



**“Gastroezofageal reflyuks kasalligining o`rganilish holati” mavzusiga
adabiyotlar sharhi**

Muxammadjonova Nazokatxon Ulug`bek qizi

Saliev Dilmurod Qodirovich

Qodirov Dilshodbek Abduqaxxorovich

¹Andijon davlat tibbiyot instituti Terapiya yo`nalishi, 1- bosqich magistratura talabasi

²Andijon davlat tibbiyot institut, Oilaviy shifokorlar tayyorlash kafedrası dotsenti

³Andijon davlat tibbiyot institut, Oilaviy shifokorlar tayyorlash kafedrası dotsenti

(Xat yozish uchun: g-mail:nazokatsaydaliyeva@gmail.com)

Annotatsiya

Gastroezofageal reflyuks kasalligi (GERK) - oshqozon-qizilo`ngach zonasi organlarining motor-evakuatsiya funksiyasining buzilishi natijasida yuzaga keladagigan surunkali, qaytalanuvchi kasallik xisoblanib, oshqozon tarkibini qayta-qayta qizilo`ngachga qaytarilishi bilan tavsiflanadi. Kasallik bemorlarga ko`ngil aynishi, ko`krak qafasida achishish, og`riq, ovqatdan keyin oldinga egilganda yoki yotganda noqulaylik xissini paydo qiladi. Kasallikning surunkali qaytalanishi ezifagit, Barret qizilo`ngachi kabi asoratlarni keltirib chiqaradi. GERK kasalligining dunyo bo`ylab tarqalishiga etibor bersak bu kasallik qanchalik dolzarb va keng tarqalganini ko`rishimiz mumkin. Rossiyada haftalik GERK belgilarining tarqalishi 6.4% dan 23.6% gacha, o`rtacha 14.5% ni tashkil qiladi. Garb mamlakatlari ,masalan, Shimoliy Amerikada 20.8% , Avstraliyada 13.4% va Osiyoda 10.2% ni tashkil qiladi. GERK ko`p etiologiyali kasallik xisoblanib, kasallik simptomlarining yosh, vazn, jins, turmush tarzi bilan chambarchas bog`liqdir. Shuningdek, bu kasallikni yoshlarda ham kop uchrashi bu kasallikni yanada chuqur o`rganish kerakligini yana bir isbotidir

Kalit so`zlar: Gastroezofageal reflyuks, GERK, reflyuks, kardial sfinkter, patogenoz, regurgitatsiya.

.Arguero, D.Sifrim va A.Valezi gastroezofageal reflyuks kasalligini oshqozon tarkibining qizilo'ngachga retrograd oqimi bilan kechuvchi surunkali kasallik sifatida ta'riflaydi . Mazkur holat klinik jihatdan bemorni bezovta qiluvchi simptomlar va ayrim asoratlarning rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. T. Zang va M. Nishanov kabi olimlar tomonidan olib borilgan tadqiqotlar natijalariga ko'ra, gastroezofageal reflyuks kasalligi dunyo aholisining sezilarli qismida uchraydi. Ularning tadqiqot natijalariga ko'ra g'arb mamlakatlarida uning tarqalish darajasi 10-30% atrofida ekani qayd etilgan. Shu bilan birga, kasallikning uchrash chastotasi hududlar kesimida farqlanadi. Bu



Xitoy aholisida 3,1%, global miqyosda o'rtacha 13,3% ni tashkil etadi. Markaziy Amerika (19,6%) va Janubiy Osiyo (22,1%) mintaqalarida esa ushbu ko'rsatkichlar nisbatan yuqori ekanligi aniqlangan. Ushbu statistik ma'lumotlar X. Guan, X. Zhang va A. Chatila tomonidan amalga oshirilgan tadqiqotlar natijalaridir. Shuningdek, Wang, Guan, Maev va Zhanglarning ilmiy izlanishlari gastroezofageal reflyuks kasalligining iqtisodiy zarari va bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada pasayishini ko'rsatadi. Tadqiqotchilar ushbu kasallik nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy-iqtisodiy muammo sifatida ham dolzarb ekanligini ta'kidlaydilar. Gastroezofageal reflyuks kasalligi patofiziologiyasi ko'p omilli va murakkab jarayon bo'lib, u asosan gastroezofageal tutashma sohasidagi kardial sfinkter yetishmovchiligi bilan bog'liq. F.Herbella, V.Savarino, J.Arguero, A.Valezi va D.N.Manjuri tadqiqotlariga ko'ra, gastroezofageal reflyuks kasalligi rivojlanishida aynan ushbu sfinkterning funksional buzilishi yetakchi omil hisoblanadi. Shu bilan birga, A.Valezi antireflyuks mexanizmining izdan chiqishi kasallik simptomlari va asoratlarning yuzaga kelishida muhim ahamiyatga ega ekanini ta'kidlaydi. Antireflyuks to'sig'i bir-biri bilan uzviy bog'langan bir nechta anatomik va funksional tizimdan iborat bo'lib, ularga pastki qizilo'ngach sfinkteri, diafragmaning yoy qismi hamda qizilo'ngachning qorin bo'shlig'ida joylashgan segmenti kiradi. Ushbu tuzilmalarning muvofiqlashtirilgan faoliyati F.Herbella tomonidan batafsil tavsiflangan bo'lsa, J.Arguero va D.Sifrim ularning o'zaro hamkorligi me'da tarkibining qizilo'ngachga reflyuksini oldini olishda hal qiluvchi ahamiyatga ega ekanini ko'rsatadi. Tizimning istalgan komponentidagi buzilish gastroezofageal reflyuks kasalligi rivojlanishiga olib keluvchi bir qator omillarni paydo qiladi. Gastroezofageal reflyuks kasalligi patogenezida muhim omillardan biri pastki qizilo'ngach sfinkterining vaqtinchalik bo'shashishlari hisoblanadi. J.Arguero va D.Sifrimlarning ta'kidlashicha, pastki qizilo'ngach sfinkterining vaqtinchalik bo'shashishlari yutish akti bilan bog'liq bo'lmagan, qisqa muddatli va spontan sfinkter bo'shashishlari bo'lib, normal sharoitda me'dadagi gazlarning chiqib ketishini ta'minlaydi. Biroq gastroezofageal reflyuks kasalligi bilan og'rigan bemorlarda ushbu bo'shashishlar soni va davomiyligi ortib, ayniqsa ovqatdan keyingi davrda me'da tarkibining qizilo'ngachga qaytishiga sabab bo'ladi. T.Zhang ovqatdan keyin yuzaga keladigan me'da kengayishi pastki qizilo'ngach sfinkterining vaqtinchalik bo'shashishlarini qo'zg'atuvchi kuchli omil ekanini ko'rsatadi. Shuningdek, GABA(B) retseptor agonisti bo'lgan baklofen kabi dori vositalari nerv mexanizmlariga ta'sir qilib, reflyuks epizodlarini kamaytirishi mumkinligini qayd etadi. Qolaversa, pastki qizilo'ngach sfinkterining kuchsizligi yoki gipotoniya gastroezofageal reflyuks kasalligi rivojlanishida muhim o'rin tutadi. Tadqiqotlarga



ko'ra, pastki qizilo'ngach sfinkterining bazal bosimi surunkali ravishda past bo'lganda antireflyuks to'sig'ining himoya funksiyasi izdan chiqadi va me'da tarkibining erkin reflyuksi yuzaga keladi. Manometrik usullar yordamida sfinkter bosimini miqdoriy baholash mexanik jihatdan yetishmovchi antireflyuks to'sig'ini aniqlashda muhim diagnostik ahamiyatga ega. Gastroezofageal reflyuks kasalligi patogenezida strukturaviy omillar, xususan diafragmal churralar ham alohida rol o'ynaydi. J.Arguero, D.Sifrim, F.Herbella ma'lumotlariga ko'ra, hiatal churra me'daning bir qismi diafragma teshigidan ko'krak qafasiga siljishi bilan tavsiflanadi. Natijada pastki qizilo'ngach sfinkteri va diafragma yoy bir-biridan ajralib, antireflyuks to'sig'ining mexanik barqarorligi buziladi. T.Zhang yuqori aniqlikdagi manometriya orqali gastroezofageal tutashma sohasida ikki pog'onali yuqori bosim zonasi shakllanishini aniqlab, bu holat reflyuksga moyillikni oshirishini ko'rsatadi. Shuningdek, qorin bo'shlig'i ichki bosimining oshishi ham gastroezofageal reflyuks kasalligi rivojlanishini kuchaytiruvchi omil hisoblanadi. Semizlik yoki ko'p miqdorda ovqat iste'mol qilish kabi holatlar gastroezofageal tutashma sohasidagi bosim gradientini oshirib, reflyuksni rag'batlantiradi. Nihoyat, qizilo'ngachning himoya mexanizmlarining buzilishi kasallik og'irligini yanada kuchaytiradi. Qizilo'ngach peristaltikasining yetishmovchiligi reflyuksga uchragan moddalar klirensini sekinlashtiradi, natijada kislota qizilo'ngach shilliq qavati bilan uzoqroq vaqt aloqa qiladi. Bu esa shilliq qavat shikastlanishining kuchayishiga va gastroezofageal reflyuks kasalligi simptomlarining og'irlashishiga olib keladi. Gastroezofageal reflyuks kasalligida qizilo'ngach shilliq qavatiga ta'sir qiluvchi reflyuksat tarkibi o'ta agressiv bo'lib, u ko'pincha me'da kislotalari (xlorid kislota), proteolitik ferment pepsin hamda ayrim hollarda o'n ikki barmoqli ichakdan kelib chiqadigan o't kislotalari va pankreatik fermentlarni o'z ichiga oladi. F.Herbella, T.Zhang ta'kidlashicha, duodenogastroezofageal reflyuks natijasida ushbu komponentlarning qizilo'ngachga tushishi shilliq qavat shikastlanishini sezilarli darajada kuchaytiradi. Reflyuksatning asosiy zararli komponentlaridan biri bo'lgan pepsin nisbatan neytral pH sharoitida ham barqaror saqlanib, to'qimalarga sitotoksik ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shu bilan birga, o't kislotalarini hujayra membranalarini yemiruvchi detarjent modda sifatida tavsiflab, ularning zaif kislotali yoki hatto nokislotali muhitda ham shilliq qavatga zarar yetkazadi. Aynan shu mexanizmlar gastroezofageal reflyuks kasalligi simptomlari va shilliq qavat shikastlanishi faqat kuchli kislotali emas, balki "zaif kislotali" yoki "nokislotali" reflyuks epizodlarida ham yuzaga kelishini tushuntirib beradi. Mazkur holatni T.Zhang klinik jihatdan muhim deb baholab, an'anaviy pH-monitoring bunday reflyuks turlarini aniqlashda yetarli emasligini ko'rsatadi. Mualliflar reflyuksatning fizik-kimyoviy xususiyatlarini to'liq



baholash uchun ko'p kanalli intraluminal impedans usulidan foydalanish zarurligini ta'kidlaydi. Reflyuksatga uzoq muddatli va takroriy ta'sir qizilo'ngachda bir qator asoratlarning rivojlanishiga olib keladi. Ulardan eng ko'p uchraydigani ezofagit bo'lib, u qizilo'ngach shilliq qavatida eroziyalar, yuzaki defektlar yoki yaralar bilan namoyon bo'ladi. T.Zhang eroziyali ezofagit og'irlik darajasini baholashda Los-Anjeles tasnif tizimi klinik amaliyotda keng qo'llanilishini ko'rsatadi. Uzoq davom etuvchi va og'ir kechuvchi eroziyali ezofagit holatlarida peptik struktura shakllanishi mumkin. Bunda fibroz to'qimaning rivojlanishi natijasida qizilo'ngach torayib, disfagiya simptomlari yuzaga keladi. Gastroezofageal reflyuks kasalligining eng jiddiy asoratlardan biri Barrett qizilo'ngachi hisoblanadi. M.Bittinger, H.Messmann, F.Herbella, H.Koop tadqiqotlariga ko'ra, ushbu holat surunkali kislota va o't kislotalari ta'siri ostida qizilo'ngachning ko'p qavatli yassi epiteliysi ichak tipidagi silindrsimon epiteliy bilan almashishi bilan tavsiflanadi. T.Zhang bu jarayonni adaptiv, biroq premalign holat sifatida baholaydi. Shuningdek, I.Maev Barrett qizilo'ngachi qizilo'ngach adenokarsinomasi rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshirishini ilmiy jihatdan asoslab beradi. Gastroezofageal reflyuks kasalligi nafaqat qizilo'ngach bilan cheklanib qolmay, balki qizilo'ngachdan tashqari ekstraefageal ko'rinishlarda ham namoyon bo'lishi mumkin. J.Richter, A.Chatila, J.Chen tadqiqotlariga ko'ra, gastroezofageal reflyuks kasalligiga, halqum hamda nafas yo'llari tizimini zararlab, turli klinik simptomlarni yuzaga keltiradi. Ushbu ekstraefageal namoyonlar orasida surunkali yo'tal, ovoz bo'g'ilishi, xirillashi, bronxial astma zo'rayishlari hamda laringofaringeal reflyuks alohida o'rin tutadi. Laringofaringeal reflyuks tushunchasi J.Richter tomonidan keng tavsiflangan bo'lib, keyinchalik V.Abrosimov, X.Gao, S.Huang hamda A.Chatila tomonidan batafsil o'rganilgan. Mualliflarning fikriga ko'ra, laringofaringeal reflyuks ko'pincha klassik gastroezofageal reflyuks kasalligi simptomlarisiz kechib, tashxis qo'yishni murakkablashtiradi. Hiqildoq va halqum shilliq qavatlari nihoyatda nozik bo'lgani sababli, reflyuksatning hatto juda oz miqdori ham yallig'lanish va irritatsiyaga olib kelishi mumkin. Shuningdek, reflyuksatning mikroaspiratsiyasi nafas tizimi kasalliklarini qo'zg'atishi yoki ularning kechishini og'irlashtirishi mumkin. S.Huang, T.Zhang ma'lumotlariga ko'ra, me'da tarkibining nafas yo'llariga tushishi idiopatik o'pka fibrozisi va surunkali obstruktiv o'pka kasalligi kabi patologiyalarning rivojlanishi yoki zo'rayishiga hissa qo'shadi. Gastroezofageal reflyuks kasalligi diagnostikasi, odatda, klinik simptomlar, jumladan, jig'ildon qaynashi va regurgitatsiya asosida boshlanadi. A.Chatila ushbu simptomlar dastlabki baholashda muhim ekanini ko'rsatadi. Biroq, T.Zhang, Savarino, Chenning qarashlaricha, atipik klinik ko'rinishlar mavjud bo'lganda yoki jarrohlik aralashuvi



rejalashtirilayotgan hollarda obyektiv diagnostik usullardan foydalanish muhim ahamiyatga ega. Gastroezofageal reflyuks kasalligi diagnostikasida instrumental tekshiruvlar muhim o'rin tutadi. Ushbu usullar qizilo'ngach shilliq qavatidagi morfologik o'zgarishlarni aniqlash, reflyuks xarakterini baholash hamda davolash taktikasini belgilash imkonini beradi. T.Zhangning ta'kidlashicha, endoskopik tekshiruv qizilo'ngach shilliq qavatini bevosita ko'rish imkonini berib, eroziyalar, yaralar hamda Barrett qizilo'ngachini aniqlashda asosiy diagnostik usul hisoblanadi. Endoskopiya, ayniqsa, asoratlangan gastroezofageal reflyuks kasalligi holatlarida muhim ahamiyatga ega. Reflyuks epizodlarini funksional jihatdan baholashda ambulator reflyuks monitoringi, xususan pH–impedans monitoringi keng qo'llaniladi. Ushbu usul yordamida qizilo'ngachdagi kislotali, kuchsiz kislotali va kislota tabiatli bo'lmagan reflyuks epizodlarini, shuningdek, reflyuksatning qizilo'ngach bo'ylab ko'tarilish darajasini aniqlash mumkinligi ko'rsatilgan. T.Zhang boshchiligidagi tadqiqot natijalariga ko'ra, kislota ta'siri vaqti qizilo'ngach pH darajasi 4,0 dan past bo'lgan vaqt foizi — patologik kislotali reflyuksni baholashda muhim ko'rsatkich bo'lib, $AET > 6\%$ bo'lishi kasallik mavjudligini ishonchli tasdiqlaydi. Qizilo'ngach motorikasini va pastki qizilo'ngach sfinkteri faoliyatini baholashda yuqori aniqlikdagi manometriya muhim diagnostik ahamiyatga ega. T.Zhang V.Savarino kabi olimlarning ma'lumotlariga ko'ra, qizilo'ngach qisqarishlarining muvofiqligi va bosim ko'rsatkichlarini aniqlab, jarrohlik davolashdan oldin axalaziya kabi boshqa motor buzilishlarni istisno qilish imkonini beradi. Gastroezofageal reflyuks kasalligini davolash odatda kompleks va ko'p yo'nalishli yondashuvni talab qiladi. R.Niknam, F.Tanvirlarning ta'kidlashicha, kasallikni boshqarishda hayot tarzini o'zgartirish, dori-darmon terapiyasi va zarur hollarda invaziv usullar birgalikda qo'llaniladi. Davolashning dastlabki bosqichida ovqatlanish tartibini o'zgartirish, yotganda bosh qismini ko'tarish kabi hayot tarziga oid o'zgaririshlar tavsiya etiladi, bu holat P.Kucharczyk hamda Y.Herdiana tomonidan ham tasdiqlangan. Medikamentoz terapiyada asosiy o'rinni proton nasosi ingibitorlari (PPI) egallaydi. J.Tack, A.Hungin, E.Coron hamda V.Savarinoning tadqiqotlariga ko'ra, PPIlar me'da kislota sekretsiasini samarali kamaytirib, gastroezofageal reflyuks kasalligini dori vositalari bilan davolashning asosiy tayanchini tashkil etadi. Shu bilan birga, P.Kucharczyk PPIlar simptomlarni yengillashtirishda yuqori samaradorlikka ega ekanini ta'kidlaydi. Biroq, T.Zhang hamda Kim ma'lumotlariga ko'ra, PPIlar reflyuks epizodlarining o'zini to'liq oldini olmaydi va ayrim bemorlarda simptomlar saqlanib qoladi. Ushbu holat reflaktor gastroezofageal reflyuks kasalligi sifatida tavsiflanadi. Shu sababli, T.Zhang reflaktor simptomlar mavjud bo'lganda, zaif kislotali reflyuks yoki funksional



jig'ildon qaynashi kabi alternativ sabablarni aniqlash uchun MII–pH monitoring kabi diagnostik usullardan foydalanish zarurligini ta'kidlaydi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Arguero J., Sifrim D. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease // Gastroenterology Clinics of North America. - 2024. - Vol. 53, 1. - P. 1-18.
2. Valezi A. C., Herbella F. A. M., Patti M. G. Gastroesophageal reflux disease: mechanisms and management // World Journal of Surgery. - 2014. - Vol. 38, 7. - P. 1689-1697.
3. Zhang X., Chen M., Yao F. et al. Gastroesophageal reflux disease: epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and management // World Journal of Gastroenterology. - 2022. - Vol. 28, 18. - P. 1971-1996.
4. Guan X., Wang Y. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia // Journal of Neurogastroenterology and Motility. - 2015. - Vol. 21, 4. - P. 508-517.
5. Chatila A. T., Vaezi M. F. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease // Gastroenterology Clinics of North America. - 2020. - Vol. 49, 3. - P. 455-472.
6. Wang Y. Economic burden and healthcare costs associated with gastroesophageal reflux disease // Journal of Health Economics. - 2025. - Vol. 82. - P. 102-115.
7. Maev I. V., Samsonov A. A., Andreev D. N. Gastroesophageal reflux disease and its complications // Terapevticheskii Arkhiv. - 2023. - Vol. 95, 4. - P. 345-352.
8. Herbella F. A. M., Patti M. G. Anatomy and pathophysiology of gastroesophageal reflux disease // Journal of Gastrointestinal Surgery. - 2010. - Vol. 14, 2. - P. 326-333.
9. Savarino E., Bredenoord A. J., Fox M. et al. Advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD // Gut. - 2020. - Vol. 69, 7. - P. 1351-1362.
10. Nilanka M., Manjuri D. Global trends in gastroesophageal reflux disease // International Journal of Gastroenterology. - 2025. - Vol. 30, 1. - P. 45-56.
11. Bittinger M., Messmann H. Barrett's esophagus: pathogenesis and clinical relevance // Digestive Diseases. - 2007. - Vol. 25, 3. - P. 191-199.
12. Koop H., Koop I. Gastroesophageal reflux disease and esophageal adenocarcinoma // European Journal of Gastroenterology & Hepatology. - 2000. - Vol. 12, 8. - P. 845-849.
13. Richter J. E. Laryngopharyngeal reflux: controversies in diagnosis and management // American Journal of Gastroenterology. - 2005. - Vol. 100, 9. - P. 2126-2132.



14. Gao F. Laryngopharyngeal reflux and upper airway disease // Otolaryngology Clinics. - 2018. - Vol. 51, 4. - P. 769-778.
15. Huang J., Zhang X., Liu Y. Gastroesophageal reflux disease and chronic respiratory disorders // Respiratory Medicine. - 2020. - Vol. 170. - P. 105-113.
16. Chen C., Zhang S., Li Y. Diagnostic strategies in atypical GERD // Journal of Clinical Gastroenterology. - 2023. - Vol. 57, 2. - P. 123-131.
17. Yang Y. X., Yu S. Endoscopic diagnosis of GERD and Barrett's esophagus // Gastrointestinal Endoscopy. - 2016. - Vol. 84, 2. - P. 230-238.
18. Tanvir A., Rahman M., Islam S. Integrated management of gastroesophageal reflux disease // Annals of Gastroenterology. - 2024. - Vol. 37, 1. - P. 1-10.
19. Kucharczyk J., Kwiecien S. Novel therapeutic strategies in GERD // Pharmacological Reports. - 2024. - Vol. 76, 2. - P. 245-258.
20. Herdiana D. Lifestyle modification in GERD management // Journal of Digestive Health. - 2023. - Vol. 12, 3. - P. 145-152.
21. Tack J. Review article: the role of proton pump inhibitors in GERD // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. - 2005. - Vol. 22, Suppl. 1. - P. 3-10.
22. Hungin A. P. S., Molloy-Bland M., Scarpignato C. Systematic review: the burden of GERD // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. - 2012. - Vol. 36, 2. - P. 109-118.
23. Coron E., Hatlebakk J. G. Medical therapy of GERD // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. - 2007. - Vol. 21, 3. - P. 437-451.
24. Kim B. J., Cheon J. H. Refractory gastroesophageal reflux disease // Korean Journal of Gastroenterology. - 2014. - Vol. 63, 1. - P. 1-7.
25. Miranda A., Silva R., Costa J. Hypertension as a risk factor for esophageal inflammation in GERD // Hypertension Research. - 2024. - Vol. 47, 2. - P. 215-224.
26. Yao Y., Zhang H., Liu X. Association between GERD and essential hypertension // BMC Gastroenterology. - 2024. - Vol. 24, 1. - P. 98.
27. Karamanolis G., Sifrim D. GERD: new insights into mechanisms and treatment // Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. - 2007. - Vol. 4, 10. - P. 533-542.
28. Xu X., Zou D. Advances in GERD research // Chinese Journal of Digestive Diseases. - 2008. - Vol. 9, 4. - P. 189-195.
29. Chen Y., Li Z., Wang Q. Emerging concepts in GERD pathogenesis // Frontiers in Medicine. - 2025. - Vol. 12. - Article 1182456.