

якҷоягӣ истифодабарии амалиётҳои каминвазивӣ бо табобати консервативӣ нишондодҳои ФНО-а, IL-4 ва IL-6 дар талҳои беморони бо намуди панкреатити билиарӣ самаранок паст намуд, ки дар муқоиса бо марҳилаи то амалиёт консентратсияи ФНО-а, IL-4 и IL-6 дар талҳо мутлақан дар ҳудуди 71,0, 47,7 ва 70,6% кам буд.

Бо мақсади пешбинӣ намудани ҳавфи пайдоиши ПБ усули сонографияи ултрасадоии эндоскопӣ таҳия карда шуд, ки дар 96% мушоҳидаҳо ҳолатҳо ПБ тасдиқ карда шуд.

Дар марҳилаи баъди амалиёти якҷоягии каминвазивӣ бо табобати консервативӣ, дар 3 рӯзи аввал, беҳтаршавии ҳолати беморон дар ҳама 60 мушоҳида ба қайд гирифта шуд. Бистаришавии миёна $8,4 \pm 1,2$ шабонарӯзро ташкил

намуд, ки дар муқоиса бо беморони гурӯҳи дуюм $26,6 \pm 2,4$ шабонарӯз. Оризаҳои баъди ҷарроҳӣ дар 5 (8,3%) бемор ба қайд гирифта шуд, ба муқобили 12 (18,2%) ҳолат дар беморони бо амалиётҳои анъанавӣ. Дар 2 (3,0%) ҳолат баъди амалиётҳои анъанавӣ фавт ба наза расид, ки ба афзоиш ёфтани ҳолати норасогии полиорганӣ вобастагӣ дошт.

Хулоса. Усулҳои муосири лабораторӣ ва асбобӣ имконият доранд, ки оризаҳои ПБШ-ро тавсиф ва пешгӯӣ намоянд. Ҳамзамон амалиётҳои якҷояи каминвазивӣ имкони медиҳанд, ки натиҷаи табобати БПШ-ро беҳтар гардонанд.

Калимаҳои калидӣ: панкреатит билиарӣ, статуси ситокинӣ, ултрасонографияи эндоскопӣ, амалиётҳои якҷояи каминвазивӣ.

УДК 616.33-002.2;616.34.073

^{1,2} Ф.И. Махмадов

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА У БОЛЬНЫХ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

¹ ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

² Кафедра хирургических болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Махмадов Фарух Исроилович – доцент кафедры хирургических болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; тел.: +992 918-75-44-90

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом путем лапароскопической коррекции рефлюкс-гастрита.

Материал и методы исследований. Анализированы результаты комплексной диагностики и хирургической коррекции рефлюкс-гастрита (РГ) у 42 пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС). Больные разделены на две группы: основная ($n=18$) и контрольная ($n=24$). В контрольную группу вошли пациенты, которые получали только консервативное лечение.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех больных выявлен РГ различной степени. При гипокINETическом виде нарушений моторики двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 3 (16,7%) пациентов хирургическую коррекцию выполняли путем видеолaparоскопической спирит-новокаиновой блокады чревного сплетения (химическая невротомия). При высоком расположении нервной петли тощей кишки за счёт перипроцессов ($n=3$) и выраженных перидуоденитах ($n=5$) в 8 (44,4%) наблюдениях произвели видеолaparоскопическое рассечение спаек (операцию Стронга). В 2 (11,1%) случаях при гиперкинезии ДПК ограничились выполнением традиционной открытой операции в виде «пунктирной» серомиотомии. У 5 (27,8%) больных с суб- и декомпенсированным нарушением дуоденальной проходимости и артерио-мезентериальной компрессией (АМК) выполнили шунтирующие и комбинированные операции на ДПК.

Заключение. При выявлении рефлюкс-гастрита у больных с ПХЭС рекомендуется выполнять его коррекцию мининвазивным способом. Консервативное лечение временно избавляет больных от страданий. Наиболее радикальным методом лечения РГ является ее видеолaparоскопическая коррекция, которая в значительной степени уменьшает частоту развития послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рефлюкс-гастрит, постхолецистэктомический синдром, лапароскопическая коррекция.

^{1,2} F.I. Mahmadv**LAPAROSCOPIC CORRECTION OF THE REFLUX-GASTRITIS IN PATIENTS WITH POST-CHOLECYSTECTOMY SYNDROME**¹ State institution «Istiklol health complex»² Department of surgical diseases № 1 Avicenna Tajik State Medical University**Makhmadov Farukh Isroilovich** - Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 of the Avicenna Tajik State Medical University, Doctor of medical sciences; tel.: +992 918-75-44-90**Aim.** To improve the results of treatment of patients with the post-cholecystectomy syndrome.**Materials and methods.** The analyzed materials reflect the results of complex diagnostics and surgical correction of reflux gastritis in 42 patients with post-cholecystectomy syndrome treated in the city clinical hospital of emergency in Dushanbe for the period of 2016-2018. Patients were divided into two groups: primary (n = 18) and control (n = 24). The control group included patients that received only conservative treatment.**Results.** All patients under examination had a reflux-gastritis of various degrees. In three cases (16.7%) patients with hypokinetic disorders of duodenum motility had a surgical correction by laparoscopic novocaine blockade of the celiac plexus (chemical neurectomy). In 8 (44.4%) cases, patients with a high location of the jejunal nerve loop due to peritoneal process (n = 3) and expressed periduodenitis (n = 5) received video-laparoscopic dissection of the adhesions (Strong's operation). In 2 (11.1%) cases, during hyperkinesia of the duodenum surgery was limited to traditional open surgery in a form of a «dashed» seromyotomy. 5 (27.8%) patients with subcompensated and decompensated duodenal patency disorder and arterio-mesenteric compression of the duodenum, received shunting and combined operations on the duodenum.**Conclusions.** In the case of reflux gastritis in patients with the post-cholecystectomy syndrome, minimally invasive correction is recommended. Conservative treatment temporarily relieves patients. According to the results of the study, the most radical method of reflux-gastritis treatment is a laparoscopic correction, which significantly reduces the incidence of postoperative complications.**Keywords:** reflux-gastritis, post-cholecystectomy syndrome, laparoscopic correction.

Актуальность. Проблема лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в последние годы приобретает все большую значимость, главной причиной является увеличение числа людей с данной патологией - 10-15% взрослого населения [1, 3, 7, 11]. Холецистэктомия - вторая по распространенности в мире операция после аппендэктомии [2, 3, 4, 13].

Согласно литературным данным, около 40% пациентов повторно обращаются за медицинской помощью в связи с развитием ПХЭС [6, 8, 12]. Несмотря на это, внедрение новых диагностических и хирургических технологий не решило проблемы, и процент неудовлетворительных результатов остается высоким [5, 9, 10].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом путем лапароскопической коррекции рефлюкс-гастрита.

Материал и методы исследований. С 2016 по 2018 гг. в хирургических отделениях ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе обследовались и лечились 42 пациента с ПХЭС. Из них мужчин было 13 (31%), женщин - 29 (69%). Средний возраст больных составил 42±1,2 года. Пациенты

были разделены на две группы: основная (n=18) и контрольная (n=24). В контрольной группе проводили только консервативное лечение.

Больные при поступлении в клинику в основном жаловались на периодические боли в правом подреберье (71%), боли в надчревной области (97%), тошноту (39%), горечь во рту (42%), изжогу (86%) и снижение аппетита (100%).

Всем пациентам выполнены комплексные клинично-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая: УЗИ, фиброгастродуоденоскопию, поэтажную манометрию и по необходимости - релаксационную дуоденографию.

С целью дифференциальной диагностики механического и функционального дуоденостаза, а также для определения или исключения мегадуоденума было проведено полипозиционное рентгенологическое исследование ДПК в условиях гипотонии. Кроме этого, для диагностики дуоденостаза эффективно использовали МРТ, при которой определяли размеры двенадцатиперстной кишки, время эвакуации жидкости и угол отхождения верхнебрыжеечных сосудов от аорты.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты проведенных УЗИ показали, что у 10

(55,5%) больных обнаружены прямые признаки дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) (усиление перистальтической активности ДПК в сочетании с замедлением ее опорожнения и рефлюксом в желудок, эктазия ДПК), у 12 (66,7%) больных имелись такие косвенные признаки ДГР, как избыточное натошак содержимое в желудке, дискинезия желчевыводящих путей, повышение эхоплотности поджелудочной железы, умеренное расширение общего желчного протока.

При гастроскопии, проведенной натошак, у 4 (22,2%) больных выявлен гастростаз, однако у них не имелось явлений пилоростеноза. Также у 3 (16,7%) пациентов обнаружено РГ-I, у 8 (44,4%) - РГ-II, у 7 (38,9%) - РГ-III степени. Все эти данные, характерные для РГ, не соответствовали жалобам больных, которые предъявлялись при поступлении.

При проведении поэтажной манометрии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта выявлено высокое внутрижелудочное давление у 7 (38,9%) и интрадуоденальное давление - у всех пациентов основной группы.

Анализ рентгенологического исследования показал, что у 13 (72,2%) больных отмечается замедление продвижения контрастного вещества по ДПК, среди них у 8 (44,4%) отмечалось высокое стояние дуоденоюнального перехода. Расширение ДПК выше нормы обнаружено у 11 (61,1%) пациентов.

УЗ-доплерография показала, что у 2 (11,1%) больных имелся острый угол отхождения артерио-мезентериальных сосудов, сдавливающих просвет ДПК, что расценивалось как АМК ДПК. Последнее было подтверждено также проведением МРТ.

Таким образом, после проведения комплексного исследования, выявлено 13 больных с хронической непроходимостью дуоденума в стадии компенсации и 5 больных - в стадиях суб- и декомпенсации.

Все пациенты с РГ для уменьшения клинических проявлений заболевания в программе предоперационной подготовки получили консервативное лечение: Н2-блокаторы, блокаторы протоновой помпы, прокинетики, антациды, а также физиотерапевтические процедуры.

В основной группе все (n=18) больные, которым было диагностировано нарушение моторной функции ДПК, подверглись различным методам хирургической коррекции.

Так, при гипокинетическом виде нарушений моторики двенадцатиперстной кишки хирургическую коррекцию 3 (16,7%) больным выполнили пу-

тем видеолапароскопической спирт-новокаиновой блокады чревного сплетения (химическая нервотомия). По мнению ряда авторов, применение данного метода ликвидации гипокинезии двенадцатиперстной кишки позволяет резко ослабить тормозное влияние симпатических нервных ветвей и тем самым активизировать стимулирующее влияние парасимпатических нервов на моторику двенадцатиперстной кишки [2, 3]. Кроме этого, химическая денервация кишки сопровождается стойким угнетением сегментарных сокращений, повышенной пропульсивной перистальтикой кишки или тонуса, что обеспечивает ускорение пассажа.

При высоком расположении нервной петли тощей кишки за счёт перипроцессов (n=3) и выраженных перидуоденитах (n=5) 8 (44,4%) больным было выполнено видеолапароскопическое рассечение спаек (операцию Стронга).

В 2 (11,1%) наблюдениях при гиперкинезии ДПК ограничились выполнением традиционной открытой операции в виде «пунктирной» серомиотомии. Преимуществом этой методики является то, что метод обеспечивает дозированное рассечение циркулярных мышц ДПК, что исключает опасность развития нарушения сократительной способности ДПК. Длина производимого разреза не должна превышать поперечный разрез кишки, а расстояние между ними позволяет наложить серозно-мышечные швы. Разрезы ушиваются в поперечном направлении.

Следует отметить, что все вышеуказанные вмешательства были выполнены при нарушении моторики ДПК в стадии компенсации. Лишь у 5 (27,8%) больных с нарушением дуоденальной проходимости в стадии декомпенсации и АМК ДПК выполнили шунтирующие и комбинированные операции на ДПК (поперечная антирефлюксная дуодено-юностомия - 3 и резекция желудка по Бильрот II-2). В этой группе больных, каких-либо интраоперационных осложнений не наблюдались.

В послеоперационном периоде изучали результаты лечения больных в сроки 1 и 6 месяцев после операции.

В ближайшем послеоперационном периоде субъективно отмечены хорошие результаты лечения, в дополнительном медикаментозном лечении пациенты не нуждались, послеоперационных осложнений и признаков моторных нарушений функции двенадцатиперстной кишки при рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях не отмечено.

При анализе результатов лечения в основной группе пациентов отмечалась выраженная положительная динамика. Как показала поэтажная манометрия, после выполнения корригирующих вмешательств нормализовалось интрадуоденальное давление, а также в значительной степени уменьшилось выраженность РГ по данным ФГДС.

В контрольной группе на фоне стандартной консервативной терапии, по данным объективного исследования, положительной динамики не отмечалось. После консервативного лечения 11 (45,8%) пациентов жаловались на тупые боли в область эпигастрии, изжогу, горечь во рту, и 5 (20,8%) из них повторно госпитализировались и лечились по поводу РГ. При ФГДС в контрольной группе через 1 месяц зафиксирован РГ - I степени у 9 (42,8%) пациентов, а через 6 месяцев у этих же пациентов выявлено РГ - II и III степеней.

После года количество больных, предъявляющих жалобы и повторно поступивших в клинику по поводу РГ, увеличились, достигнув 18 (75%).

В контрольной группе отмечается прогрессирование РГ с периодическими обострениями на фоне прекращения медикаментозного лечения. Выполнение видеолaparоскопических вмешательств по предложенной методике снижает риск инфицирования зоны антирефлюксного вмешательства, появляется возможность оценки гемостаза в зоне дуодено-еюнального перехода и выявления интраоперационных осложнений через 15-20 минут (по окончании холецистэктомии), кроме того, это рационально, так как антирефлюксные операции сложнее технически.

Заключение. При выявлении рефлюкс-гастрита у больных с ПХЭС по возможности рекомендуется выполнять его коррекцию миниинвазивным способом. Консервативное лечение не является радикальным методом лечения у больных с РГ органического характера, лишь временно избавляет больных от страдания, что проявляется стиханием симптомов. Патогенетически обоснованная видеолaparоскопическая коррекция РГ в значительной степени уменьшает частоту развития послеоперационных осложнений и при этом улучшает качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА (ПП. 12, 13 СМ. В REFERENCES)

1. Абдуллаев Д.С., Тойгонбаев А.Т., Алтынбекова А.А., Токтосопиев Ч.Н. Хроническая дуоденальная непроходимость, диагностика и лечение // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2016. - № 2. - С. 36-39.
2. Абдуллоев Д.А., Курбонов К.М. Комплексная

диагностика и лечение хронических нарушений дуоденальной проходимости при калькулёзном холецистите // Вестник Авиценны. - 2009. - № 1 (38). - С. 29-36.

3. Абдуллоев Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Билолов М.К. Постхолецистэктомический синдром (обзор литературы) // Здравоохранение Таджикистана. - 2017. - № 2. - С. 57-64.

4. Абдуллоев Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Билолов М.К. Профилактика постхолецистэктомического синдрома // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2016. - № 4. - С. 5-10

5. Алиев М.А., Абдуллаев М.Р. Постхолецистэктомический синдром: причины, профилактика, диагностика, лечение (анализ серии наблюдений) // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. - 2017. - № 4 (25). - С. 30-32.

6. Барт Б.Я., Михайлузов С.В., Михайлузова М.П., Мельников К.В., Николаева А.С. Дуоденогастральный рефлюкс в клинической практике // Российский медицинский журнал. - 2013. - № 1. - С. 18-22.

7. Басарболиева Ж.В. Ступин В.А., Кобесов Н.В., Васин В.И., Дорошенко Д.А. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма у больных с постхолецистэктомическим синдромом // Справочник врача общей практики. - 2015. - № 2. - С. 22-30.

8. Вахобзода П., Дустов А., Мироджов Г.К., Шарипов В.Ш. Радионуклидная диагностика хронической дуоденальной непроходимости // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. - 2017. - № 1 (196). - С. 100-106

9. Дибиров М.Д., Халидов О.Х., Гаджимурадов Р.У., Гудков А.Н., Фомин В.С., Джаджиев А.Б. Хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки как следствие высокой фиксации дуоденоеюнального перехода и спаечной болезни брюшины // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2017. - № 9. - С. 95-98.

10. Костяков С.Е., Алимова И.Л. Диагностические критерии патологического дуоденогастрального рефлюкса у подростков по данным суточной pH-метрии желудка // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2014. - Т. 13, № 1. - С. 40-43.

11. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Абдуллин Р.С., Саргсян А.М. Артериомезентериальная дуоденальная компрессия // Медицинский вестник Башкортостана. - 2017. - Т. 12, № 4 (70). - С. 126-133.

REFERENCES

1. Abdullaev D. S., Toygonbaev A. T., Altynbekova A. A., Toktosopiev Ch. N. Khronicheskaya duodenalnaya neprokhodimost, diagnostika i lechenie [Chronic duodenal obstruction, diagnosis and treatment]. Vestnik KGMA im. I.K. Akhunbaeva - Herald of the Kyrgyz state medical Academy named after I. K. Akhunbaev, 2016, No. 2, pp. 36-39.
2. Abdulloev D. A., Kurbonov K. M. Kompleksnaya diagnostika i lechenie khronicheskikh narusheniy duode-

nalnoy prokhozimosti pri kalkulyoznom kholistsite [Comprehensive diagnosis and treatment of chronic disorders of duodenal obstruction during calculous cholecystitis]. Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna, 2009, No. 1 (38), pp. 29-36.

3. Abdulloev D. A., Sayfudinov Sh. Sh., Bilolov M. K. Postkholistsiektomicheskiy sindrom (obzor literatury) [Postcholecystectomy syndrome (literature review)]. Zdravookhraneniye Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan, 2017, No. 2, pp. 57-64.

4. Abdulloev D. A., Sayfudinov Sh. Sh., Bilolov M. K. Profilaktika postkholistsiektomicheskogo sindroma [Prevention of postcholecystectomy syndrome]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of postgraduate education in healthcare, 2016, No. 4, pp. 5-10

5. Aliev M. A., Abdullaev M. R. Postkholistsiektomicheskiy sindrom: prichiny, profilaktika, diagnostika, lechenie (analiz serii nablyudeniy) [Postcholecystectomy syndrome: causes, prevention, diagnosis, treatment (analysis of observations)]. Vestnik Dagestanskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii - Herald of the Dagestan state medical academy, 2017, No. 4 (25), pp. 30-32.

6. Bart B. Ya., Mikhaylusov S. V., Mikhaylusova M. P., Melnikov K. V., Nikolaeva A.S. Duodenogastralnyy refluks v klinicheskoy praktike [Duodenogastric reflux in clinical practice]. Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal - Russian medical journal, 2013, No. 1, pp. 18-22.

7. Basarbolieva Zh. V., Stupin V. A., Kobesov N. V., Vasin V. I., Doroshenko D. A. Optimizatsiya lechenno-diagnosticheskogo algoritma u bolnykh s postkholistsiektomicheskim sindromom [Optimization of the diagnostic and treatment algorithms for patients with a postcholecystectomy syndrome]. Spravochnik vracha obshchey praktiki - Handbook of doctor of general practitioner, 2015, No. 2, pp. 22-30.

8. Vakhobzoda P., Dustov A., Mirodzhov G. K., Sharipov V. Sh. Radionuklidnaya diagnostika khronicheskoy duodenalnoy neprokhodimosti [Radionuclide diagnosis of chronic duodenal obstruction]. Izvestiya Akademii nauk Respubliki Tadjikistan. Otdelenie biologicheskikh i meditsinskikh nauk - News of the academy of sciences of the Republic of Tajikistan. Department of biological and medical Sciences, 2017, No. 1 (196), pp. 100-106

9. Dibirov M. D., Khalidov O. Kh., Gadzhimuradov R. U., Gudkov A. N., Fomin V. S., Dzhadzhiev A. B. Khronicheskaya neprokhodimost dvenadtsatiperstnoy kishki kak sledstvie vysokoy fiksatsii duodenoeyunalnogo perekhoda i spazhnoy bolezni bryushiny [Chronic obstruction of the duodenum as a result of high fixation of the duodenojejunal junction and adhesive peritoneal disease]. Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov, 2017, No. 9, pp. 95-98.

10. Kostyakov S. E., Alimova I. L. Diagnosticheskie kriterii patologicheskogo duodenogastralnogo refluksa u podrostkov po dannym sutochnoy rN-metrii zheludka [Diagnostic criteria of pathological duodenal-gastric reflux

in adolescents according to the daily pH measurement of the stomach]. Vestnik Smolenskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii - Herald of the Smolensk state medical academy, 2014, Vol. 13, No. 1, pp. 40-43.

11. Timerbulatov Sh. V., Timerbulatov V. M., Abdullin R. S., Sargsyan A. M. Arteriomezenterialnaya duodenalnaya kompressiya [Arteriomesenteric duodenal compression]. Meditsinskiy vestnik Bashkortostana - Medical herald of Bashkortostan, 2017, Vol. 12, No. 4 (70), pp. 126-133.

12. Chen T. F. Yadav P. K., Wu R. J. et al. Comparative evaluation of intragastric bile acids and hepatobiliary scintigraphy in the diagnosis of duodenogastric reflux. World journal of gastroenterology, 2013, Vol. 19 (14), pp. 2187-2196.

13. Jaunoo S. S., Mohandas S., Almond L.M. Postcholecystectomy syndrome (PCS). International journal of surgery, 2010, Vol. 8, No. 1, pp. 7-15.

^{1,2} **Ф.И. Махмадов**

БАРТАРАФКУНИИ ГАСТРИТИ РЕФЛЮКСӢ БО УСУЛИ ЛАПАРОСКОПИИ ДАР БЕМОРОНИ АЛОИМИ БАЪДИХОЛЕСИТЕКТОМИКӢ

¹ *Муассисаи давлатии Маҷмааи Тандурустии Истиқлол»*

² *Кафедраи ҷарроҳии № 1 ДДТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино*

Мақсади омӯзиш. Бехтаргардонии натиҷаҳои муолиҷа дар беморони бо алоими баъдихолесистектомикӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар кори илмӣ натиҷаҳои таҳлили ҳамаҷониба ва бартарафкунии гастрити рефлюксӣ бо усули лапароскопӣ дар 42 бемор бо таҳлили алоими баъдихолесистектомикӣ, ки дар беморхонаи клиникавии шаҳрии ёрии таъҷилии шаҳри Душанбе, дар муҳлати аз 2016-2018 таъбаат ёфтаанд, нишон медиҳад. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: асосӣ (n = 18) ва назоратӣ (n = 24). Дар гурӯҳи назоратӣ танҳо бемороне, ки таъбаати консервативиро гирифтанд, дохил карда шуданд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Дар ҳамаи беморон, баъди муоинаи ҳамаҷониба гастрити рефлюксӣ дар марҳилаи гуногун ёфт гардид. Ҳамин тавр, ҳангоми вайроншавии музмини дуоденалӣ бо намуди гипотоникӣ дар 3 (16,7%) бемор ҷарроҳиро бо таври видеолароскопии спиртновоканӣ муосираманоии бофти батни (нервотомияи химиявӣ) гузаронида шуд. Ҳангоми ҷойгиршавии баланди бандинаи трейтс аз ҳисоби перипросесҳо (n=3) ва перидуоденитҳо

(n=5), дар 8 (44,4%) ҳолат буриши лапароскопии часпишхо (чарроҳии Стронг) гузаронида шуд. Дар 2 (11,1%) ҳолат бошад, ҳангоми гиперкинезии рудаи дувоздаҳангушта, танҳо чарроҳии кушодаи анъанавӣ бо намуди серомиотомияи “пунктирӣ” гузаронида шуд. Дар 5 (27,8%) беморе, ки вайроншавии музмини гузариши дуоденалӣ дар марҳилаи суб- ва декомпенсатсия, инчунин компрессияи аорто-мезентериалии рудаи дувоздаҳангушта қарор дошт, чарроҳии пайвастанда ва омехта дар рудаи дувоздаҳангушта гузаронида шуд.

Хулоса. Ҳангоми муаянкунии гастрити

рефлюксӣ дар беморони алоими баъдихолесистэктомикӣ тавсия дода мешавад, ки бартарафкуниаш он миниинвазивӣ бошад. Табобати консервативӣ беморонро муваққатан аз азоб дур сохта, нишонаҳои беморию гум месозад. Натиҷаҳои тадқиқоти мо, нишон дод, ки табобати радикалии гастрити рефлюксӣ ин бартарафкунии патогенетикии асосноки видеолапароскопӣ мебошад, ки дар дарраҷаи назаррас ҷанномади баъдичарроҳиро кам мекунад.

Калимаҳои калидӣ: гастрити рефлюксӣ, алоими баъдихолесистэктомикӣ, бартарафкунии видеолапароскопӣ.

УДК 61.616.-01/-099-03

¹М.Дж. Муродов, ¹А.Р. Мавлонов, ²М.С. Қосимова, ¹З.Н. Набиев

СОСТОЯНИЕ ПЕРИОКСИДАЦИИ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

¹ ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

² Центр здоровья района Б. Гафурова, Согдийская область

Муродов Махмадкул Джонбобоевич - зам. директора ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ; тел.: +992 919005902; e-mail- daryolav-0791@mail.ru

Цель исследования. Изучение состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ), содержания маркеров повреждения нервной ткани у подростков с отягощенным перинатальным анамнезом и обоснованным применением антиоксидантов.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе детского неврологического отделения НМЦ РТ и центра реабилитации Согдийской области.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют, что уровень МДА достоверно повышен на 19,1%, а уровень каталазы статистически значимо понижен в основной группе на 31,3%, по сравнению с контролем ($p < 0,05$).

Заключение. Усиление продуктов ПОЛ и угнетение антиоксидантной системы в основной группе связаны с последствием поражения центральной нервной системы, уровнями гипоксии и ишемии.

Ключевые слова: поражение нервной системы, подростки, перинатальная патология, центральная нервная система, иммунобиохимические маркеры.

¹Murodov M.J., ¹Mavlonov A.R., ²Qosimova M.S. ^{2,1} Nabiev Z.N.

THE CONDITION OF THE PEROXIDATION IN CHILDREN WITH A PERINATAL PATHOLOGY OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

¹ SI «Republican Scientific-Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery»

² Health center of B. Gafurov, Sogd area

Murodov Mahmadvkul Jonbobaevich - Deputy Director of the State Institution «Republican Scientific and Clinical Center for Pediatrics and Pediatric Surgery» of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Tajikistan; tel: +992 919005902; Email: daryolav-0791@mail.ru

Aim. To study a condition of the lipid peroxidation and content of nervous tissue damage markers in teenagers with complicated perinatal history and reasonable antioxidant medication.