



Эгамбердиев Абдукаххор Абдукодирович  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

### НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Эгамбердиев Абдукаххор Абдукодирович  
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

### IMMEDIATE AND REMOTE RESULTS OF ENDOVIDEOSURGICAL TREATMENT OF HERNIA OF THE ESOPHAGEAL HOLE OF THE DIAPHRAGM

Egamberdiev Abdukakhkor Abdukodirovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Диафрагма қизилўнгах тешиги чурраларининг асоратлари кўпинча хирургик даволаш талаб этади. Беморларда симптомларсиз кечиб даволаш баҳсли мунозараларга уни тикланиши мураккаб ва юқори даражада рецидивларга сабаб бўлмоқда. Классик усулда кенг кесмалардан фойдаланиб хирургик усулда даволаш ўлим кўрсаткичини ошишига, беморни касалхонада узоқ муддатда қолиши билан аста-секин тузалишига олиб келади. Текириши усуллари ва материаллари: Диафрагмани қизилўнгах тешиги аралаш чурраси билан 2015 йил октябрдан 2021 йил ноябргача бўлган муддатдаги ўртача ёши 65 (35-78) гача бўлган стационар шароитда даволанган 39 беморнинг даволаш натижалари асосида олиб борилди.

**Калит сўзлар:** Дифрагмини қизилўнгах тешиги чурраси. Параэзофагеал чурра. Лапароскопик антирефлюкс хирургия. Диафрагмани ёпиқ протезлаш.

**Abstract.** Complications of hiatal hernia often require surgical treatment. Treatment of asymptomatic patients is controversial due to difficult recovery and high recurrence rates. Classically, surgical treatment using wide incisions leads to increased mortality and slow recovery of the patient with a long hospital stay. Methods and materials: Based on the results of treatment of 39 patients who were hospitalized from October 2015 to November 2021 at an average age of 65 years (35-78 years) with mixed hernia of the diaphragmatic opening of the esophagus.

**Keywords:** Hernia of the esophageal opening of the diaphragm, Paraesophageal hernia. Laparoscopic antireflux surgery. Closed diaphragmatic prosthesis.

**Қириш.** Диафрагмани қизилўнгах тешиги чуррасини 3 тилга ажратиш мумкин; сирпанувчи чурра ёки I тип, диафрагмани қизилўнгах тешиги сирпанувчи параэзофагеал чурраси ёки II тип, аралаш чурра ёки III тип ҳамда охириги тип таркиби (ичак, чарви, талок), ёки IV тип бўлиши мумкин [1].

I тип энг кенг тарқалган бўлсада II ва III типлар эса барча диафрагма қизилўнгах тешиги чурраларининг 5% дан камроғини ташкил қилади. Узоқ муддатли ривожланиш билан кўкрак ва қорин бўшлиғи орасидаги босим фарқи, бўшашмаслик диафрагма-қизилўнгах пардаси ва гастроэзофагеал элементлар ва қўшимча омиллар чурра хажмининг ошишига олиб келади. Бу ҳам ошқозоннинг сирпаниши ва юзага келиши мумкин бўлган чурранинг меъда ичак тутқичи билан ўралиб қолиши, шунингдек қон томир оёқчасининг фиксацияси энг кўп учрайдиган сабаблардан ҳисобланади.

Лапароскопик усул нафақат хавфсиз балки устунлиги билан кенгроқ терапевтик муқобил очик операцияларга нисбатан қисқа муддатда ижобий натижаларни тақлиф этади [2,3]. Гуруҳларда юқори

рецидив даражаси борлиги кўрсатилган барий контрасти, шунингдек, лапароскопик пластик жарроҳлик билан назорат қилинади [4,5], жарроҳлик аралашуви учун кўрсатмалар талаб қилади ассимптоматик III типдаги чуррада эҳтиёт бўлинг [6].

Ушбу тадқиқотда биз ўз тажрибамиздан олинган 39 та аралаш чуррани лапароскопик даволаш, шу жумладан операциядан кейинги рентгенологик тадқиқотлар натижаларини тақлиф қиламиз.

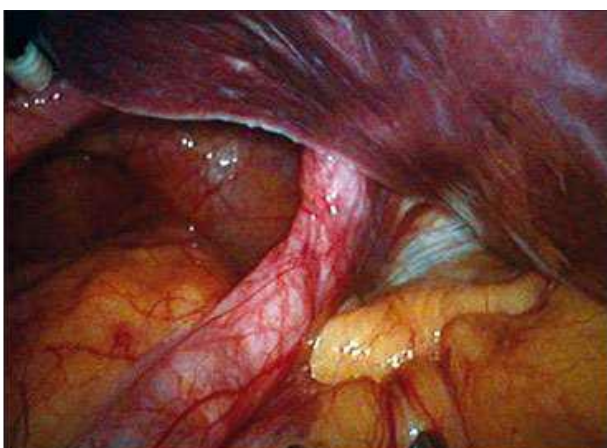
**Материаллар ва усуллар.** 2015 йил октябрдан 2021 йил ноябрь ойигача бўлган муддатда биз 175 та лапароскопик фундопликацияни амалга оширдик, улардан чурранинги 39 таси аралаш усулда бартараф қилинди. Асоратлар ёки операциядан кейинги симптомларнинг клиник маълумотлари индивидуал анамнезлар, ҳар чоракда динамик кузатишлар орқали олинди. Биз қўйидагилардан фойдаландик: Ошқозон-ичакга хос симптомлар учун сўровнома (юррак уриши, кўкрак қафасидаги оғриқлар, дисфагия, ўпкага хос белгилар ёки қон кетиш) (7) ва уларнинг оғир-аломатлари йўқ (0), ўртача, аммо дори-дармонларсиз (1), ўртача вақти-вақти билан дори фойдаланиш билан

(2), оғир симптомларни талаб қилади: узлуксиз даволаш (3). Беморлар олдин ва кейин клиник баҳоланди ушбу анкета ёрдамида операция турлари танланди. Бундан ташқари, биз баҳолаш учун Savary Miller таснифидан фойдаланиб эзофагоскопияни қўлладик ҳамда эзофагит даражаси аниқладик. Имкон бўлса операциягача баҳолаш манометрияси ва 24 соатлик рН метрия мониторинги ҳам киритилган аломатлар ёки эндоскопик топилмалар мавжуд эди. Перисталтик қисқаришларнинг 80% дан ортиқ, кучли бўлса, нормал ҳисобланади 30 мм симоб устунидан ортиқ. Арт. қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисмини ёки паст қисмини ташкил этди амплитуда, қачонки 80% дан ортиқ перисталтик қисқаришлар камроқ куч билан 30 мм симоб устунидан Бир йилдан сўнг беморларнинг динамик мониторинги доирасида барий транзити ёрдамида амалга оширилди.

Жарроҳлик амалиёти техникаси. Беморлар Ллойд-Дэвис позицияси умумий анестезия остида Верес игнасида фойдаланилиб (12 мм симоб устун). пневмоперитонеум ҳосил қилинди Бешта лапароскоп операция порти ишлатилган; шуларнинг учтаси 5 мм-гача, ошқозонни тортиш, жигар чап бўлагини жарроҳнинг чап қўл билан тортиш учун керак. Чурра таркибий элементларининг йўналишини тўғрилаш учун каудал йўналишда тортиш ошқозонни тўлиқ бўлгунга қадар кўкрак бўшлиғига қайта киритиш дистал қисми маҳкамлайдиган қорин бўшлиғини битишмалардан ажратиб қизилўнгач дистал қисмига фиксация қилиш. Биз ҳалтани кесиб, чап устундан ажратиб бошладик (1-расм) ва қизилўнгачнинг танаси кўрингунча ўнг устунга кўкс оралиғига тортиб ва ниҳоят лента билан индивидуаллаштирилгунга қадар ретроэзофагеал кесишни яқунлаш учун уни ўраб олиқ (2-расм).

Олинган қорин парда яъний чурра қопчаси ортиқчасини биз фундупликацияни яхши ўрнатилишини таъминлаш учун уни кесиб ташладик.

Диафрагмани ёпиш учун сўрилмайдиган материал ишлатилган. Охирги 7 та ҳолатда биз икки турдаги тўрдан фойдаландик: икки қаватлик тўрдан ПТФЕ (WL Gore & Assoc®) ва яқинда коллаген полиэстер икки қатламли тўр (композит Parietex® , Sofradim , Covidien®). Иккита ҳолатда ҳам, ПТФЕ имплант ишлатилган, аммо ҳозирда биз энгиллиги ва мослашувчанлиги анатомик жиҳатдан осон мослашиш



**Расм 1.** Қизилўнгач дистал қисмини атроф тўқималардан ажратиш

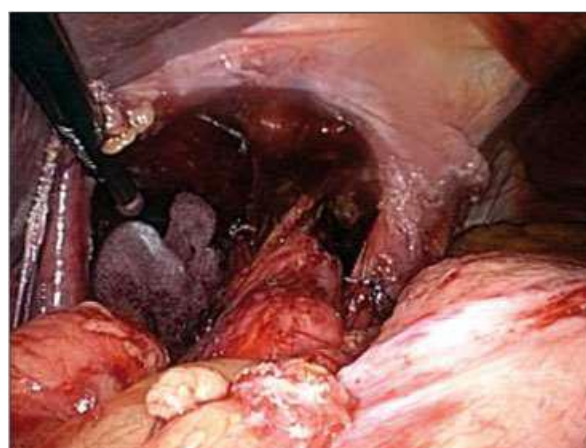
имконини берганлиги туфайли биз композит тўрни афзал кўрамиз ва бир нечта олдиндан тахминан кесилган моделлар таклиф этилган (3-расм). Биз барча ҳолатларда антирефлюкс техникаси ёрдамида операцияни яқунладик.

**Натижалар.** 39 та аралаш увдан 37 таси III типга 2 таси IV типга киритилди. Аралаш чурралар операция қилиниб кўрсатилган даврда барча сирпанувчи чурраларнинг 22,2% ни ташкил қилади. Жинс нисбатан, аёллар бемор 33 нафар ва 6 нафар эркекларни ташкил этди, ўртача ёши 65 ёш (35-78 ёш). Аёллар гуруҳида ўртача 66 ёш (47-75 ёш) аввалгисидан юқори эди эркеклар гуруҳи - 60 ёш (35-78 ёш). Ёшлар оралиғи 35 дан 78 ёшгача. Операциядан олдинги энг кўп учрайдиган симптомлар кўкрак оғриғи эди ёки эпигастрал сиқилиш, қаттиқ овқатлардан келиб чиққан дисфагия ёки сурункали овқат ҳазм қилиш тизимидан қон кетишидан келиб чиққан анемия. Жиғилдон қайнаши клиник аҳамиятга эга эмас аммо камдан-кам учрайди.

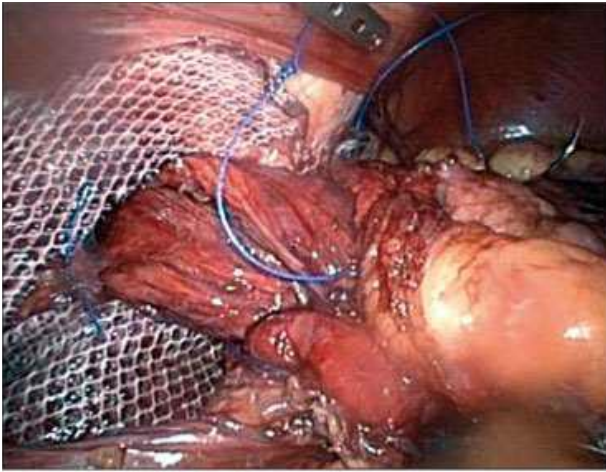
Аралаш чурра ташхис қўйиш барча ҳолатларда барий билан тасдиқланади. Икки беморда ошқозоннинг мезентериоаксиал бурилиши аниқланган. Эндоскопия 29 нафар беморда амалга оширилди, улардан 11 нафарида турли турдаги эзофагит бор эди. Оғирлик даражаси: I даража 6 бемор; II даража: 5 бемор, III даража: 1 бемор.

Аниқлаш учун 22 беморда қизилўнгач танасининг ҳаракатчанлиги ва тўғри техникани дастурлаш ва фундупликация қизилўнгач манометрияси ўтказилди. Нормал перисталтика ёки нонормал перисталтикада 19 беморда аниқлиниб шу жумладан паст амплитудадаги бузилишлар 3 беморда аниқланди. Ниҳоят, 21 ҳолатда 24 соатлик рН- тести ўтказилди, шундан 4-да гастроэзофагеал рефлюкс мавжудлигини тасдиқланди.

Операциянинг ўртача давомийлик вақти 125 дақиқа (70-240 минут) эди. Қизилўнгач ажратилгандан кейин 19 беморда чурра ҳалтаси олиб ташланди. Калибрлаш вақтида диафрагма ёпиқ устун ҳолда бажарилди, ҳолатларнинг ҳеч бирида олдинги ёпилиш кузатилмади. 7 та беморга устун заифлиги туфайли тўр керак эди. Антирефлюкс техникаси сифатида 36 нафар беморда Ниссен-Россетти усулини, 3 нафар беморга Тупе усулини қўлланилди ҳолатлар. Гастропексия ёки бошқа фиксация муолажаалари бажарилмади.



**Расм 2.** Диафрагма оёқчаларини идентификация қилиш ва имплантни фиксация қилиш учун майдон тайёрлаш



**Расм 3.** Композит аллотрансплантатни фиксация қилиш

Бир беморга диафрагма оёқчасини тикиш пайтида аорта девори жароҳат туфайли очиқ усулдаги операцияга эҳтиёж туғилди. Диафрагма чап оёқчасини тикиш диссекция пайтида аорта жароҳат содир бўлмаган, сезилмаган. Игна тўғридан-тўғри оёқчаларга қиритилиши туфайли юзага келган.

Икки марта такрорий аралашув амалга оширилди. Бир бемор операциядан кейинги эрта даврда кардиоген шок аритмоген анамнез туфайли ташхис қўйилганлиги натижасида келиб чиққан полиорган етишмовчилиги, тасодифий ичак тешилишидан вафот этди. Яна бир такрорий ёндашув 8 ойдан кейин амалга оширилган дастлабки операция, ошқозоннинг буралиши билан асоратланган гастрэктомия ҳамда олдин ўрнатилган тўрни олиб ташлаш билан қизилўнғач соҳасида тешикни кичик қолдириш ёки тикиб кетилганлиги билан тушунтирилади. Операциядан кейин касалхонага ётқишининг ўртача давомийлиги 2,2 кунни ташкил этди. Тўртта бемор бундан мустасно, уларнинг барчаси суюқликни операциядан 12 соат ўтгач қабул қилди. Ҳар бир беморда сиқилиш ва кўкрак оғриғи қамайди. Операциядан кейинги биринчи ойда пайдо бўлган дисфагия, кейинчалик қамайди, 3 ҳолат бундан мустасно бўлиб унда қаттиқ озиқ-овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ енгил аломатлар пайдо бўлди. Дилатация кузатилмади. Кейинчалик глобал рецидив даражаси 20,5% ни ташкил этди ўртача кузатув даври 22,6 ой (5,7-65,4 ой). Операциядан кейинги 6 ойдан 12 ойгача рентген кузатуви ўтказилган 4 беморда ассимптом рецидив қайд этилди шунингдек 3 та беморда қайталанган жиғилдон қайнаши аниқланиб протон помпаси ингибиторлари билан бартараф этилди.

Мунозара. Диафрагмани қизилўнғач тешиги сирпанувчи чурраларини лапароскопик баратараф этиш анъанавий консерватив даволашга нисбатан хавфсиз ва самарали алтернатив ҳисобланади [2,8]. Диафрагмани қизилўнғач тешиги сирпанувчи чурралари 3 гуруҳга бўлинади, баъзи муаллифлар эса тўрт гуруҳга ажратишади (9).

Адабиётларда қизилўнғач тешигининг аралаш чурраланинг учраш частотаси 5% ҳолатларда [10,11], лекин бизнинг тадқиқотимизда бу ҳолатлар деярли 23% га бориб етди. Биз, бошқа муаллифлар сингари, бунга ишонамиз аралаш чурраларнинг якуний босқичи

у ёки бу тарзда акс ҳолда, улар ташхиснинг кечикиши ёки операция тайинланишини кўрсатади.

Аралаш чурра одатда ошқозон обструкция белгилари билан намоён бўлади. Бошқа ҳолатларда бўлгани каби, энг кенг тарқалган белги овқатдан кейин оғрик, кўкрак қафасидаги сиқилиш ва дисфагия, одатда ошқозон соҳаси устидаги босилиш, қизилўнғач дистал қисмини сиқилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Вақти-вақти билан симптомлар юзага келади айланма тузилмаларининг прогрессив заифлиги туфайли ошқозоннинг буралиши узок муддатда асоратларни келтириб чиқаради. Ошқозон қайнаши устун бўлмасада, эзофагитнинг эндоскопик белгилари бизнинг тадқиқотимизда 30% ҳолларда топилган. Майерс каби муаллифлар 24 соатлик ўтказилган рН метрия кўра бу фоиз 19% ни, Гантерт маълумотига кўра 67% гача [12,13] ни ташкил қилади.

Биз 24 соатлик амбулатор кузатувни кераксиз деб ҳисоблаймиз чунки бу чурраларни текшириш кўп ҳолларда нормадаги маълумотларни ва биз буни хирургик бартараф этилган фундопликация билан бўғлаймиз. Манометрик текширув ёрдами билан қачонки қизилўнғач танасининг перисталтикасини кўрсатиши ва қисман фундопликацияга кўрсатмаларни белгилаши мумкин, агар паст амплитуда перисталтика бўлса унда тўлиқ фундопликация одатда операциядан кейинги дисфагия тез-тез учрайди [14,15,16,17]. Симптоматик диагностика кўпгина муаллифлар таъкидлашича аралаш чурра - бу режали операцияга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Бу странгуляция сабабли бўлганда шошилиш операцияга олиш талаб этади. Агарда бу касаллик 20% гача ўлимга олиб келади, бунда беморларнинг ёши шунингдек (18-20 ёш) қўшимча касаллиги билан белгиланади. Аралаш чуррани бартараф этиш янада мураккаб кўпдан-кўп хавфли интероперацион асоратлар билан кечади. Бизнинг кузатишларда аортанинг шикастланиши, унинг чўзилиши билан боғлиқ ҳолатлар бўлган. Ушбу асоратлар аввал ҳам бўлган Leggett [21] томонидан тасвирланган. Илгари ҳам чурра халтасининг резекцияси тортишмаларга сабаб бўлган [22, 23], ҳозирда ажралмас техник тушунча ҳисобланади [24, 25]. Кўп маълумотларга кўра рецидив частотаси пасайиши нуқтаи назаридан сетка ўрнатилгандан кейин асоратлар сонининг ортиши қайд этилган[26,27,28,29]. Granderath шуни инобатга олган ҳолда оддий тўр билан қоплашни тизимли равишда тавсия қилади оддий ип билан тикиш йиртилиб кетиш ва клапанни кўтариш эҳтимолини олдини олмайди. Гарчи тадқиқоднинг бошида фойдаланишимиз чекланган бўлсада адабиётларда консенсуснинг йўқлиги, унинг техник мураккаблиги туфайли ва турли хил материаллар ўрнатишга биз энди бунга ишонамиз кабилида диафрагма оёқчалари ёрилиши ёки кенгайишини кўрсатади оддий тикув иплари билан мустақамланган бўлиши керак. Бу борада ягона фикр ва мос келадиган тўр йўқ [27]. Шунинг учун биз иккита турдан фойдаландик, иккаласи ҳам икки томонлама, интраперитонеал жойлаштириш учун мўлжалланган, ПТФЕ ва полиестердан тайёрланган, уларни қизилўнғачга қўллашда эҳтиёт бўлинг. Биз ҳозирда полестер композит маш ва гидролизланган коллагендан фойдаландик, чунки унинг хусусиятлари ётоқ яралари қўшни аъзоларда хавфни қамайтиради.



Кўпгина беморларда ҳаёт сифати яхшиланди. Бу гуруҳ шунингдек, протон помпаси ингибиторларини қабул қиладиган одамларни ҳам ўз ичига олади кўкрак оғриғини йўқотиш учун жарроҳлик зарур ёки эпигастрал соҳа, нафас олиш белгилари ёки дисфагия туфайли кўкс оралиғида қизилўнгачнинг сикилиши қабили [33].

Қайталаниш частотаси, эҳтимоллиги, давомийлигига боғлиқ кузатиш ва унинг аниқлаш. Буни хато сифатида тасвирлаш мумкин диафрагманинг қизилўнгач тешигини фундопликация билан ёпиш, кўкрак кафасига кўтарилиши ёки чурранинг ассимптоматик кечиши сифатида барий транзити пайтида аниқланган. Бизнинг тадқиқотимиз 20,5% қайталаниш даражасини кўрсатди, гарчи бу ҳолатларнинг ярми бутунлай ассимптом, шунингдек беморларнинг 85% дан ортиғи яхши ёки жуда яхши натижа бўлганлиги ҳақида хабар берди (33,34).

**Хулоса.** Шунинг учун, лапароскопдан фойдаланиш аралаш чурраларни даволашда операциялар нафақат мақсадга мувофиқдир ва очик жарроҳликдан кўра хавфсизроқ шу билан бир қаторда операциядан кейинги касалланиш ва касалхонага ётқишиш вақтни ҳам камайтиради. Қизилўнгач-ошқозон битишмасини ва қизилўнгач дистал қисмидан чурра копини резекция қилиш кенг диссекция талаб қилади. Қизилўнгач тешигини қайта тиклаш диафрагма икки томонлама тўрни ўрнатиш керак диафрагма устунлари ярқисиз бўлганда кўриб чиқилади; Антирефлюкснинг комбинацияси техникаси (Nissen, Nissen-Rossetti или Tupe), техникаларини тўлдирадиган кўринади бу беморларга асоратларни олдини олиш учун яхшироқ муқобил усул сифатида жиғилдон қайнашини камайтириш, ёки олдини олишни тақлиф қилади.

#### **Адабиётлар:**

1. Abdurakhmanov D. S., Rakhmanov Q. E., Davlatov S. S. Criteria for choosing surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity //Электронный инновационный вестник. – 2021. – №. 7. – С. 57-67.
2. Abduraxmanov D. et al. Features of hernia and abdominoplasty in patients with postoperative ventral hernia and abdominoptosis //Science and innovation. – 2022. – Т. 1. – №. D5. – С. 33-40.
3. Rizaev E. A. et al. Features of Surgical Correction of Complicated Forms of Cholelithiasis in the Elderly and Senile Age //Texas Journal of Medical Science. – 2023. – Т. 18. – С. 17-24.
4. Rizaev E. A. et al. Surgery of Cholelithiasis in Patients Older Than 60 Years //Texas Journal of Medical Science. – 2023. – Т. 18. – С. 25-29.
5. Абдурахманов Д. Ш., Хайдарова Л. О. Качество жизни больных, перенесших эхинококкэктомиию из печени //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 41 (125). – С. 81-91.
6. Абдурахманов Д. Ш., Хайдарова Л. О. Современные взгляды на патологию эхинококкоза печени //international scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2020. – С. 44-57.
7. Абдурахманов Д. Ш., Хайдарова Л. О. Современные взгляды на патологию эхинококкоза печени //international scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2020. – С. 44-57.

8. Абдурахманов Д., Анарбоев С., Рахмонов К. Choice of surgical tactics for mechanical jaicular //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 5-10.

9. Абдурахманов Д., Рахманов К., Давлатов С. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 11-16.

10. Абдурахманов Д., Рахманов К., Давлатов С. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 11-16.

11. Абдурахманов Д., Усаров Ш., Рахманов К. Критерии выбора хирургического лечения больных с вентральными грыжами и ожирением //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 17-22.

12. Ризаев Ж. А., Муслимов О. К., Асадуллаев Н. С. Оценка роли биохимических маркеров костного ремоделирования и содержание цитокина IL-6 у больных клиническим дефектом зуба // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2018. – №. 3. – С. 103-105.

13. Ризаев Ж. А. и др. Разработка метода прогнозирования риска возникновения и раннего выявления возрастной макулярной дегенерации сетчатки. – 2020.

14. Курбаниязов З. Б. и др. Морбид семизлик билан беморларни гернио-ва абдоминопластика операциясига тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари //Главный редактор–ЖА Ризаев. – Т. 30. – №. 24. – С. 46.

15. Курбаниязов З. Б., Арзиев И. А., Аскарлов П. А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 13-3 (91). – С. 70-74.

16. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. Критерии выбора пластики у больных послеоперационными вентральными грыжами и абдоминоптозом //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 40-45.

### **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

*Эгамбердиев А.А.*

**Резюме.** Осложнения грыжи пищевода от-верстия диафрагмы часто требуют хирургического лечения. Лечение бессимптомных пациентов является спорным из-за сложного выздоровления и высокой частоты рецидивов. Классически хирургическое лечение с использованием широких разрезов приводит к увеличению смертности и медленному выздоровлению больного при длительном пребывании в стационаре. Методы и материалы: По результатам лечения 39 больных, находившихся в стационаре с октября 2015 г. по ноябрь 2021 г. в среднем возрасте 65 лет (35-78 лет) со смешанной грыжей диафрагмального отверстия пищевода.

**Ключевые слова:** грыжа пищевода от-верстия диафрагмы, паразофагеальная грыжа. лапароскопическая антирефлюксная хирургия. закрытый протез диафрагмы.