

Моя профессиональная
карьера



ISSN

INTERNATIONAL
STANDARD
SERIAL
NUMBER

ISSN

2782-4365

Проверить
номер:



Научно-образовательный электронный журнал

ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА В XXI ВЕКЕ

Выпуск №62-4 (том 1)
(май, 2025)



Проверить индексацию статьи. Сайт: mpcareer.ru/google

Свидетельство
о регистрации СМИ
№ЭЛ ФС 77-77927
от 19.02.2020 г.



РОСКОМНАДЗОР

Периодичность выпуска: 1 раз в неделю
Сайт: mpcareer.ru/oinv21veke. Почта: obrmpcareer@mail.ru



Международный научно-образовательный
электронный журнал
«ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА В XXI ВЕКЕ»

ISSN 2782-4365

УДК 37

ББК 94

**Международный научно-образовательный электронный журнал
«ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА В XXI ВЕКЕ». Выпуск №62-4 (том 1) (май,
2025). Дата выхода в свет: 26.05.2025.**

Сборник содержит научные статьи отечественных и зарубежных авторов по экономическим, техническим, философским, юридическим и другим наукам.

Миссия научно-образовательного электронного журнала «ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА В XXI ВЕКЕ» состоит в поддержке интереса читателей к оригинальным исследованиям и инновационным подходам в различных тематических направлениях, которые способствуют распространению лучшей отечественной и зарубежной практики в интернет пространстве.

Целевая аудитория журнала охватывает работников сферы образования (воспитателей, педагогов, учителей, руководителей кружков) и школьников, интересующихся вопросами, освещаемыми в журнале.

Материалы публикуются в авторской редакции. За соблюдение законов об интеллектуальной собственности и за содержание статей ответственность несут авторы статей. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов статей. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

© ООО «МОЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КАРЬЕРА»

© Коллектив авторов

Аннаева Огулгельди ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В	589
Аширмаммедов Гурбангельди ИППОТЕРАПИЯ КАК КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ	594
Аннаева Огулгельди МЕТОД АНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	598
Аннаева Огулгельди НОВЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РОЛИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И СИСТЕМ ГЕНЕРАЦИИ ОКСИДА АЗОТА В СОСУДАХ МОЗГА	603
Аннаева Огулгельди ОБЩАЯ ЭТИОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. НЕЙРОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ. ПРИЧИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	607
Аннаева Огулгельди ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ	611
Аннаева Огулгельди ПАНКРЕАТИТ: ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	615
А.Д. Ключева, Н.Р. Пигилова ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ	620
Моллаев М., Сапаров Б. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЫНКА В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТОРГОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (НА ПРИМЕРЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ТОРГОВОГО ЦЕНТРА «ГЮЛИСТАН»)	625
Аннаева Огулгельди САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА	631
Худойбердиев Акмал Умарович РОЛЬ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКЕ	636
Худойбердиев Акмал Умарович МАТЕМАТИЧЕСКАЯ СТАТИСТИКА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ТИПЫ И ВАЖНОСТЬ	644
Халмухаммедов П. ВЛИЯНИЕ СПОРТА НА ЭКОНОМИКУ И ТУРИЗМ	649

ФИО автора(-ов): *Аннаева Огулгельди*

Преподаватель кафедры патологической физиологии

Государственного медицинского университета

Туркменистана имени Мырата Гаррыева.

Туркменистан, г. Ашхабад

Название публикации: «ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ»

В последние десятилетия острый панкреатит стал занимать лидирующее положение в практике неотложной абдоминальной хирургии, уступая по частоте только острому аппендициту [8, 10, 14]. Однако нам пока еще не удалось существенно улучшить результаты его лечения. Можно перечислить основные и наиболее типичные причины, которые обуславливают высокую летальность, частоту осложнений и инвалидизации больных, препятствующие ощутимому прогрессу в лечении этого заболевания:

- несвоевременное выявление некротического панкреатита;
- несвоевременная оценка тяжести заболевания, его прогноза и несвоевременное начало адекватной интенсивной терапии;
- большая частота ранних оперативных вмешательств в связи с ошибками диагностики или прогрессирующим ухудшением состояния больного;
- использование неадекватных методов детоксикации и антибактериальной терапии;
- трудность различения системного ответа на воспаление и гнойного процесса;
- позднее выявление гнойных осложнений;
- ограниченное использование мини инвазивных методов дренирования;
- неадекватная частота планируемых санационных релапаротомий;
- отсутствие системы реабилитации больных, перенесших панкреонекроз.

Патогенез и клиника

В 1992 г. группа экспертов по проблеме острого панкреатита приняла в г. Атланта (США) классификацию острого панкреатита, которая сейчас признана и

в нашей стране. В ней выделяют отечный и некротический панкреатит [8, 23]. Некротический панкреатит может быть асептическим и инфицированным. Инфицированный панкреонекроз может быть представлен в виде гнойного панкреатита, забрюшинной флегмоны. В исходе острого заболевания может формироваться псевдокиста или абсцесс.

При наиболее частой и легкой форме – отечном (интерстициальном) остром панкреатите – степень активации ферментов и их системное воздействие невелики [18, 23]. Макроскопически можно отметить отек паренхимы железы, исчезновение дольчатости и четких границ, появление единичных жировых некрозов и мелких кровоизлияний, а в сальниковой сумке – незначительного количества серозно-геморрагического выпота. Такие изменения нередко ошибочно расценивают как очаговый панкреонекроз.

При панкреонекрозе макроскопическая картина более яркая. Поджелудочная железа обычно резко увеличена в размерах и отчетливо уплотнена вследствие воспалительного отека, с множественными и сливающимися пятнами жирового некроза. Поверхность железы и даже окружающей клетчатки, корня брыжейки тонкой и толстой кишки может иметь геморрагическую имбибицию без отчетливых границ, часто черного цвета (воздействие протеолитических ферментов на компоненты крови) [24]. Важно подчеркнуть, что при наличии забрюшинной геморрагической имбибиции часто практически невозможно определить локализацию и распространение некроза, а под измененной брюшиной и окружающей клетчаткой может располагаться менее измененная поджелудочная железа. Именно поэтому заключение о масштабах поражения железы на основании лишь визуальной оценки часто не соответствует истине.

Практически во всех случаях панкреонекроз сопровождается выраженными изменениями со стороны брюшной полости и ее органов [18]. В брюшной полости может быть от 500 до 3000 мл серозного, серозно-геморрагического или насыщенно геморрагического выпота с содержанием высокого уровня панкреатических ферментов. Parietalная и

висцеральная брюшина тусклая, ярко гиперемированная, в брыжейке и сальнике появляются множественные и сливающиеся очаги жирового некроза и кровоизлияний [24]. Как правило, имеется обширная серозная или геморрагическая имбибиция забрюшинной клетчатки. Петли тонкой и толстой кишки расширены, вяло перистальтируют. Желчный пузырь обычно растянут и плохо опорожняется. При панкреонекрозе возникает массивная активация ферментов поджелудочной железы (трипсина, эластазы, липазы, фосфолипазы А), которая приводит к появлению каскада взаимосвязанных местных и общих ферментативных реакций. Так, поджелудочная железа – один из мощных источников калликреина. Активация калликреин-кининовой ферментной системы с мощными вазоактивными свойствами приводит к глубоким расстройствам микроциркуляции и реологии крови, а также системной гемодинамики [18]. Расстройства микроциркуляции в бассейне чревного ствола и воротной вены обуславливают дальнейшее прогрессирование аутолитического и в конечном счете некротического процесса в поджелудочной железе и окружающих тканях. Параллельно системное воздействие вазоактивных и протеолитических ферментов может приводить к развитию очагов некроза практически во всех органах [24].

Системное токсическое и повреждающее воздействие активированных ферментов поджелудочной железы и продуктов ее аутолиза проявляется прежде всего в нарастающей дисфункции жизненно важных органов и систем. Со стороны центральной нервной системы наблюдаются явления токсической энцефалопатии, вплоть до развития панкреатогенного делирия. Отмечаются признаки дыхательной недостаточности, связанные с интерстициальным отеком легких, развитием легочного дистресс-синдрома и выпотного плеврита [3, 5, 7].

Наиболее рано и ярко проявляются расстройства гемодинамики и функции сердечно-сосудистой системы. На фоне снижения объема циркулирующей крови за счет нарушения проницаемости сосудов и секвестрации плазменной части крови в межклеточном пространстве, свободной брюшной полости, а также жидкости в просвете кишечника нарастает гиповолемия, снижается сердечный

выброс, возникают тахикардия и отчетливые признаки расстройств периферического кровообращения – цианоз и гипотермия кожи конечностей.

На фоне гиповолемии, расстройств системной и регионарной гемодинамики развиваются и быстро прогрессируют клиничко-биохимические признаки сердечно-сосудистой, дыхательной и печеночно-почечной недостаточности. Нарастают симптомы динамической кишечной непроходимости. Нарушение функций желудочно-кишечного тракта является одной из причин эндогенного инфицирования очагов некроза [10, 14]. Как показывают исследования, при панкреонекрозе уже к концу первой недели заболевания до 40% больных имеют инфицированные некрозы. К концу второй недели заболевания частота инфицирования некрозов возрастает до 80% [21, 22, 24].