

ISSN 2072-0297

# МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



16+

5  
ЧАСТЬ V  
2023

# Молодой ученый

## Международный научный журнал

### № 5 (452) / 2023

Издается с декабря 2008 г.

Выходит еженедельно

*Главный редактор:* Ахметов Ильдар Геннадьевич, кандидат технических наук

*Редакционная коллегия:*

Жураев Хусниддин Олтинбоевич, доктор педагогических наук (Узбекистан)  
Иванова Юлия Валентиновна, доктор философских наук  
Каленский Александр Васильевич, доктор физико-математических наук  
Кошербаева Айгерим Нуралиевна, доктор педагогических наук, профессор (Казахстан)  
Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук  
Лактионов Константин Станиславович, доктор биологических наук  
Сараева Надежда Михайловна, доктор психологических наук  
Абдрасилов Турганбай Курманбаевич, доктор философии (PhD) по философским наукам (Казахстан)  
Авдеюк Оксана Алексеевна, кандидат технических наук  
Айдаров Оразхан Турсункожаевич, кандидат географических наук (Казахстан)  
Алиева Тарана Ибрагим кызы, кандидат химических наук (Азербайджан)  
Ахметова Валерия Валерьевна, кандидат медицинских наук  
Бердиев Эргаш Абдуллаевич, кандидат медицинских наук (Узбекистан)  
Брезгин Вячеслав Сергеевич, кандидат экономических наук  
Данилов Олег Евгеньевич, кандидат педагогических наук  
Дёмин Александр Викторович, кандидат биологических наук  
Дядюн Кристина Владимировна, кандидат юридических наук  
Желнова Кристина Владимировна, кандидат экономических наук  
Жуйкова Тамара Павловна, кандидат педагогических наук  
Игнатова Мария Александровна, кандидат искусствоведения  
Искаков Руслан Маратбекович, кандидат технических наук (Казахстан)  
Калдыбай Кайнар Калдыбайулы, доктор философии (PhD) по философским наукам (Казахстан)  
Кенесов Асхат Алмасович, кандидат политических наук  
Коварда Владимир Васильевич, кандидат физико-математических наук  
Комогорцев Максим Геннадьевич, кандидат технических наук  
Котляров Алексей Васильевич, кандидат геолого-минералогических наук  
Кузьмина Виолетта Михайловна, кандидат исторических наук, кандидат психологических наук  
Курпаяниди Константин Иванович, доктор философии (PhD) по экономическим наукам (Узбекистан)  
Кучерявенко Светлана Алексеевна, кандидат экономических наук  
Лескова Екатерина Викторовна, кандидат физико-математических наук  
Макеева Ирина Александровна, кандидат педагогических наук  
Матвиенко Евгений Владимирович, кандидат биологических наук  
Матроскина Татьяна Викторовна, кандидат экономических наук  
Матусевич Марина Степановна, кандидат педагогических наук  
Мусаева Ума Алиевна, кандидат технических наук  
Насимов Мурат Орленбаевич, кандидат политических наук (Казахстан)  
Паридинова Ботагоз Жаппаровна, магистр философии (Казахстан)  
Прончев Геннадий Борисович, кандидат физико-математических наук  
Рахмонов Азиз Боситович, доктор философии (PhD) по педагогическим наукам (Узбекистан)  
Семахин Андрей Михайлович, кандидат технических наук  
Сенцов Аркадий Эдуардович, кандидат политических наук  
Сенюшкин Николай Сергеевич, кандидат технических наук  
Султанова Дилшода Намозовна, доктор архитектурных наук (Узбекистан)  
Титова Елена Ивановна, кандидат педагогических наук  
Ткаченко Ирина Георгиевна, кандидат филологических наук  
Федорова Мария Сергеевна, кандидат архитектуры  
Фозиллов Садриддин Файзуллаевич, кандидат химических наук (Узбекистан)  
Яхина Асия Сергеевна, кандидат технических наук  
Ячинова Светлана Николаевна, кандидат педагогических наук

*Международный редакционный совет:*

Айрян Заруи Геворковна, кандидат филологических наук, доцент (Армения)  
Арошидзе Паата Леонидович, доктор экономических наук, ассоциированный профессор (Грузия)  
Атаев Загир Вагитович, кандидат географических наук, профессор (Россия)  
Ахмеденов Кажмурат Максutowич, кандидат географических наук, ассоциированный профессор (Казахстан)  
Бидова Бэла Бертовна, доктор юридических наук, доцент (Россия)  
Борисов Вячеслав Викторович, доктор педагогических наук, профессор (Украина)  
Буриев Хасан Чутбаевич, доктор биологических наук, профессор (Узбекистан)  
Велковска Гена Цветкова, доктор экономических наук, доцент (Болгария)  
Гайич Тамара, доктор экономических наук (Сербия)  
Данатаров Агахан, кандидат технических наук (Туркменистан)  
Данилов Александр Максимович, доктор технических наук, профессор (Россия)  
Демидов Алексей Александрович, доктор медицинских наук, профессор (Россия)  
Досманбетов Динар Бакбергенович, доктор философии (PhD), проректор по развитию и экономическим вопросам (Казахстан)  
Ешиев Абдыракман Молдоалиевич, доктор медицинских наук, доцент, зав. отделением (Кыргызстан)  
Жолдошев Сапарбай Тезекбаевич, доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан)  
Игисинов Нурбек Сагинбекович, доктор медицинских наук, профессор (Казахстан)  
Кадыров Кутлуг-Бек Бекмурадович, доктор педагогических наук, и. о. профессора, декан (Узбекистан)  
Каленский Александр Васильевич, доктор физико-математических наук, профессор (Россия)  
Козырева Ольга Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент (Россия)  
Колпак Евгений Петрович, доктор физико-математических наук, профессор (Россия)  
Кошербаева Айгерим Нуралиевна, доктор педагогических наук, профессор (Казахстан)  
Курпаяниди Константин Иванович, доктор философии (PhD) по экономическим наукам (Узбекистан)  
Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор (Россия)  
Кыят Эмине Лейла, доктор экономических наук (Турция)  
Лю Цзюань, доктор филологических наук, профессор (Китай)  
Малес Людмила Владимировна, доктор социологических наук, доцент (Украина)  
Нагервадзе Марина Алиевна, доктор биологических наук, профессор (Грузия)  
Нурмамедли Фазиль Алигусейн оглы, кандидат геолого-минералогических наук (Азербайджан)  
Прокопьев Николай Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор (Россия)  
Прокофьева Марина Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент (Казахстан)  
Рахматуллин Рафаэль Юсупович, доктор философских наук, профессор (Россия)  
Ребезов Максим Борисович, доктор сельскохозяйственных наук, профессор (Россия)  
Сорока Юлия Георгиевна, доктор социологических наук, доцент (Украина)  
Султанова Дилшода Намозовна, доктор архитектурных наук (Узбекистан)  
Узаков Гулом Норбоевич, доктор технических наук, доцент (Узбекистан)  
Федорова Мария Сергеевна, кандидат архитектуры (Россия)  
Хоналиев Назарали Хоналиевич, доктор экономических наук, старший научный сотрудник (Таджикистан)  
Хоссейни Амир, доктор филологических наук (Иран)  
Шарипов Аскар Калиевич, доктор экономических наук, доцент (Казахстан)  
Шуклина Зинаида Николаевна, доктор экономических наук (Россия)

---

---

На обложке изображен *Ирвин Дэвид Ялом* (1931) — американский психолог и психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор психиатрии Стенфордского университета, писатель.

Ирвин Ялом родился в семье выходцев из России. Родители Ирвина эмигрировали в США за пятнадцать лет до его рождения. Юноша жил среди бедных слоев черного населения, где было небезопасно. Много времени он проводил в центральной библиотеке. Его страстью были художественные романы — то, что никогда не произойдет в жизни, можно создать с помощью книг.

Выбор профессии для людей, живущих в гетто, был ограничен — или казался ограниченным. Все ровесники Ирвина, идя по стопам отцов, поступали либо в медицинские училища, либо в бизнес-школы. Медицинское училище казалось Ялому ближе к Толстому и Достоевскому, и он начал обучение медицине, заранее зная, что отдаст предпочтение психологии.

После окончания высшей школы Ирвин посещал Университет Джорджа Вашингтона (он окончил его в 1952 году), а потом — Школу медицины Бостонского университета. Интернатуру он проходил в госпитале «Маунт-Синай» в Нью-Йорке и в клинике «Фипс» госпиталя Джонса Хопкинса. После окончания обучения Ялом два года служил в армии в больнице общей практики «Триплер» в Гонолулу.

После службы Ялом начал карьеру в Стэнфордском университете, где занимался экзистенциальной психологией.

Психология показала себя с очень интригующей стороны: все истории, услышанные Ирвином Яломом от его пациентов, казались ему восхитительными. Он считает, что каждый пациент требует отдельного подхода, индивидуального терапевтического метода, основанного на уникальности его истории. С годами данное представление о психологии отводило его все дальше и дальше от самого

центра профессиональной психиатрии, в которой на первый план выступают методы, зависящие от экономической составляющей науки, а именно — деперсонализация (в основе которой лежит симптоматика), инициативное протоколирование и краткость самого психиатрического метода для всех.

Как считают некоторые авторы, в своих работах Ялом прошел путь от психоанализа до экзистенциально-гуманистического терапевта. Большое место в его трудах («Мамочка и смысл жизни», «Лжец на кушетке», «Дар психотерапии») отводится преодолению экзистенциального страха смерти. В последней своей работе («Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти», 2008) он подводит итог изучению этой проблемы и пишет: «Как только мы оказываемся способными противостоять факту своей собственной смертности, мы становимся способны перестроить наши приоритеты, общаться более глубоко с теми, кого мы любим, ценим более остро красоту жизни и увеличиваем свою готовность взять на себя риски, необходимые для самореализации».

В 2000 году американская психиатрическая ассоциация наградила Ирвина Ялома премией Оскара Пфистера за важный вклад в религию и психиатрию.

В ноябре 2009 года по приглашению Института повышения квалификации практикующих психологов Ирвин Ялом и его супруга приехали в Россию, где ученый выступил перед широкой аудиторией читателей и профессиональных психологов.

По некоторым его книгам были сняты документальные фильмы, в которых он сам принял участие.

Писатель женат на филологе Мэрилин Ялом, с которой познакомился еще в старших классах в Вашингтоне. Супруги вместе уже более 60 лет, у них четверо детей.

*Екатерина Осянина, ответственный редактор*

---

---

## СОДЕРЖАНИЕ

### БИОЛОГИЯ

- Киселев В. А.**  
Влияние обработки АТФ и ИФР на регенерацию повреждённых соматических нервов ..... 313
- Косткина Ф. Л.**  
Факторы, влияющие на активность сперматогенеза у млекопитающих ..... 317
- Морозова А. С.**  
Соотношение возраста и длины раковины черноморской мидии (*Mytilus galloprovincialis*)..... 319
- Русаков Д. А.**  
Об универсальности охотничьих рабочих характеристик легавых собак породы дратхаар ..... 321
- Русакова Ю. В.**  
Оценка и отбор охотничьих собак по рабочим качествам..... 324
- Шило Д. Н.**  
Природные и антропогенные факторы, влияющие на динамику численности европейского благородного оленя (*Cervus elaphus*) ..... 332

### МЕДИЦИНА

- Абаева К. А., Гаккоева К. О.**  
Особенности диагностики рака лёгкого: обзор ..... 335
- Алдатова М. М., Гаккоева К. О., Тогузова З. А.**  
Влияние химио- и гормонотерапии на течение ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью у больных раком предстательной железы ..... 337
- Бесаева Э. Ч., Сартоева А. А.**  
Рак молочной железы ..... 339
- Бицужева Ф. Р., Умарова Б. Х., Бураев А. Б.**  
Гидронефроз: общая характеристика, классификация, диагностика, лечение, прогноз..... 341

- Булкин М. Д., Коновальцева Т. А., Трухмаева И. Е.**  
Стабильная стенокардия и принципы ее лечения ..... 342
- Викторова Ю. В.**  
Необходимость разработки и внедрения специализированных продуктов питания..... 344
- Гаккоева К. О., Алдатова М. М., Джиева И. А.**  
Об организационных параллелях деятельности системы здравоохранения России в условиях военного времени и пандемии COVID-19 ..... 345
- Дзантиева В. Р., Джаваева А. Г.**  
Ахалазия пищевода: диагностическая оценка..... 347
- Дзантиева В. Р.**  
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы ..... 348
- Зангионова А. Т., Дауров М. Г.**  
Дентофобия как следствие нарушения аспектов медицинской деонтологии..... 350
- Мамонтова Н. С.**  
Оценка влияния массовой иммунизации населения на заболеваемость гриппом на территории Архангельской области в 2005–2021 годах ..... 351
- Мустафакулов Г. И., Моминов А. Т., Ортикбоев Ф. Д.**  
Комплексный подход к улучшению результатов лечения аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры..... 354
- Озюменко В. В.**  
Актуальность санитарно-гигиенического обеспечения войск..... 357
- Туганова А. З., Рудикова А. А.**  
Оценка значения витамина D в предгравидарной подготовке и во время беременности..... 359
- Умарова Б. Х., Бураев А. Б., Бицужева Ф. Р.**  
Атрезия пищевода у детей ..... 360

## Комплексный подход к улучшению результатов лечения аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры

Мустафакулов Гайбулла Ирисбаевич, доцент;

Моминов Алишер Ташкурганович, кандидат медицинских наук;

Ортикбоев Фарход Дилшод угли, ассистент

Ташкентская медицинская академия (Узбекистан)

*В данной статье представлен опыт ведения 224 больных с аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой (АТП). Даны сравнительные данные результатов ингаляционного и традиционного способов лечения глюкокортикоидными гормонами и оперативного метода лечения — спленэктомии (СЭ). Установлено, что использование глюкокортикостероидных (ГКС) гормонов в виде холодной дозированной ингаляции оказалось наиболее эффективным у 87,2% больных (по сравнению с традиционным методом лечения — 75,7%) и ускоряло ремиссии на 6,3 дня. СЭ, выполненная усовершенствованным способом, в раннем послеоперационном периоде оказалась более эффективной в 96,9% случаях.*

**Ключевые слова:** тромбоцитопения, глюкокортикоиды, спленэктомия, осложнения, профилактика, ингаляция гормонов.

**Актуальность.** Среди геморрагических диатезов одной из часто встречающихся форм является аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура (АТП). [1,5–10]

Наиболее распространенным и патогенетически обоснованным методом лечения АТП является применение глюкокортикоидных гормонов. Однако применение гормонов, особенно их прием per os часто является причиной осложнений со стороны ЖКТ. [2,3]

При длительном применении кортикостероидов, особенно при их приеме через рот, учитывая выраженные побочные эффекты, ведутся поиски других способов введения кортикостероидов для уменьшения или для профилактики осложнений глюкокортикоидной (ГКС) терапии [9,13,15]. Следовательно, совершенствование как консервативного, так и оперативного лечения АТП, несомненно, имеет большой научно-практический интерес для современной гематологии и хирургии. [4,11–16]

**Целью** настоящей работы является сравнительное изучение эффективности ингаляционного и традиционного лечения глюкокортикоидными гормонами в комплексе со спленэктомией (СЭ) у больных с АТП.

**Материал и методы исследования.** В работе проанализированы результаты консервативного и оперативного лечения 224 больных с диагнозом АТП. Больных с хронической формой АТП было — 187, с острой формой — 37. Мужчин — 88, женщин — 136. Гормональное лечение получили всего 95 (42,4%) больных: — в том числе традиционное лечение — 48 больных (мужчины — 18 (37,5%), женщины — 30 (62,5%), ингаляционное гормональное лечение 47 больных (из них мужчин — 22 (46,8%), 25 (53,2%) — женщин). СЭ выполнена у 129 (57,6%) больных с хронической АТП (из них мужчин — 40 (31,1%), женщин — 89 (68,9%). Традиционный способ СЭ выполнен у 65 (50,4%) больных, предложенным нами способом у 64 (49,6%).

Для верификации АТП использованы нижеследующие критерии (кроме жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра):

1. Тромбоцитопения (тромбоциты < 150 × 10<sup>9</sup>/л) при отсутствии иных отклонений при подсчете форменных элементов крови.

2. Отсутствие клинических и лабораторных признаков болезни у ближайших родственников.

3. Нормальное или повышенное число мегакариоцитов в костном мозге.

4. Отсутствие у больных клинических проявлений других заболеваний или факторов, способных вызвать тромбоцитопению.

5. Эффект кортикостероидной терапии.

Во время СЭ количество кровопотери определено взвешиванием операционных перевязочных материалов — салфеток, до и после операции, а кровопотери после операции из дренажной трубки, вливанием в посуду с отметкой. Кроме того, больным АТП проводилось УЗИ для обследования внутренних органов, электрокардиография, по показаниям эндоскопическое исследование ЖКТ.

Жалобы больных были на геморрагический синдром: петехии и экхимозы на коже, носовые, маточные кровотечения, кровотечения из десен и желудочно-кишечного тракта, которые чаще появлялись при уровне тромбоцитов < 20,5 30,0 × 10<sup>9</sup>/л. Давность заболевания к моменту первого обращения в стационар составляла от 3 дней до 5 месяцев при острой форме АТП. В анамнезе длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 20 лет при хронической форме АТП и за это время больные получали гормоны в таблетках от 2 до 10 раз.

ГКС назначались при традиционном лечении по 2–2,5 мг/кг при острой форме, 1–1,5 мг/кг при хронической форме АТП per os и парентерально. Ингаляция (раствора преднизолона и дексаметазона) проводилась на небулайзерном ингаляторном аппарате «Бореал», (производство Италии) в дозе 1–2,0 мг/кг. Кроме того, больные получали ингибиторы фибринолизина, протекторы сосудистой стенки, стабилизаторы биологических мембран и местное лечение при носовых и десневых кровотечениях. Больным с тяжелой степенью анемии была перелита эритроцитарная масса.

У 50 (52,6%) больных с АТП выявлены осложнения со стороны ЖКТ; гастродуодениты у 21, язва желудка у 6, язва 12 перстной кишки у 5, колит у 2, дискомфорт желудочно-кишечного тракта у 11, боли в желудке у 5.

СЭ проведена 129 больным АТП. 64 пациентам опытной группы спленэктомия была выполнена предложенным нами способом — при ревизии селезенки оценивали её подвижность и связь с окружностью, отделяли заднюю её поверхность от парентеральной брюшины гемостазом в направлении ножки и задней поверхности желудка. Затем селезенку легко вывихивали в рану, начиная с нижнего полюса ее, освобождали от связок и предварительно перевязывали; над лигатурой накладывали два зажима, затем рассекали между зажимами и культю прошивали. Далее открывали окно размером 0,5 x 0,5 см в переднем листке брюшины из верхнего полюса селезенки и перевязывалась желудочно-селезеночная связка вышеуказанным способом. Если ширина ножки большая, при выделении полюсов берется побольше тканей. Передний листок брюшины в области ножки не вскрывается, это сохраняет целостность ткани и гемостаз. Следующий этап операции — предварительная перевязка ножки селезенки кетгутом над капсулой поджелудочной железы, под контролем задней поверхности, чтобы не повредить хвостовую часть поджелудочной железы. При этом все элементы ножки селезенки собираются в единый стебель с выправленной осью, что намного улучшает последующие наложения зажимов над лигатурой. Это в свою очередь является профилактикой кровотечений. Впоследствии над лигатурой накладываются 2–3 зажима, и удаляется селезенка. Культя перевязывается и прошивается. Выполненная таким способом СЭ предупреждает повреждение хвоста поджелудочной железы, создается надежный гемостаз, сохраняется целостность прилегающих тканей

**Результаты исследования.** Ингаляцию проводили в дозе 1,0 до 2 мг/кг в сутки. Из 18 больных с острой АТП получен клинико-гематологический эффект (КГЭ) у 13 (72,2%) больных, в среднем за 6,5 койко-дней, клинический эффект (КЭ) у 2 (11,1%) больных, в среднем за 5,5 койко-дней. Клинический и клинико-гематологический эффект (К и КГЭ) получен у 15 (83,3%) больных, в среднем за 6,3 койко-дней. У 3 (16,7%) больных эффекта от лечения не было. У больных с острой АТП получавших ингаляционную терапию ГКС гормонов геморрагический синдром начинал исчезать на 3–4 день, количество тромбоцитов стало подниматься с 5–6 дня лечения.

19 больных (взрослых — 9, детей — 10) с острой АТП, начиная с первого или второго дня поступления, получали вместе с другими препаратами ГК гормоны (преднизолон и дексаметазон) в таблетках и инъекциях в дозе 1,5–2,0 мг/кг в сутки. Результаты традиционной гормональной терапии у взрослых и детей с ОАТП показали что при этом получен КГЭ у 13 (68,4%) больных, в среднем за 9,8 койко-дней. КЭ получен у 2 (10,5%) больных, в среднем 16,5 койко-дней. К и КГЭ получен у 15 (78,9%) больных, в среднем за 10,7 кой-

ко-дней. У 4 (21,1%) больных эффект от гормональной терапии не получен. Проведенное гормональное лечение более 3–4 недель им оказались неэффективными.

Результаты ингаляционной терапии больных детей и взрослых хронической формой АТП (ХАТП). Ингаляцию проводили в дозе до 2 мг/кг в сутки. Из 29 больных, получавших ингаляционную терапию, КГЭ — у 13 (44,8%) больных, в среднем за 5,8 койко-дней, КЭ также у 13 (44,8%) больных получено в среднем за 7,2 койко-дней, у 3 (10,4%) — без эффекта. К и КГЭ получили 26 (89,7%) больных, в среднем за 6,5 койко-дней. Начиная со 2 и 4 дней, у всех больных геморрагический синдром купирован.

29 больных с ХАТП (дети — 9, взрослые — 20) получали традиционное лечение, включая как патогенетическую терапию ГК гормоны в дозе 1,0–1,5 мг/кг в сутки. От традиционного лечения ГК гормонами больные дети и взрослые с ХАТП получили КГЭ 6 (20,7%) больных, в среднем за 9,3 койко-дней. Клиническая ремиссия (КР) у 15 (51,7%) больных, в среднем за 11,2 койко-дней. К и КР получено у 21 (72,4%) больных, в среднем за 10,7 койко-дней, у 8 (27,6%) больных оказались без эффекта с сохранением геморрагического синдрома. Геморрагические синдромы начали исчезать с 3–5 дня у больных с ремиссией. Таким образом: 47 больные; ОАТП и ХАТП получали дозированную холодную ингаляцию ГКС гормонов, при этом у больных с ОАТП получена К и КР в 83,3% случаях в среднем за 6,3 дня, напротив традиционного лечения 78,9% и за 10,7 дня. У больных с ХАТП К и КР получено у 89,7% больных, в 6,5 дня, напротив 72,4% и 10,7 дня. Из 47 больных получивших ингаляционную терапию у 26 (55,3%) больных, в среднем за 6,1 койко-дней, получен КГЭ, у 15 (31,9%), в среднем за 7,0 койко-дней получена КР или у 41 (87,2%) больных, в среднем за 6,3 койко-дней получен К и КГЭ. У 6 (12,8%) больных эффект не получен, у них остались кожные геморрагические проявления болезни, в виде экхимозов.

Результаты спленэктомии при АТП. За 2000–2002 гг. общепринятым способом прооперировано 65 (50,4%) больных с ХИТП среди них: детей — 37 (56,9%), взрослых — 28 (43,1%). При этом общая кровопотеря составила 7980 мл или на одного больного 122,8 мл. Во время операции перелито всего 5590 мл СЗП и 9715 мл эритроцитарной массы. Всего компонентов крови перелито 15305 мл или на одного больного 235,5 мл. Такое осложнение как повреждение поджелудочной железы во время операции наблюдалось у 12 (18,5%) больных. После операции на 1-й и 2-й день у 4 (6,2%) больных наблюдалось повышение температуры до 38° и у 3 (4,6%) больных имелись жалобы на 2-й день после операции на боли в левом подреберье и поясничной области. Из дренажной трубки геморрагические выделения составляли в 1-й и 2-й день до 100,0 мл и более. У 50% больных дренажная трубка удалена в 1-й день после операции. Релапаротомия по поводу внутреннего кровотечения после СЭ была проведена у 2 (3,1%) больных. Ближайшие послеоперационные результаты у больных АТП с хроническим течением К и КР составили у 91,6% больных. Предложенным нами

способом выполнена СЭ 64 больным АТП с хроническим течением. При этом общая кровопотеря составляет 4915 мл или на одного больного 76,8 мл. Во время операции у 3 (4,7%) больных повреждена хвостовая часть поджелудочной железы на кетгуттовой лигатуре, но в послеоперационном периоде не наблюдалась клиника панкреатита. После операции из дренажной трубки геморрагические выделения составляли до 30 мл. Ближайшие послеоперационные результаты у больных АТП с хроническим течением К и КГР составили у 96,9% больных. В 90% случаях в 1-й день после операции удалены дренажные трубки. Во время и после операции осложнений не было.

#### Обсуждение результатов

Таким образом, ингаляционный способ введения ГКС гормонов в дозированном холодном виде на небулайзерном аппарате «Бореал» больным с острым и хроническим течением АТП по своим результатам не уступает традиционному лечению с пероральным и парентеральным введением ГК и имеет такие положительные стороны как; отсутствие осложнений от ингаляции, хорошая переносимость процедуры, особенно, детьми; предупреждение невроза, истерии, болевого синдрома связанных с манипуляцией ГКС гормонами у детей; отсутствие синдрома отмены; предупреждение попадания парентеральной инфекции; экономическая эффективность за счет уменьшения количества вводимых ГК гормонов, компонентов крови, других лекарств и сокращение койко-дней. В сравнительном аспекте с традиционным лечением при острой форме АТП на 4,4, при хронической форме АТП на 4,2 койко-дней раньше получена ремиссия.

Предложенный нами способ — позволяет сохранить целостность прилегающих тканей, предупреждает повреждение хвостовой части поджелудочной железы и предотвращает кровотечение во время и после операции. При этом уменьшается продолжительность операции на 10–15 ми-

нут, кровотечение во время операции уменьшается на 45,7 мл у одного больного, а после операции в 2–3 раза. Послеоперационный панкреатит, релапаротомия и летальный исход не наблюдаются. Обеспечивается экономия эритроцитарной массы, компонентов крови и других лекарственных препаратов.

#### Выводы.

1. Ингаляционное введение ГКС гормонов в дозированном холодном виде на небулайзерном аппарате «Бореал» больным с острой и хронической формами АТП — альтернатива существующему традиционному способу консервативного лечения. От ингаляционного введения ГК, в сравнительном аспекте с традиционным лечением при острой форме АТП на 4,4, при хронической форме АТП на 4,2 койко-дней раньше получена ремиссия. Оно предупреждает ряд осложнений ГКС терапии и передачу парентеральной гемотрансмиссивной инфекции.

2. Ингаляционное введение ГКС гормонов при болезни АТП показано, особенно в детском возрасте и у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Противопоказано у больных с тяжелым общим состоянием на фоне основного заболевания и непереносимости ими ингаляции ГКС.

3. Усовершенствованный способа спленэктомии — менее травматична, отличается более лёгким течением послеоперационного периода, меньшей кровопотерей и минимальным числом осложнений.

4. Предложенный способ операции снижает повреждения поджелудочной железы более чем в 4 раза и этим предупреждает развитие послеоперационного панкреатита. Сокращает продолжительность операции на 10–15 минут. Хороший результат в ближайшем послеоперационном периоде, после спленэктомии предлагаемым способом составил 96,9% (при традиционном лечении 91,6%).

#### Литература:

1. Алтыбаев У. А. Тромбоцитопеническая пурпура в Узбекской ССР: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984. — 25 с.
2. Абдулкадыров К. М. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура // Клиническая гематология. — СПб., 2004. — 349–370 с.
3. Воробьев А. И. Руководство по гематологии. — Москва изд-во «Ньюдиамед», 2005. — 31–35 с.
4. Выбор способа спленэктомии при заболеваниях системы крови / Карагюлян С. Р., Гржимоловский А. В., Данишян К. И., Шавлохов В. С. и др. // Гематология и трансфузиология. — 2007. — т. 52, № 1. — С. 3–10.
5. Гржимоловский А. В. Лапароскопическая спленэктомия у гематологических больных: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2004. — 25 с.
6. Донюш Е. К. Современное состояние вопроса об идиопатической тромбоцитопенической пурпуре у детей // Педиатрия. — 1999. — № 2. — С. 56 —
7. Исмоилов Ф. М. Диагностика и лечение больных с острой кишечной непроходимостью // Zbiór artykułów naukowych recenzowanych. — С. 69.
8. Мустафакулов Г. И. и др. Опыт применения ингаляций глюкокортикоидами у пациентов с иммунной тромбоцитопенией. — 2021.
9. Мустафакулов Г. И., Атаходжаева Ф. А., Эргашев У. Ю. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура при беременности. — 2020.



10. Спленэктомия трансторакальным доступом / Шавлохов В. С., Карагюлян С. Р., Ефимов И. В. и др. // Гематология и трансфузиология. — 2007. т. 52, № 5. — С. 50–54.
11. Эргашев У.Ю. и др. Нарушение целостности стопы у пациентов с сахарным диабетом (обзор литературы) // Journal of new century innovations. — 2022. — Т. 17. — №. 1. — С. 7–18.
12. Ergashev U. Y. et al. Treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura: prevention of hormonal complications in the stomach and duodenum // Central Asian Journal of Medicine. — 2020. — Т. 2020. — №. 2. — С. 5–28.
13. Hand-assisted laparoscopic splenectomy: indications and technique / Bermas H., Fenoglio M. E., Haun W., Moore J. T. // JSLS. — 2004. — vol. 8910. — P. 69–71.
14. Mustafakulov G. I. et al. Splenectomy for hairy cell leukemia // Central Asian Journal of Medicine. — 2021. — Т. 2021. — №. 4. — С. 160–167.
15. Kato A. Disorders associated with autoimmune thrombocytopenic purpura // Nippon Rinsho. — 2003. — vol. 61. — P. 604–608.
16. Cines D. B., Cuker A., Semple J. W. Pathogenesis of immune thrombocytopenia. PresseMed. 2014; 43 (4 Pt2): e49–59. doi: 10.1016/j.lpm. 2014.01.010.

## Актуальность санитарно-гигиенического обеспечения войск

Озюменко Виталий Владимирович, слушатель магистратуры

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (г. Москва)

*В статье автор осветил актуальность мероприятий медицинского контроля войск в мирное и военное время.*

**Ключевые слова:** медицинский контроль, санитарно-гигиенические мероприятия, полевое размещение войск, противоэпидемические мероприятия.

Организация и проведение гигиенического и противоэпидемического обеспечения является одним из основных видов деятельности медицинской службы наряду с лечебно-эвакуационными мероприятиями.

Мероприятия санитарно-эпидемиологического надзора направлены на снижение потерь личного состава от применения противником различных видов оружия, предупреждение массовых заболеваний личного состава на фоне ухудшением санитарного состояния территории, предупреждение профессиональных заболеваний и острых поражений ядовитыми и агрессивными техническими жидкостями, ионизирующим и электромагнитным излучением, а также другими факторами военного труда.

Примером из истории служат Римские полководцы, которые являлись на тот период времени лучшими военными организаторами во всех областях, в том числе и по благоустройству своих войск. В трактатах древнеримского историка Тацита П. К., древнегреческого философа Плутарха Л. М. и древнеримского полководца Цезаря Г. Ю. отражены особенности благоустройства полевых лагерей, порядок установки водопровода, элементы коммунально-бытового строительства.

В годы Великой Отечественной войны была организована целая система санитарно-гигиенического обеспечения войск, основанная на основных принципах, актуальных для этого периода:

1. В организации санитарно-гигиенического обеспечения принимают непосредственное участие все звенья медицинской службы;

2. Противоэпидемические мероприятия регламентированы воинскими уставами, наставлениями и выполнении их возложено на соответствующих командиров и начальников;

3. Для качественного обеспечения противоэпидемических мероприятий необходимо формирование соответствующих подразделений с оборудованными санитарно-гигиеническими лабораториями;

4. Военная гигиена должна базироваться на достижениях передовой гигиенической науки и военной медицины.

Данные принципы заложены в основу всего комплекса санитарно-гигиенических мероприятий и актуальны в настоящее время.

Санитарно-гигиенические мероприятия проводятся с целью сохранения боеспособности и укрепления здоровья личного состава посредством выполнения установленных гигиенических правил и норм полевого размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания, обеспечения безопасных условий труда, а также соблюдения правил личной и общественной гигиены.

Медицинский контроль за состоянием здоровья личного состава осуществляется путем оценки физического развития военнослужащих с учетом воздействия физической и нервно-психической нагрузок, метеорологических условий, влияния радиационного и химического факторов. Систематически осуществляется проверка наличия и исправности средств индивидуальной защиты, наблюдение за правильностью учета полученных доз внешнего облучения, определяется возможность дальнейшего пребывания