



Бобомурадов Бахтиёр Муродуллаевич¹, Гуламов Олимжон Мирзахитович¹,

Махсудов Максуд Туймурадович¹, Ахмедов Гайрат Келдибаевич², Хайдарова Лайло Олимжоновна²

1 - “Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази” ДМ, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Бобомурадов Бахтиёр Муродуллаевич¹, Гуламов Олимжон Мирзахитович¹,

Махсудов Максуд Туймурадович¹, Ахмедов Гайрат Келдибаевич², Хайдарова Лайло Олимжоновна²

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ETIOPATHOGENETIC BASES AND COMPLICATIONS OF HIATAL HERNIAS

Bobomuradov Bakhtiyor Murodullaevich¹, Gulamov Olimjon Mirzahitovich¹, Makhmudov Maksud

Tuymuradovich¹, Akhmedov Gayrat Keldibaevich², Khaidarova Laylo Olimjonovna²

1 - State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov", Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: dr_gayrat@inbox.ru

Резюме. Ушбу мақола замонавий тиббиёт ва жарроҳликнинг асосий муаммоларидан бири бўлган диафрагма қизилўнғач тешиги чурраларига (ДҚТЧ) бағишланган. Бунда касалликнинг учраш ҳолатлари, этиологик хусусиятлари, келиб чиқиш механизми ва асосий омиллари, шунингдек, баъзи асоратлари ҳақида гап боради.

Калит сўзлар: ДҚТЧ, ГЭРК, этиология, асоратлар.

Abstract. This article is devoted to one of the main problems of modern medicine and surgery - hiatal hernia (HH). The frequency, etiological features, mechanism of occurrence and main development factors, as well as complications of the disease are discussed.

Key words: HH, GERD, etiology, complications.

Диафрагма қизилўнғач тешиги чурралари (ДҚТЧ) диафрагмал чурраларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, умумий чурраларнинг 95–98%ини ташкил қилади [4, 9, 16]. Ҳозирги вақтда ДҚТЧнинг учраш частотаси ошиб бораётгани бир қатор омиллар билан изоҳланади. Биринчидан, аҳоли орасида стрессли вазиятлар, рухий зўриқиш ва тез-тез тарқалувчи психоэмоционал ноқулайликлар тобора ортиб бормокда. Иккинчидан, замонавий ҳаёт тарзининг ўзгариши — камҳаракатлик, овқатланиш маданиятининг бузилиши, экологик муаммолар, шунингдек, бир вақтнинг ўзида бир нечта дори воситаларини тартибсиз қабул қилиш — хазм тракти касалликлари зудлик билан кўпайишига хизмат қилмокда. Учинчидан, эндоскопия,

функционал диагностика, рентгенологик ва ультратовуш текшируви каби замонавий ташхис усулларининг кенг қўлланилиши ДҚТЧни илгарига нисбатан тез ва аниқ аниқлаш имконини бермокда [2, 4, 16].

Кўпгина тадқиқотлар маълумотларига кўра [8, 19], ДҚТЧ, айниқса гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) билан ёнма-ён кечганда, қорин бўшлиғи шикастланишлари орасида меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ҳамда холециститдан кейинги ўринда туради. 1997-йилда Бельгиянинг Генвал шаҳрида ўтказилган Бутунжаҳон фанлараро конгрессда гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги мустақил нозологик бирлик деб тан олинган ва шу вақтдан

бери ГЭРК атамаси кўп ҳолларда ДҚТЧ билан биргаликда қўлланилади [1, 9, 17].

Рефлюкс-эзофагит (РЭ) ДҚТЧнинг асосий патогенетик оқибати ҳисобланиб, унинг ривожланишида бир нечта муҳим омиллар иштирок этади. Улар орасида кизилўнгач перистальтикаси пасайиши, пастки кизилўнгач сфинктери (ПҚС) тонусининг камайиши ёки унинг дисфункцияси муҳим аҳамиятга эга [1, 5].

Анатомик нуқтаи назардан, кизилўнгач узунлиги 25–30 см атрофида бўлган найсимон аъзо бўлиб, бўйин, кўкс оралиғи ва қорин соҳаларидан ўтади. Унинг деворида анатомик ва физиологик тораймалар мавжуд бўлиб, овқат лўқмасининг ўтишини ва муайян вақт сақланишини таъминлайди. Қизилўнгачнинг юқори қисми кўндаланг-тажрил мушаклардан, пастки қисми эса силлиқ мушак тўқимасидан ташкил топган бўлиб, бу пассаж физиологиясида муҳим роль ўйнайди [4, 16].

Қизилўнгачнинг меъдага ўтиш соҳасида бир нечта боғламлар жойлашган. Улардан бўлган кизилўнгач-диафрагмал боғлам диафрагма тешигининг асосий "дарвозаси" вазифасини бажаради ва кизилўнгачнинг пастки қисмини диафрагмага маҳкамлаб туради. Шу боғламлар меъда-диафрагмал, меъда-жигар ва меъда-талок боғламлари билан бирлашиб, диафрагманинг оёқчасини ташкил этади. Бу структуралар ДҚТЧни жарроҳлик йўли билан даволашда — айниқса фундопликация амалиётида — алоҳида аҳамиятга эга. Чунки ортикча боғламларни кесиб ташлаш меъданинг юқорига силжиб кетишига олиб келиши мумкин [6, 11, 20].

Диафрагмал чурраларнинг келиб чиқишига туғма аномалиялар, эмбриогенездеги хатоликлар, турли жароҳатлар ва олдиндан мавжуд бўлган патологик ҳолатлар ҳам олиб келиши мумкин [14]. Василенко В.Х. ва Гребенева А.Л.лар ДҚТЧ патогенетик омилларини морфологик, механик ва тракцион турларга ажратиб ўрганганлар [4, 9, 17].

ДҚТЧнинг морфологик тури диафрагма тешиги атрофидаги анатомио-физиологик бирлашмаларнинг туғма ёки орттирилган етишмовчилиги билан боғлиқ. Бу ҳолат қорин ичи босими ошиши билан биргаликда аъзоларнинг кўкс оралиғига кўтарилишига олиб келади. Механик тури диафрагма оёқчаларининг бўшашиши, кенгайиши натижасида ривожланади. Бу ҳолат кўпинча астеник тузилишли, мушакларига етарли зўриқиш тушмайдиган ва бириктирувчи тўқима дисфункциялари мавжуд шахсларда кузатилади. Қорин ичи босимининг доимий ошиши — оғир юк кўтариш, семизлик, қусиш, йўтал, ҳомиладорлик, ич котиғи — ДҚТЧ ривожига асосий омиллардан биридир [3, 15, 21].

Тракцион тури эса хазм трактининг деворларига доимий салбий таъсир кўрсатувчи

бир қатор ҳолатлар билан боғлиқ бўлиб, уларга сурункали холецистит, панкреатит, гастродуоденал яралар каби касалликлар натижасида юзага келадиган доимий қусиш ва эзофаго-гастрок тракциялар киради [5, 17].

Кўп сонли тадқиқотлар [8, 10] шуни кўрсатадики, ДҚТЧ 60–70% ҳолларда бошқа хазм тракти касалликлари билан бирга кечади. 15–17% ҳолларда бир вақтда икки ва ундан ортик патология биргаликда учрайди. Уларнинг энг кенг тарқалганлари Кастен синдроми (7–7,5%) ва Сейнт триадаси (3,2%)дир [7, 13].

РЭнинг ривожланишида кизилўнгачдаги антирефлюкс механизмининг етишмовчилиги асосий роль ўйнайди. Бу ПҚС дисфункцияси, нормал перистальтиканинг издан чиқиши, Гисс бурчагининг анатомик ўзгариши ва диафрагма оёқчалари, шунингдек Губарев клапанининг функциядан қолиши билан боғлиқ [6, 12].

Қизилўнгач шиллиқ қаватидаги рН муҳити РЭ патогенезида алоҳида аҳамиятга эга. Нормада кизилўнгачда ишкорий муҳит ҳукмрон бўлади. Лекин меъда кислотасига бой секретининг қайталанувчи регургитацияси клиренс функцияси бузилганда слизистани тез зарарлайди. Бу ўзгаришлар аввал эрозив, кейинчалик ярали эзофагитга олиб келади [7, 18].

ГЭРК ва ДҚТЧнинг ривожланиши ҳақидаги назариялар ҳанузгача тўлиқ яқдилликка эга эмас. Бирламчи гастроэзофагеал рефлюкс тўғрисидаги талқинларга кўра, ПҚСнинг физиологик заифлиги морфологик ўзгаришлар билан бирга кечиб, кейинчалик стриктуралар, эрозиялар ва чуқур яралар ривожланишига сабаб бўлиши мумкин [1, 10, 19].

ДҚТЧ ва ГЭРК асоратлари катта клиник аҳамиятга эга. Улар 32–40% ҳолларда кузатилиб, асосан беморларнинг кеч мурожаати ёки нотўғри даволаш билан боғлиқ [2, 8, 19, 21]. Ярали эзофагит (3–7%), стриктуралар (4–20%), кон кетишлар (3,1–9%) энг кўп учрайдиган асоратлар ҳисобланади [1, 4, 17]. Энг хавфли асорат — Барретт кизилўнгачи бўлиб, у РЭ билан беморларнинг 8–20%ида кузатилади ва дисплазия ҳамда аденокарцинома хавфини 8–15%гача оширади [5, 19].

Шу тариқа, диафрагма кизилўнгач тешиги чурраларининг келиб чиқиши ва ривожланишида анатомик, физиологик, механик ва морфологик омиллар мураккаб ўзаро таъсирда иштирок этади. Бу ҳолатлар ўз вақтида аниқланмаса ва тўғри даволанмаса, жиддий асоратларга, айниқса Барретт кизилўнгачи ва кизилўнгач аденокарциномасига олиб келиши мумкин.

Диафрагма кизилўнгач тешиги чурраларининг келиб чиқиши ва ривожланишида иштирок этувчи омиллар нафақат механик ва морфологик ўзгаришлар билан, балки аъзолар

орасидаги мураккаб нейровегетатив алоқаларнинг бузилиши билан ҳам изоҳланади. Қизилўнгач ва меъданинг кардиал қисми иннервациясида муҳим роль ўйнайдиган адашган нервларининг шикастланиши ёки функцияси бузилиши, Бергманннинг тажрибаларида кўрсатилганидек, меъданинг юқорига силжишига ва кардиал соҳанинг торайишига олиб келади. Бу ҳолат ДҚТЧнинг ривожланишига нейроген омиллар ҳам таъсир қилишини исботлайди. Адашган нервларининг бўйин чиққичи соҳасидаги ўзгаришлар кўпинча меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраси, ўт-тош касаллиги каби патологияларда ҳам кузатилиши, ДҚТЧнинг полиэтиологик хусусиятга эга эканини яна бир бор тасдиқлайди [3, 9].

ДҚТЧнинг туғма шакллари асосан эмбриогенезнинг дастлабки босқичларида ривожланиш нуксонлари билан боғлиқ бўлади. Диафрагманинг фиброз ва мушакли тузилмаларининг етарли даражада шаклланмаслиги ёки бўғимлар, пайлар ва фассий тузилмаларининг заифлиги чақалоқларда чурра ривожланиши учун замин тайёрлайди. Орттирилган шакллари эса асосан катта ёшли одамларда кузатилади ва бу ҳолатнинг тарқалиши ёш билан ортади. Илмий манбаларда келтирилишича, 50 ёшдан ошган кишиларнинг камида ярмидан кўпида рефлюкс эзофагит белгилари аниқланади, ва бу ҳолатнинг кўп қисми ДҚТЧ билан боғлиқ [5].

Гастроэзофагеал рефлюкс ва унинг асосий оқибати бўлган эзофагитнинг клиник аҳамияти жуда катта. Ушбу касалликда пастки қизилўнгач сфинктери функциясининг бузилиши билан бирга, диафрагма оёқчалари ва Губарев клапани томонидан таъминланадиган антирефлюкс механизми етарлича ишламайди. Гисс бурчагининг тексиллашиши ёки йўқолиши, кардиал сфинктернинг меъданинг юқори қисми билан анатомик боғланишининг издан чиқиши рефлюкс жараёнини янада кучайтиради. Меъдадаги кислотага бой секретнинг қизилўнгачга узок вақт таъсири шиллик қаватнинг емирилишига, эрозия ва яралар ривожланишига сабаб бўлади. Қизилўнгачнинг клиренс механизми — яъни химик моддаларни меъдага қайта юборишга хизмат қилувчи физиологик тозалаш жараёни — издан чиққанда бу зарарланиш янада тез ва чуқур ривожланади [7, 18].

Касалликнинг давомий шаклларида Барретт қизилўнгачи шаклланиши мумкин. Бу метаплазия ҳолатида қизилўнгачни қоплаб турган ясси эпителийнинг ўрнини меъда ёки ичак типидagi цилиндрсимон эпителий эгаллайди ва бу ўзгариш организмнинг химоя механизми сифатида ривожланади. Бироқ узок муддатли

метаплазиянинг ўз вақти келиб дисплазияга, қолаверса аденокарцинома ривожланишига олиб келиши кўплаб илмий изланишлар билан тасдиқланган [1, 5, 17, 19]. Шунинг учун Барретт қизилўнгачи ДҚТЧ ва ГЭРКнинг энг хавфли асорати ҳисобланади.

ДҚТЧ ва ГЭРК оқибатида юзага келадиган асоратлар беморларнинг кеч мурожаати, даволашнинг етарлича самарали эмаслиги ёки нотўғри танланган терапия билан боғлиқ бўлади. Беморларнинг ўзбошимчалик билан дори воситаларини қабул қилишлари, антирефлюкс терапиясини тўлиқ бажармасликлари, парҳезга риоя қилмаслик каби омиллар касалликнинг кучайишига ва асоратлар ривожланишига замин яратади. Ярали эзофагит ва эрозив жараёнлар кўпинча қизилўнгачнинг ўрта ва пастки қисмларида учрайди. Ушбу яралар чандиқ тўқималарини ҳосил қилиб, қизилўнгачнинг стриктурасига сабаб бўлиши мумкин. Стриктуралар овқатланишни қийинлаштириб, беморларда дисфагия, оғир ҳолларда тўлиқ овқат ўтолмасликка олиб келади [7, 11].

Қизилўнгачдан қон кетиши эзофагитнинг кенг тарқалган асорати ҳисобланиб, асосан эрозия ва яраларнинг қон томирларига етиб бориши натижасида ривожланади. Қон кетишнинг клиник кўринишлари енгил даражадан то оғир анемия ва ҳаёт учун хавфли бўлган ҳолатларгача бориши мумкин [1, 4, 17].

Ушбу асоратларнинг барчаси диафрагмал чурралар ва гастроэзофагеал рефлюкснинг полиэтиологик ва полипатогенетик хусусиятга эга эканини англатади. Уларда анатомик, морфологик, механик, невроген ва биомеханик омиллар мураккаб ўзаро таъсирда иштирок этади. Шу сабабли ушбу патологияларни ташхислаш ва даволашда комплекс ёндашув муҳим аҳамиятга эга. Эрта ташхис ва замонавий антирефлюкс терапия асоратларнинг олдини олишда, Барретт қизилўнгачининг ривожланиш хавфини камайтиришда ҳамда беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашда алоҳида ўрин тутаяди.

Хулоса. Диафрагма қизилўнгач тешиги чурралари ва улар билан узвий боғлиқ гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги ҳозирги замон гастроэнтерологияси ва хирургиясининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Ушбу патологиянинг келиб чиқиши кўп омилли бўлиб, морфологик тузилишнинг ўзига хослиги, диафрагма оёқчалари ва боғламларининг анатомик етишмовчилиги, механик омиллар таъсири, нейрорегулятор механизмларнинг бузилиши, қорин ичи босимининг ошиши, шунингдек, бириктирувчи тўқима дисплазияси каби ҳолатлар унинг ривожланишида иштирок этади. Қизилўнгач меъдага ўтадиган соҳадаги боғламлар тизимининг мукамал тузилган

бўлиши анатомик жиҳатдан антирефлюкс тўсиқ вазифасини бажаради, аммо ушбу тузилмаларидаги ҳар қандай ўзгаришлар рефлюкс механизмларини кучайтириб, чурра шаклланиши учун шароит яратади.

Рефлюкс-эзофагитнинг ривожланиши пастки кизилўнғач сфинктери тонусининг пасайиши, перистальтик фаолиятнинг бузилиши, Гисс бурчагининг тексиллашиши, диафрагма оёқчалари функциясининг сусайиши ва кислотали ёки ишқорли меъда секретининг узоқ муддатли таъсири билан боғлиқ. Қизилўнғач клиренс механизмларининг сусайиши рефлюксатнинг нейтрализацияси ва пасажини секинлаштиради, бу эса шиллиқ қаватнинг емирилиши, эрозиялар ва яралар ривожланишига олиб келади. ДҚТЧ ва ГЭРКнинг асоратлари — ярали эзофагит, стриктуралар, қон кетишлар ва Барретт кизилўнғачи — ўз вақтида ташхисланмаган ва етарлича даволанмаган ҳолларда жиддий клиник оқибатларга сабаб бўлиши мумкин. Барретт кизилўнғачида кузатиладиган метаплазия ва унинг кейинчалик дисплазияга, қолаверса аденокарциномага ўтиши рефлюкс касалликларининг онкологик хавфини янада кучайтиради.

Анализ қилинган адабиётлар ва мавжуд клиник маълумотлар ДҚТЧ ва ГЭРКнинг полиэтиологик хусусиятга эга эканини исботлайди. Бу патологияларда анатомик, функционал, биохимик ва невроген механизмларнинг мураккаб ўзаро боғлиқлиги мавжуд бўлиб, уларнинг ҳар бири касалликнинг ривожланишини тезлаштириши ёки оғирлаштириши мумкин. Шу боисдан ушбу касалликларнинг муваффақиятли ташхис ва давоси комплекс, босқичма-босқич ва индивидуал ёндашувни талаб қилади. Замонавий эндоскопик, рентгенологик ва функционал текширув усулларининг ривожланиши ДҚТЧни эрта аниқлаш имконини кенгайтириб, асоратлар профилактикасини яхшилашга хизмат қилмоқда.

Илмий таҳлиллар шуни кўрсатадики, ДҚТЧ ва ГЭРКни самарали бошқаришда эрта ташхис, патогенезга йўналтирилган комплекс терапия, парҳез ва турмуш тарзини тўғрилаш, антирефлюкс доривор воситаларни тўғри танлаш ва керак бўлган ҳолларда хирургик интервенцияларни амалга ошириш муҳим аҳамиятга эга. Чурранинг морфологик тури, ўлчами, клиник белгилар намоёни ва асоратлар характерини ҳисобга олиш таҳлил асосида танланган хирургик даволаш тактикаси кўп сонли асоратларнинг олдини олади.

Шундай қилиб, диафрагма кизилўнғач тешиги чурралари ва уларнинг асоратлари анатомик, функционал ва биомеханик механизмларнинг бузилиши натижасида

ривожланадиган мураккаб патологик жараён бўлиб, унинг самарали ташхис ва давоси фақат комплекс ёндашув асосида амалга оширилиши мумкин. Бу касалликда эрта аниқлаш, мунтазам мониторинг ва индивидуаллаштирилган терапевтик тактика қўлланиши клиник натижаларни яхшилади, асоратлар ривожланишини камайтиради ва беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада оширади.

Адабиётлар:

1. Ахмедов Ғ.К., Гуламов О.М., Бобомурадов Б.М., Худайназаров У.Р. Рефлюкс-эзофагит тушунчаси, замонавий ташхислаш ва даволаш. // Биомедицина ва амалиёт журнали. 2024, №1 (136). С. 144-151.
2. Арзуманян А.М. и соавт. Современные методы оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) // «StudNet» №1/2022. С. 701-712.
3. Васильев Ю.В. Пищевод Барретта: этиопатогенез, диагностика, лечение больных. Трудный пациент. №7, том 4, 2006 г. С. 29-37.
4. Гуламов О.М., Ахмедов Ғ.К., Махмудов С.Б., Нарзуллаев Ш.Ш. Особенности диагностики и хирургической тактики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. // Проблемы биологии и медицины. 2022, №3 (136). С. 21-24.
5. Гуламов О.М., Бабажанов А.С., Ахмедов Ғ.К., Алимов Ж.И., Шеркулов К.У. Диагностическая и лечебная тактика при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // ISSN 2541-7851. Вестник науки и образования № 3(106). Часть 2. 2021. С.62-66.
6. Зябрева И.А., Джулай Т.Е. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: спорные, нерешенные и перспективные аспекты проблемы (обзор литературы). Верхневолжский медицинский журнал. 2015;14(4):24-28.
7. Плаксин С.А., Котельникова Л.П. Двусторонние посттравматические диафрагмальные грыжи. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2015.:47-51.
8. Протасевич, А.И. Симультанное малоинвазивное лечение лейомиомы пищевода, аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и хронического калькулезного холецистита // Хирургия Восточная Европа. - 2012. - № 2. - С. 153
9. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
10. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением лапароскопических методов и рентген хирургии //Агентство по интеллектуаль-

ной собственности Республики Узбекистан. – 2023.

11.Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчно-каменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований.–2023. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.

12.Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socioeconomic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.

13.Сказкин И.В. Обоснование выбора способа профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов, оперированных лапароскопически по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / И.В. Сказкин, М.А. Буриков, О.В. Шульгин // Валеология. - 2014. - № 3. - С. 63-66.

14.Тимербулатов М.В. Повторные операции после лапароскопических фундопликаций // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2019. – №10. – С. 29–35.

15.Черкасов М.Ф., и др. Принципы диагностики и лечения пищевода Барретта. //Современные проблемы науки и образования. 2017. №4. С. 45-49.

16.Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Опыт применения фундопликации и гастропликации при лечении рефлюкс-эзофагита при кардиофундальных, субтотальных и тотальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. // Новости хирургии. Том 27. № 5. 2019. С 586-594.

17.Alicuben, E.T. Impact of crural relaxing incisions, Collis gastroplasty, and non-cross-linked human dermal mesh crural reinforcement on early hiatal hernia recurrence rates / E.T. Alicuben, S.G. Worrell, S.R. DeMeester // J. Am. Coll. Surg. – 2014. – Vol. 219, № 5. – P. 988-92.

18.Buckley FP, Bell RCW, Freeman K, Doggett S, Heidrick R. Favorable results from a prospective evaluation of 200 patients with large hiatal hernias undergoing LINX magnetic sphincter augmentation. Surg Endosc. 2018;32(4):1762-1768.

19.Galimov O.V., Khanov V.O., Galimov D.O. Challenges In The Surgical Correction Of Hiatal Hernias

And Ways To Overcome Them // September 2021. Serbian Journal of Experimental and Clinical Research 22(3) 46-52. :000010247820200066. DOI:10.2478/sjecr-2020-0066.

20.Grintcov A.G., and others. Causes of unsatisfactory results after laparoscopic hiatal hernia repair. Research and Practical Medicine Journal. 2021;8(1):40-52.

21.Gulamov O.M., Babajanov A.S., Ahmedov G.K., Achilov M.T., Saydullaev Z.Ya., Khudaynazarov U.R., Avazov A.A. Modern methods of diagnosis and treatment of barrett esophagus. // Doctor's herald №2(94)-2020. ISSN 2181-466X. 116-120. DOI: 10.38095/2181-466X-2020942-116-120.

22.Kohn G.P., Price R.R., DeMeester S.R., Zehetner J. Guidelines for the management of hiatal hernia. Surgical endoscopy. 2013;27(12):4409–4428.

23.Mirzakhitovich G.O., Sultanbaevich B.A., Keldibaevich A.G., Ibodullayevich A.I. & Usmanovich SH.Q. Diagnostic and treatment tactics in gastroesophageal reflux disease. Scientificjournal. ISSN 2541-7851. 2021, № 3 (106). P 2. (62-66).

24.Nikolic Milena, Schwameis Katrin. Persistent dysphagia is a rare problem after laparoscopic Nissen fundoplication // Surgical Endoscopy, 20 August 2018. 64-71. <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6396-5>.

25.Trepanier M., and others. Comparison of Dor and Nissen fundoplication after laparoscopic paraesophageal hernia repair. Surgery. 2019;166(4): 540-546.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Бобомурадов Б.М., Гуламов О.М., Махсудов М.Т., Ахмедов Г.К., Хайдарова Л.О.

Резюме. Данная статья посвящена одной из основных проблем современной медицины и хирургии – грыже пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Обсуждаются частота, этиологические особенности, механизм возникновения и основные факторы развития, а также, осложнения заболевания.

Ключевые слова: ГПОД, ГЭРБ, этиология, осложнения.