыбы составила 4.9 ± 0.1 г, в возрасте 8 месяцев), сформированные в 4 группы: 3 опытных и 1 контрольная по 10 рыб в каждой группе. Каждая опытная группа содержалась в разных условиях обитания: 1 опытная группа — содержание общего железа 1.5 мг/л и кобальта — 0.0075 мг/л; 2 опытная группа — содержание никеля — 0.75 мг/л и олова 0.5 мг/л; 3 опытная группа — содержание кадмия 0.003 мг/л и бериллия — 0.0004 мг/л.

Исследования включали в себя два этапа. Первый этап — подготовительный, продолжительностью 30 суток. Вся рыба находилась в одинаковых условиях. На втором этапе, продолжительностью 60 суток, был проведен эксперимент и обработка данных. В ходе всего эксперимента (90 суток) для контрольной и опытных групп соблюдался одинаковый оптимальный температурный режим и условия питания.

Заключение:

По результатам эксперимента контрольная группа проявляла положительную динамику по приросту живой массы тела. Результаты опытных групп показывают об угнетении организмов – их показания на 90 сутки эксперимента находятся значительно ниже контрольной группы: первая и третья опытные группы проявляют нехватку живой массы тела на 10 % и 35 %. При рассмотрении линейных показателей была замечена геометрическая прогрессия роста контрольной группы. На

wwww.avicenna-idp.ru

фоне тяжелых металлов все три опытные группы проявляют снижение своих показателей. На 90 сутки исследования у первой и третьей опытных групп замечено снижение показателей на 20 % от физиологической нормы.

Тяжелые металлы распределились в организме неравномерно и в зависимости от свойств элемента и функциональных особенностей тканей. По установленным коэффициентам биологического поглощения и накопления тяжелых металлов из водной среды можно сделать вывод о их порядке накопления в тканях и органах рыб (семейства карповых): в сердце металлы накапливаются: бериллий, кобальт, никель, олово, кадмий, железо; в почках металлы накапливаются: олово, никель, кадмий, железо, бериллий, кобальт; в печени металлы накапливаются: олово, никель, кобальт, бериллий, железо, кадмий; в мышцах металлы накапливаются: железо, олово, бериллий, кобальт, кадмий, никель; в жабрах металлы накапливаются: никель, олово, железо, бериллий, кобальт, кадмий; в чешуе металлы накапливаются: олово, никель, железо, кобальт, бериллий, кадмий; в гонадах металлы накапливаются: кобальт, бериллий, олово, никель, железо, кадмий.

В ходе полученных результатов отмечается максимальное содержание железа в органах, контактирующих с внешней средой (чешуя, жабры) и отражают уровень содержания ионов железа в водной среде. При избыточном содержании в водной среде обитания железа (более 1,5 мг/л) происходит угнетение работы сердечнососудистой системы и заболевания костной ткани. Концентрация кадмия 0,0075 мг/л является избыточной для содержания объекта исследования. Можно сделать вывод, что в условиях эксперимента были созданы условии недопустимые для жизни рыб и являются губительными.

Условия эксперимента показали, что концентрация никеля 0,75 мг/л в водной среде обитания рыб не является губительной, однако возможны осложнения в виде почечной недостаточности и заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Концентрация олова в эксперименте показала, что не является губительной, однако на 90 сутки эксперимента происходит нарушение работы желудочно-кишечного тракта, замедление рост и масса рыб (на 4 неделю эксперимента). Это происходит в результате подавления флавиновых ферментов, которые в свое очередь отвечают за рост и развитие [3].

После проведенного эксперимента с содержанием кадмия, установленного опытным путем, можно сделать вывод о том, что данную планку «порога чувствительности» рыб можно опустить до $0.03~\rm Mг/л$ кадмия. Патогистологический анализ внутренних органов подопытных рыб показал, что хроническое токсическое воздействие тяжелых металлов в течение первого месяца вызывало сначала адаптивные реакции. При дальнейшем действии токсикантов происходили патологические процессы и остановка роста и развития. В ходе эксперимента объекты исследования третьей опытной группы содержались в воде с содержанием в ней бериллия $0.0004~\rm Mr/л$. Установлено, что при таких значениях нарушается работа сердечнососудистой системы. Комплексные токсикологические исследования показали, что тяжелые металлы могут оказывать угнетающее воздействие на организм рыб, при высоких концентрациях — достигать летального исхода [1-3].

Библиографический список:

- 1. Аринжанов, А. Е. Изучение включения в комбикорма для карпа наночастиц железа и кобальта // Технологии и оборудование химической, биотехнологической и пищевой промышленности : материалы VII Всерос. науч.-практ. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых с междунар. участием 21-23 мая 2014 г., Бийск / М-во образования и науки Рос. Федерации, Федер. гос. бюджет. образоват. учреждение высш. проф. образования "Алтайский гос. технич. ун-т им И. И. Ползунова". Барнаул : Алт Γ ТУ, 2014. С. 241-244.
- 2. Мирошникова, Е. П. Тяжелые металлы в воде и донных отложениях Ириклинского водохранилища / Мирошникова Е. П., Аринжанов А. Е. // Вестник Оренбургского государственного университета, 2016. N = 6 (194). C. 70 73.
- 3. Рамамурти, С. Тяжелые металлы в природных водах / С. Рамамурти. Москва : Мир, 1987. 286 с.

Кулумбегова Илана Роландовна

студентка 4 курса стоматологического факультета

Кулумбегов Георгий Роландович

студент 5 курса лечебного факультета

Kulumbegova Ilana Rolandovna4th-year student dental faculty **Kulumbegov George Rolandovich**5th-year student medical faculty

Моргоева Зарина Зейналовна Morgoeva Zarina Zeynalovna

к.м.н., ассистент кафедры стоматологии № 3 Северо-Осетинская государственная медицинская академия

УДК 616.31

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАЗОГРЕТОЙ И ХОЛОДНОЙ ГУТТАПЕРЧЕЙ

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ROOT CANAL FILLING OF HEATED AND COLD GUTTA-PERCHA

Аннотация: Современная стоматология изобилует различными материалами и методами пломбирования корневых каналов. Среди такого большого разнообразия порой трудно определиться с правильной и более эффективной методикой обтурации канала. В статье описаны два наиболее современных и популярных метода пломбирования каналов: метод латеральной конденсации холодной гуттаперчей и метод вертикальной конденсации разогретой гуттаперчей. В обзоре рассматриваются как положительные, так и отрицательные стороны этих методик. Выбор правильной методики все же остается в компетенции врача.

Abstract: Modern dentistry is replete with various materials and methods of root canal filling. Among such a large variety, it is sometimes difficult to determine the correct and more effective method of channel obturation. The article describes two most modern and popular methods of canal filling: the method of lateral condensation of cold gutta-percha and the method of vertical condensation of heated-up gutta-percha. The review examines both the positive and negative sides of these techniques. The choice of the correct method still remains within the competence of the doctor.

Ключевые слова: латеральная конденсация, вертикальная конденсация.

Keywords: lateral condensation, vertical condensation.

Введение. Качественное эндодонтическое лечение является одним из самых важных этапов при лечении пульпитов и периодонтитов. Большое значение имеет не только медикаментозная и механическая обработка, но и качественная обтурация корневых каналов. Целью обтурации корневых каналов постоянных зубов, согласно основным показателям качества Европейского эндодонтического общества (ESE), является предотвращение проникновения микроорганизмов и жидкостей в корневой канал, пломбирование всей системы каналов[3,77]. При этом необходима обтурация не только области выхода в периодонт, но также дентинных канальцев и дополнительные каналов.

В настоящее время большинство стоматологов мира пришли к выводу, что наиболее эффективным материалом для обтурации корневых каналов является гуттаперча, которая является твердым и эластичным материалом, продуктом коагуляции латекса гуттаперченосных тропических растений. Она индифферентна и не раздражает ткани, не вызывает аллергии, устойчива и не разрушается, не рассасывается в корневом канале. Кроме того, гуттаперчевые штифты являются рентгеноконтрастными, и прекрасно видны на снимках, что немаловажно для контроля качества пломбирования каналов[1,113].

Существует две модификации гуттаперчи: α-гуттаперча, обеспечивающая в разогретом состоянии равномерное заполнение корневых каналов, и β-гуттаперча, обладающая большей твердостью и имеющий более высокую температуру размягчения. Для производства гуттаперчевых штифтов обычно используется β-гуттаперча, однако в последнее время все более популярной

www.avicenna-idp.ru

становится более пластичная α-гуттаперча (ее применяют в методиках, подразумевающих работу с термопластифицированной гуттаперчей). Сама гуттаперча не обладает текучестью и адгезивностью, которая позволила бы ей гарантированно запечатать корневой канал. Для этой цели применяются специальные пастообразные материалы — силеры. Причём внутриканальные силеры должны обеспечивать долговременную герметичность корневого канала, препятствовать как выходу резидуальной микрофлоры из дентинных канальцев в периодонт, так и заносу микрофлоры в канал через апикальную или устьевую часть канала.

Основной раздел. В зависимости от температуры используемой гуттаперчи выделяют следующие методы обтурации каналов: метод латеральной конденсации, с использованием холодной гуттаперчи, и метод вертикальной конденсации, с использованием разогретой гуттаперчи.

Метод латеральной конденсации предполагает введение в канал гуттаперчевых штифтов с силером без предварительного нагревания. Данный метод является менее трудоемким и простым для врача. Преимуществом метода латеральной конденсации является невозможность выведения материала в периапикальные ткани, а так же низкая частота постпломбировочных переломов корня. Однако при этом холодная гуттаперча не может обеспечить трехмерное заполнение канала, так как не проникает в латеральные и дельтовидные каналы, создаются условия для размножения микроорганизмов, что является значительным недостатком данного метода, а так же не обеспечивает равномерной обтурации корня.

Метод вертикальной конденсации подразумевает уплотнение гуттаперчевых штифтов с помощью разогретого плаггера. Данный метод является более сложным, так как очень важна правильная техника выполнения данного вида пломбирования, из-за высокого риска развития осложнений. Наиболее частным осложнением при применении данной методики является выведение гуттаперчи за апикальную часть корня. Так же при несоблюдении температурного режима возможен ожог периапикальных тканей зуба. Однако при соблюдении всех требований к пломбированию, данный метод обеспечивает равномерную обтурацию корневого канала с заполнением латеральных и дельтовидных каналов, что снижает риск развития вторичной инфекции вследствие размножения микроорганизмов в боковых каналах. Риск развития вертикальных переломов сводится к минимуму при использовании данной методики[2,25].

Качество проведенного эндодонтического лечения оценивается с помощью рентгенологического исследования. При любом методе эндодонтического лечения важно соблюдать критерии качественной обтурации: 1. канал должен быть запломбирован на всю длину, не выходя за апикальное отверстие, 2.пломбировочный материал должен равномерно заполнять канал, 3. избегать излишнего давления на стенки канала во избежание вертикальных переломов.

Заключение. Выбор метода пломбирования остается за врачом, однако использование любой методики требует высокого профессионализма и дальновидности врача. По нашему мнению наиболее надежным является метод вертикальной конденсации, и в мире современной стоматологии врачам необходимо владеть данной методикой.

Библиографический список.

- 1. Бекмурадов Б.А., Джураева Ш.Ф. Современные материалы и методы обтурации системы корневых каналов зубов // Вестник Авиценны.-2013.-№ 3.- С. 111-116.
- 2. Глухова В.М., Маневич Р.Т., Жданов Е.В. Вертикальная конденсация термопластифицированной гуттаперчи (ВКТГ) как наиболее оптимальный метод достижения трехмерного пломбирования системы корневых каналов // Эндодонтия today.-2003.-№3.- С. 22-27.
- 3. Проскурякова Е.А., Бурда Г. К., Шухорова Ю.А. Сравнительный анализ методов обтурации корневых каналов // Управление качеством медицинской помощи.-2014.-№2.-С.76-83.

Кулумбегов Георгий Роландович

студент 5 курса, кафедра хирургических болезней № 1

Кулумбегова Илана Роландовна

студентка 4 курса, кафедра хирургических болезней № 1 Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Kulumbegov George Rolandovich

5th-year student, department of surgical diseases № 1

Kulumbegova Ilana Rolandovna

 4^{th} -year student, department of surgical diseases N_{2} 1

УДК 616.36-008.5

311)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

COMPARATIVE EVALUATION OF METHODS OF INSTRUMENTAL DIAGNOSIS OF NON-MALIGNANT OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Аннотация. В статье представлена сравнительная характеристика инструментальных методов диагностики, применяемых для уточнения диагноза механической желтухи, определения уровня блока, а также оценки тяжести состояния пациента. Клинико-лабораторные данные позволяют поставить диагноз в 70-75% случаев, при дополнении их инструментальными методами доля возрастает до 99-100%, что является несомненным достоинством инструментальной диагностики. Некоторые методы наряду с диагностической целью преследуют и лечебную, это относится, в частности, к эндоскопическим способам, которые на сегодняшний день являются методами выбора у пациентов с механической желтухой.

Abstract. The article presents a comparative characteristics of instrumental diagnostic methods used to clarify the diagnosis of obstructive jaundice, determine the level of the block, as well as assess the severity of the patient's condition. Clinical and laboratory data allow to diagnose in 70-75% of cases, with the addition of their instrumental methods the piece increases to 99-100%, which is the undoubted advantage of instrumental diagnosis. Some methods suppose therapeutic purposes as well as diagnostic, and this applies in particular to endoscopic methods, which are today the methods of choice in patients with obstructive jaundice.

Ключевые слова: механическая желтуха, ЖКБ, ЭРХПГ, инструментальная диагностика.

Keywords: obstructive jaundice, gall stones, instrumental diagnostics.

Введение. Подпеченочная желтуха развивается в результате блока оттока желчи на различных уровнях желчевыводящих путей. Подпеченочная желтуха доброкачественной природы наиболее часто бывает обусловлена холедохолитиазом (Таблица 1). У пациентов с механической желтухой важнейшее значение играет предоперационная оценка состояния, позволяющая в значительной степени оптимизировать процесс лечения и способствующая благоприятному исходу [1, 272]. Патогенетическими звеньями выступают гипертензия во внутрипеченочных желчевыводящих путях, повреждение стенок желчных капилляров и последующее накопление солей желчных кислот в крови, оказывающих системное токсическое действие. Патофизиологические процессы, обусловленные задержкой пассажа желчи, проявляются в виде коагулопатий, печеночнопочечного синдрома, инфекционных, сердечно-сосудистых и других осложнений.

Таблица 1. Этиологические факторы механической желтухи неопухолевой природы (N-

№	Причина механической желтухи	Абс. значение	Относ. значение
1.	ЖКБ, холецистолитиаз, холедохолитиаз, желчный сладж	179	57,6%
2.	ПХЭС, холедохолитиаз	56	18,0%
3.	Острый и хронический панкреатит	41	13,2%
4.	Стриктуры холедоха	14	4,5%
5.	Рубцовые стриктуры после оперативных вмешательств	12	3,9%

www.avicenna-idp.ru

6.	Паразиты (круглые и ленточные черви, сосальщики)	4	1,3%
7.	Врожденные пороки (кисты, атрезии)	3	1,0%
8.	другие причины	2	менее 1%

Более, чем в 2/3 случаях достоверный диагноз ставится на основании клинико-лабораторных данных. Клинически — болевой синдром, синдром холемии, ахолии, эндотоксемии, печеночно-почечный синдром и острая дыхательная недостаточность, развивающаяся как следствие воздействия желчных кислот на свойства легочного сурфактанта.

Высокоинформативными лабораторными исследованиями по-прежнему остаются биохимический анализ крови и клинический анализ мочи. В крови наблюдается повышение общего билирубина преимущественно за счет фракции конъюгированного, повышение общего холестерина, активности трансаминаз и щелочной фосфатазы (цитолиз). Наличие большого количества желчных пигментов в моче (билирубинурии) приводит к ее потемнению, так называемая моча «цвета пива». При этом наблюдается отсутствие уробилиногена в моче и кале.

Главной задачей большинства инструментальных методов является определение причины обструкции желчевыводящих путей. К первой линии диагностических процедур относят преимущественно неинвазивные: трансабдоминальное ультразвуковое исследование, MPхолангиопанкреатография, KT, MPT, фиброэзофагогастродуоденоскопия. Вторая линия диагностических мероприятий представлена методиками, преследующими помимо диагностической еще и лечебную цель – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспеченочная холангиография с последующей холангиостомией (Таблица 2).

Таблица 2. Основные методы инструментальной диагностики механической желтухи первой и второй линий

он и	ои и второи линии			
	Первая линия	Вторая линия		
1.	Трансабдоминальное УЗИ	1. Эндоскопическая ультрасонография		
2.	МР-холангиопанкреатография	(эндосонография)		
3.	KT	2. Эндоскопическая ретроградная		
4.	Фиброэзофагогастродуоденоскопия	холангиопанкреатография		
		3. Чрескожная чреспеченочная		
		холангиография		
		4. Фистулохолецистохолангиография		
		5. Диагностическая лапароскопия		

УЗ-критериями механической желтухи являются холедохэктазии свыше 8 мм, расширение внутрипеченочных желчных протоков, увеличение желчного пузыря, визуализация конкрементов в пузыре и протоках, неоднородное содержимое пузыря, а также изменения со стороны соседних органов, в частности, поджелудочной железы [2, 67]. Метод прост, достаточно специфичен, а самое главное — неинвазивен и не влечет за собой осложнений, вследствие чего может быть использован при любой степени тяжести пациента, а также у беременных. Вкупе с биохимическими тестами УЗИ является относительно дешевым методом диагностики.

Не менее информативными являются томографические исследованиия, имеющие высокую разрешающую способность. По сравнению с УЗ-методом, диагностике не препятствуют ожирение, метеоризм или асцит у пациента. Диагностические возможности определяются количеством срезов, которые может производить аппарат. Метод спиральной КТ неэффективен в отношении диагностики холедохолитиаза, вызванного пигментными и холестериновыми конкрементами. Помимо этого, СКТ влечет высокую лучевую нагрузку, в отличие от магнитно-резонансной томографии. Последняя противопоказана при наличии в организме пациента металлических материалов, в частности элементов электрокардиостимулятора. Магнитно-резонансная томография желчных путей также может выполняться безопасно, имеет высокую чувствительность и специфичность.

Вторая линия диагностики включает, в первую очередь, ЭРХПГ и ЧЧХГ как наиболее информативные методы, позволяющие точно установить уровень блока желчевыводящих путей. Эндоскопические методики одновременно выступают в качестве окончательного метода лечения либо как подготовительный этап к радикальной операции. Эффективность достигает 97%. Однако, ЭРХПГ может сопровождаться осложнениями (6,3%) в виде ЭРХПГ-индуцированного панкреатита, кровотечений из папиллотомной раны, ретродуоденальной перфорации, холангита. Применение

www.avicenna-idp.ru

ЭРХПГ ограничено при остром панкреатите, остром инфаркте миокарда, инсульте, сердечной недостаточности, а также при непереносимости препаратов йода.

Заключение. Выбор способа инструментальной диагностики определяется наличием сопутствующих заболеваний у пациента, тяжестью состояния, а также технической оснащенностью стационара. Первая диагностическая линия позволяет с вероятностью 90-95% точно установить диагноз и приступить к лечению, а применение методов второй линии увеличивает чувствительность и специфичность диагностики до 99-100%. Тем не менее, определяющими в диагностике и лечении на сегодняшний день являются эндоскопические методы, в частности, ЭРХПГ как метод выбора.

Библиографический список.

- 1. Габриэль С.А., Дынько В.Ю., Гутчель А.Я. и др. Эндоскопия в диагностике и лечении механической желтухи доброкачественного генеза // Фундаментальные исследования. Пенза, 2011. № 11-2. С 272-276.
- 2. Данилина Е.П., Здзитовецкий Д.Э. и др. Значимость ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике механической желтухи // Сибирское медицинское обозрение. Красноярск, 2015. № 3(93). С. 66-69.
- 3. Fang Y., Gurusamy KS, Wang Q. etc. Pre-operative biliary drainage for obstructive jaundice // The Cochrane database of systematic reviews. 2012. № 9.
- 4. Gordillo H.A., Nogales M.Á., Oliva M.F. Unusual presentation of obstructive jaundice // Revista espanola de enfermedades digestivas. № 109(3). P. 238-239.
- 5. Wakui N., Takeda Y., Nishinakagawa S. etc. Effect of obstructive jaundice on hepatic hemodynamics: use of Sonazoid-enhanced ultrasonography in a prospective study of the blood flow balance between the hepatic portal vein and hepatic artery // Journal of medical ultrasonics. № 42 (4). P. 513-520.
- 6. Wang L., Yu WF Obstructive jaundice and perioperative management // Acta Anaesthesiol Taiwan. № 52 (1). P. 22-29.

Храмцов Даниил Андреевич Chramtsov Daniil Andreevich

студент 2 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: bkp_99@bk.ru

Драговоз Иван Сергеевич Dragovoz Ivan Sergeevich

студент 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Тимофеенко Евгений Алексеевич Timofeyenko Evgeny Alekseevich

студент 2 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

Борисова Ксения Николаевна Borisova Ksenia Nikolaevna

студентка 3 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск.

УДК 61.612.1.116

ГИСТОФИЗИОЛОГИЯ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ОНТОГЕНЕЗА В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019 г.

HISTOPHYSIOLOGY OF FORMED ELEMENTS OF BLOOD IN DIFFERENT PERIODS OF ONTOGENESIS IN THE TULA AREA IN 2019

Аннотация. В данной статье отображены результаты проведения исследования крови после клинического анализа у детей в возрасте от рождения до 17 лет. В результате исследования было выявлено, какие составляющие крови изменяются при росте организма, половом созревании, а какие изменяются незначительно.

Abstract. This article displays the results of blood tests after clinical analysis in children from birth to 17 years. As a result of the study, it was revealed which components of the blood change with the growth of the body, puberty, and which change only slightly.

Ключевые слова: Форменные элементы крови, население, Тульская область, изменение, дети, график.

Key words: Formed elements of blood, population, Tula region, change, children, schedule.

Введение: Форменные элементы крови образуются в красном костном мозге. Все они являются потомками фибробластов, но при этом они выполняют различные специфические функции, также обладают и общими свойствами. Независимо от специфики, все форменные элементы крови выполняют транспортные, регуляторные и защитные функции, играя важную роль в нормальном функционировании организма[1].

Общий клинический анализ крови: самый распространенный метод в современной медицине. Он включает в себя подсчет количества гемоглобина; числа красных кровяных клеток (эритроцитов); белых кровяных клеток (лейкоцитов); лейкоцитарной формулы (подсчитывается каждый вид лейкоцитов); кровяных пластинок (тромбоцитов); определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и т.д. [2]. Изменения, происходящие в периферической крови, неспецифичны, но в то же время отражают изменения, происходящие в целом организме. Анализ имеет большое значение в диагностике гематологических, инфекционных, воспалительных заболеваний, а также для оценки тяжести состояния и эффективности проводимой терапии. Однако изменения лейкоцитарной формулы не являются специфичными — они могут иметь сходный характер при разных заболеваниях или, напротив, могут встречаться при росте организма.

Цель исследования: изучение результатов анализа крови у детей Поликлиники №1 ГКБ №2 г. Тулы имени Е.Г Лазарева в 2019 г.

Материалы: отчеты больницы, медицинские карты детского населения, материалы Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение в России».

Методы исследования: анкетирование, статистический метод.

Результаты исследования: Гематология — это раздел медицины, изучающий морфологию, гистофизиологию крови, а также ее кроветворную функцию. Она подразумевает под собой диагностику и лечение заболеваний крови и ее компонентов. Предметом изучения этой науки также является состав клеток и сыворотки крови, механизм свертывания крови, формирование кровяных клеток, синтез гемоглобина и все связанные с этим нарушения[1]. Гематология изучает эритроциты, лейкоциты и тромбоциты, их относительное содержание в крови, общее состояние клеток, а также заболевания, вызываемые дисбалансом между компонентами крови. Эритроциты выполняют несколько важных функций, но их главная роль заключается в транспортировке кислорода и углекислого газа[3]. Лейкоциты являются неотъемлемой частью иммунной системы организма, в то время как тромбоциты играют важнейшую роль в процессе свертывания крови. Все клетки необходимы, но они должны присутствовать в крови в правильных соотношениях, в противном случае система даст сбой[2].

Нами были проведены исследования анализов крови нескольких возрастных групп детей: дети до года; дети в возрасте от 1 до 3 лет; мальчики в возрасте от 8 до 12 лет и от 13 до 16 лет; девочки в возрасте от 8 до 11 лет и от 12 до 15 лет. Исходя из проведенного исследования, показатели были отражены графически:

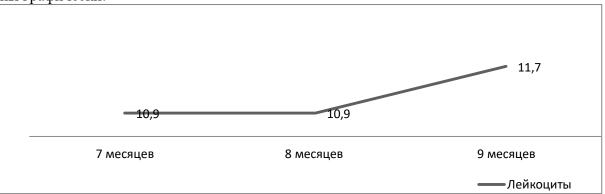


Рисунок 1. Количество лейкоцитов (на 10 в 9 степени/Л) у здоровых детей в возрасте до года. Исходя из графика, можно сделать вывод, что количество лейкоцитов у здоровых детей в Тульской области увеличивается с возрастом.

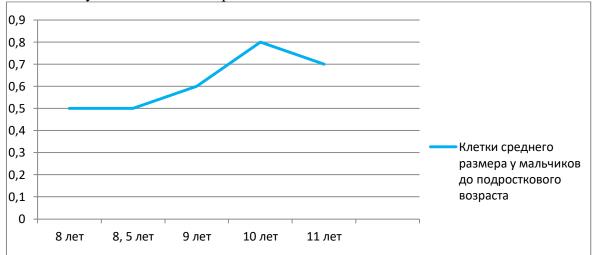


Рисунок 2. Количество средних клеток у мальчиков 8-11 лет (на 10 в 9 степени/Л).

Исходя из графика, можно сделать вывод, что у здоровых детей мужского пола в возрасте от 8 до 11 лет количество клеток среднего размера увеличивается с возрастом, достигнув своего пика в возрасте 10 лет, и затем резко снижается.

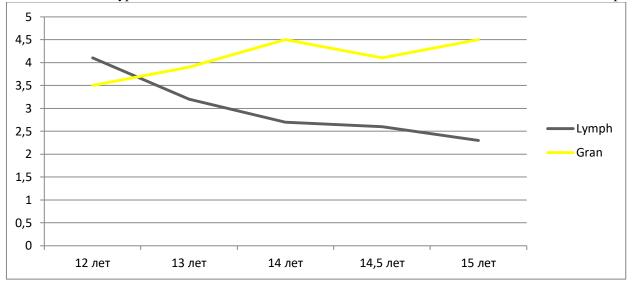


Рисунок 3. Количество лейкоцитов(Lymph) и гранулоцитов (Gran) у здоровых девочек в возрасте от 12 до 15 лет):

Исходя из графика, можно сделать вывод, что количество гранулоцитов у здоровых девочек в возрасте от 12 до 15 лет возрастает, а количество лимфоцитов — падает. Это, вероятно, связано с возрастными особенностями организма.

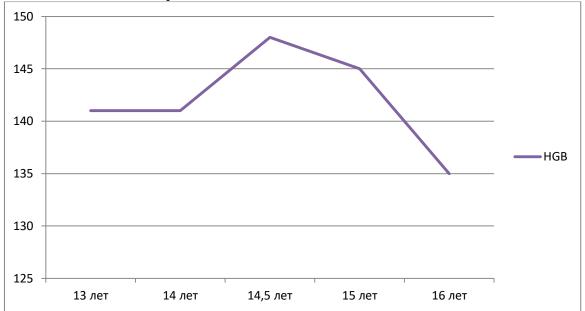


Рисунок 4. Концентрация гемоглобина(HGB) у здоровых мальчиков в возрасте от 14 до 16 лет

Исходя из графика, можно сделать вывод, что концентрация гемоглобина у здоровых мальчиков в возрасте от 14 до 16 лет возрастает до определенного момента в период полового созревания, и с 15 лет начинает стремительно снижаться. Скорее всего, до определенного момента.

лет.

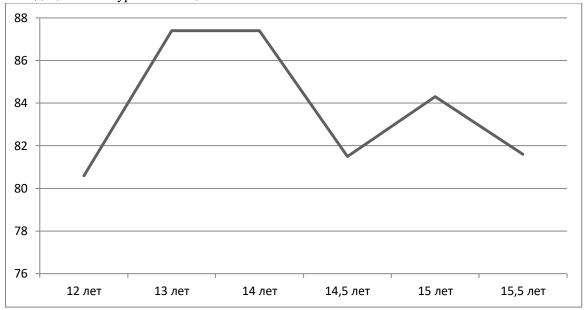


Рисунок 5. Средний объем эритроцитов в литре у здоровых девочек в возрасте от 12 до 15

Исходя из графика, средний объем эритроцитов у здоровых девочек в возрасте от 12 до 15 лет не является постоянной величиной, и выявить какие-то закономерности сложно. В период с 12 до 13 лет наблюдается резкий скачок, что может быть обусловлено возникновением менструального цикла. Затем наблюдается снижение показателя, после — его незначительный прирост, и снова снижение.

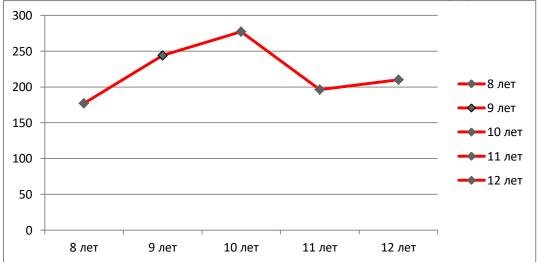


Рисунок 6. Количество тромбоцитов (на 10 в 9 степени/л) у здоровых девочек в возрасте от 8 до 11 лет.

Исходя из графика, в количестве тромбоцитов (на 10 в 9 степени/л) у здоровых девочек в возрасте от 8 до 11 лет не наблюдается значительных изменений или колебаний.

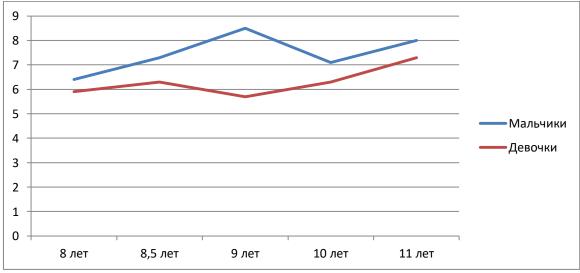


Рисунок 7. Количество лимфоцитов у мальчиков и девочек в возрасте 8-11 лет (на 10 в 9

Исходя из графика, можно сделать вывод, что у мальчиков в возрасте от 8 до 11 лет количество лимфоцитов выше, нежели у девочек того же возраста. Стоит отметить, что в возрасте 9 лет наблюдается наибольшая разница в количестве. Возможно, это связано с тем, что у девочек переходный возраст может наступить уже в этот период, в то время как у мальчиков это маловероятно.

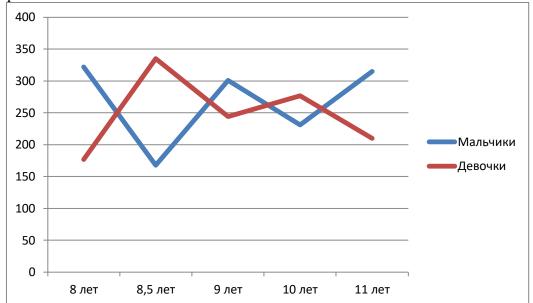


Рисунок 8. Количество тромбоцитов у здоровых мальчиков и девочек в возрасте 8-11 лет (на 10 в 9 степени/л).

Исходя из графика, следует вывод, что у мальчиков в возрасте от 8 до 11 лет и у девочек того же возраста наблюдается скачкообразное изменение количества тромбоцитов с взрослением.

Выводы: В тульской области местами у детей наблюдаются незначительные отклонения от должных значений, и в целом, показатели у детей изменяются с ростом организма в пределах нормы.

Библиографический список:

- 1. Кровь // Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Б. В. Петровский. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1980. Т. 12: Криохирургия Ленегр. С. 93—132.
- 2. Ольховик А. Ю., Садовников П. С., Васильев А. В., Денисов Д. Г. Сравнительная оценка показателей общеклинического исследования венозной и капиллярной крови // Medline.ru. 11.06.2017. Т. 18. С. 113-122.
- 3. Hubbard D, Tobias JD (November 2006). "Intracerebral hemorrhage due to hemorrhagic disease of the newborn and failure to administer vitamin K at birth". South. Med. J. 99(11): 1216—20







Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна» Кемерово 2019