

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ



Исмаилов Сайдимурат Ибрагимович^{1,2}, Лигай Руслан Ефимович^{1,2},
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич³, Абдукаримов Абдурашид Дилшодович¹, Цой Алексей Олегович¹,
Омонов Расул Рахмонович¹, Мадрахимов Шохрух Нодирбекович¹, Авалбаев Жахонгир Махмудович¹
1 - ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им.
акад. В. Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;
2 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент;
3 - Центральная больница Самаркандского городского медицинского объединения,
Республика Узбекистан, г. Самарканд

ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Исмаилов Сайдимурат Ибрагимович^{1,2}, Лигай Руслан Ефимович^{1,2},
Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич³, Абдукаримов Абдурашид Дилшодович¹, Цой Алексей Олегович¹,
Омонов Расул Рахмонович¹, Мадрахимов Шохрух Нодирбекович¹, Авалбаев Жахонгир Махмудович¹
1 - "Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт
маркази" ДМ, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;
2 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;
3 - Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси марказий касалхонаси,
Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF HIATAL HERNIA

Ismailov Saydimurad Ibragimovich^{1,2}, Ligai Ruslan Efimovich^{1,2}, Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich³,
Abdukarimov Abdurashid Dilshodovich¹, Tsoi Alexey Olegovich¹, Omonov Rasul Rakhmonovich¹,
Madrakhimov Shokhrukh Nodirbekovich¹,
Avalbaev Jakhongir Makhmudovich¹
1 - State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after
Academician V. Vakhidov", Republic of Uzbekistan, Tashkent;
2 - Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent;
3 - Central Hospital of Samarkand City Medical Association, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shohruh14.95@mail.ru

Резюме. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраларини (ДҚТЧ) жарроҳлик даволашнинг бевосита
натижаларини - интраоперацион асоратларни, эрта операциядан кейинги даврни ва эрта рецидив частотасини
қиёсий ретроспектив баҳолаш. Материал ва усуллар. Тадқиқотга 283 бемор киритилди: таққослаш гуруҳи (ТГ,
n=134) - қизилўнгач тешиги чурраларининг очиқ пластикаси, антирефлюкс операциялари; асосий гуруҳ (АГ,

n=149) - оригинал модификацияланган услуб бўйича лапароскопик фундопликация (2023–2025 йиллар). Натижалар. Операциядан кейинги асоратларнинг умумий частотаси ТГда 17,2%, АГда 3,4% ни ташкил этди ($p<0,001$). Натижалардаги фарқларни белгиловчи асосий омиллар - очик операцияларда қизилўнгачнинг етарлича мобилизация қилинмаслиги, АГда эса кенгайтирилган медиастинал мобилизация ўтказилиши, шунингдек чурра туридан қатъи назар барча беморларда фундопликация бажарилиши ҳисобланади.

Калим сўзлар: диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси, лапароскопик фундопликация, очик операция, интраоперацион асоратлар, қизилўнгач мобилизацияси, эрта рецидив.

Abstract. Objective. To perform a comparative retrospective evaluation of the immediate results of surgical treatment of hiatal hernia: intraoperative complications, the early postoperative period, and the rate of early recurrence. Material and methods. The study included 283 patients: the comparison group (CG, $n=134$) underwent open hiatal hernia repair and antireflux operations; the main group (MG, $n=149$) underwent laparoscopic fundoplication using an original modified technique (2023–2025). Results. The overall rate of postoperative complications was 17.2% in the CG and 3.4% in the MG ($p<0.001$). The key factors determining the differences in outcomes were insufficient esophageal mobilization during open operations compared with the extended mediastinal mobilization in the MG, and the performance of fundoplication in all patients regardless of the hernia type.

Keywords: hiatal hernia, laparoscopic fundoplication, open surgery, intraoperative complications, esophageal mobilization, early recurrence.

Введение. Хирургическое лечение остаётся единственным методом, позволяющим устранить анатомическую основу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и восстановить нормальные взаимоотношения органов гастроэзофагеальной зоны. Несмотря на широкое распространение лапароскопических технологий и признание фундопликации по Ниссену в качестве базового стандарта, клиническая практика показывает, что непосредственные результаты вмешательства не всегда соответствуют ожидаемым. У части пациентов в раннем послеоперационном периоде сохраняются или формируются такие симптомы, как дисфагия, болевой синдром, чувство переполнения желудка, а также признаки гастроэзофагеального рефлюкса, что снижает удовлетворённость лечением и требует дополнительной коррекции.

Современные исследования демонстрируют значительную вариабельность ранних исходов хирургического лечения, что обусловлено не только особенностями самой методики, но и индивидуальными характеристиками пациентов, включая функциональное состояние пищевода, выраженность рефлюкса и сопутствующую патологию. В этой связи возрастает интерес к сравнительной оценке различных хирургических подходов с позиций их эффективности и безопасности в ближайшем послеоперационном периоде.

Особое значение приобретает анализ непосредственных результатов, позволяющий объективно оценить переносимость вмешательства, частоту ранних осложнений и динамику клинической симптоматики. Полученные данные служат основой для оптимизации хирургической тактики, повышения качества оказания медицинской помощи и улучшения прогноза у пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Настоящее исследование направлено на сравнительную оценку непосредственных резуль-

татов хирургического лечения данной категории больных с целью определения наиболее эффективных и безопасных подходов в современной клинической практике.

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование, включившее 283 пациента с ГПОД, оперированных в отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСПМЦХ имени академика В.В. Вахидова». До внедрения лапароскопической методики хирургическая тактика в отделении определялась типом грыжи: при ГПОД I типа выполнялась фундопликация по Ниссену–Черноусову в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ); при грыжах II–IV типов антирефлюксный компонент не предусматривался - вмешательство ограничивалось низведением грыжевого содержимого, диафрагмокрурорафией и эзофагофреникофундорафией. Данная тактика повлекла за собой закономерные ограничения: отсутствие фундопликации при параэзофагеальных грыжах не устраняло патологический рефлюкс, а недостаточная мобилизация пищевода при открытом доступе создавала натяжение в зоне пластики, predisposing к рецидиву. Высокая частота раневых осложнений, повреждений блуждающего нерва в ходе СПВ и послеоперационного пневмоторакса явились основанием для пересмотра хирургической стратегии и разработки модифицированной лапароскопической методики. Пациенты, оперированные по описанной открытой тактике с 2020 по 2023 год, составили группу сравнения (ГС, $n=134$): СПВ с фундопликацией по Ниссену–Черноусову ($n=34$; 25,4%), СПВ, диафрагмокрурорафия, фундопликация по Ниссену–Черноусову ($n=22$; 16,4%), низведение желудка, диафрагмокрурорафия, эзофагофреникофундорафия ($n=78$; 58,2%). Основная группа (ОГ, $n=149$) - пациенты, оперированные по модифицированной

лапароскопической методике с октября 2023 года по февраль 2025 года.

Модифицированная методика отличается от стандартной фундопликации по Ниссену рядом принципиальных технических особенностей: мобилизация начинается с правой ножки диафрагмы без использования держалки на пищеводе; выполняется обязательная расширенная мобилизация пищевода в заднем средостении до уровня нижних лёгочных вен (не менее 3 см абдоминального пищевода без тракции); фундопликационная манжета формируется на калибровочном зонде 56–60F с выполнением «shoeshine maneuver» и дополнительной фиксацией манжеты серозно-мышечными швами к передней стенке пищевода. Методика применяется при ГПОД всех типов. Подробное описание техники представлено в отдельной публикации.

Характеристика групп. Демографические характеристики и распределение по типам ГПОД представлены в таблицах 1 и 2. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и типу грыжи ($p > 0,05$ по всем показателям). В ГС мужчин было 42 (31,3%), женщин - 92 (68,7%), средний возраст составил $58,2 \pm 12,4$ года; в ОГ - мужчин 47 (31,5%), женщин 102 (68,5%), средний возраст $56,9 \pm 13,1$ года. Преобладающей возрастной категорией в обеих группах явились пациенты 60–75 лет (44,8% в ГС и 43,0% в ОГ). Наиболее частыми

типами ГПОД в обеих группах являлись I и III. Примечательно, что у 115 из 283 пациентов (40,6%) до верификации диагноза ГПОД имело место длительное лечение по поводу иной патологии: гастрита (29%), сердечно-сосудистых заболеваний (21%), ЛОР-патологии (18%), холецистита (13%), ХОБЛ (12%), язвенной болезни (7%), что отражает полиморфизм клинической картины ГПОД и подчёркивает важность своевременной диагностики. Длительность анамнеза заболевания у большинства пациентов составляла от 3 до 10 лет (ГС - 78,4%, ОГ - 77,9%). Симультанные вмешательства выполнены у 14,2% пациентов ГС и 15,4% ОГ (преимущественно холецистэктомия и грыжепластика), что свидетельствует о сопоставимости групп по сопутствующей хирургической патологии.

При поступлении наиболее частыми жалобами являлись изжога - у 152 пациентов (53,7%), боли за грудиной - у 126 (44,5%), тошнота - у 76 (26,9%), отрыжка и горечь во рту - у 74 (26,1%) каждая, срыгивание - у 68 (24,0%), дисфагия - у 59 (20,8%), регургитация - у 54 (19,1%). Реже отмечались тахикардия - 32 (11,3%), рвота - 18 (6,4%), боли в области сердца - 19 (6,7%), жалобы со стороны ЛОР-органов - 21 (7,4%), одышка - 12 (4,2%), гиперсаливация - 5 (1,8%), кровотечение - 3 (1,1%).

Таблица 1. Демографическая характеристика групп

Показатель	ГС (n=134)	%	ОГ (n=149)	%	p
Мужчины	42	31,3%	47	31,5%	$>0,05$
Женщины	92	68,7%	102	68,5%	$>0,05$
Средний возраст, лет	$58,2 \pm 12,4$	-	$56,9 \pm 13,1$	-	$>0,05$
19–44 года	25	18,7%	34	22,8%	
45–59 лет	43	32,1%	47	31,5%	
60–75 лет	60	44,8%	64	43,0%	
≥ 75 лет	6	4,5%	4	2,7%	

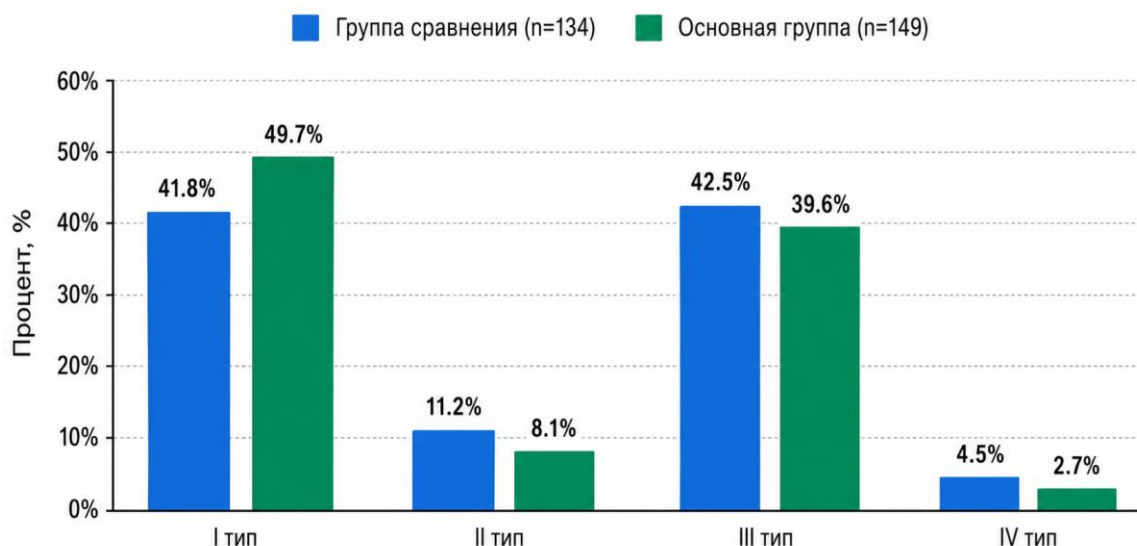


Рис. 1. Распределение по типам ГПОД (%)

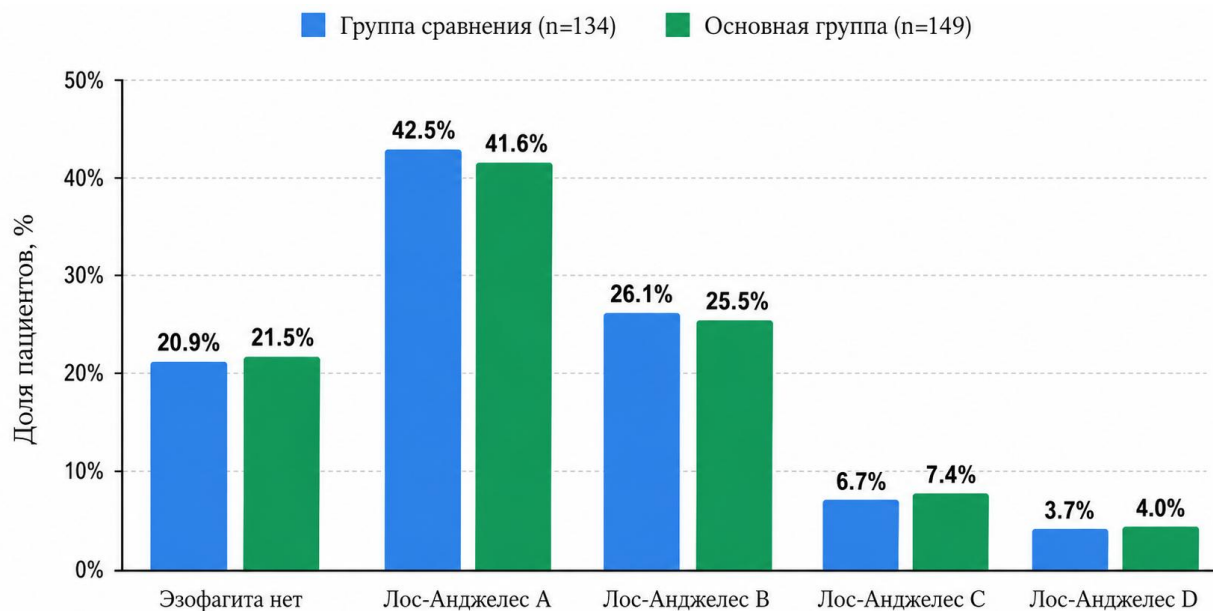


Рис. 2. Распределение пациентов по степени эзофагита (%)

Таблица 2. Интраоперационные осложнения

Осложнение	ГС	%	ОГ	%	Всего	p
Нет осложнений	102	76,1%	128	85,9%	230	<0,05
Повреждение вагуса	13	9,7%	2	1,3%	15	<0,01
Повреждение медиастинальной плевры	16	11,9%	18	12,1%	34	>0,05
Повреждение пищевода	1	0,7%	0	0,0%	1	>0,05
Кровотечение	2	1,5%	1	0,7%	3	>0,05
Итого осложнений	32 (23,9%)		21 (14,1%)		53	<0,05

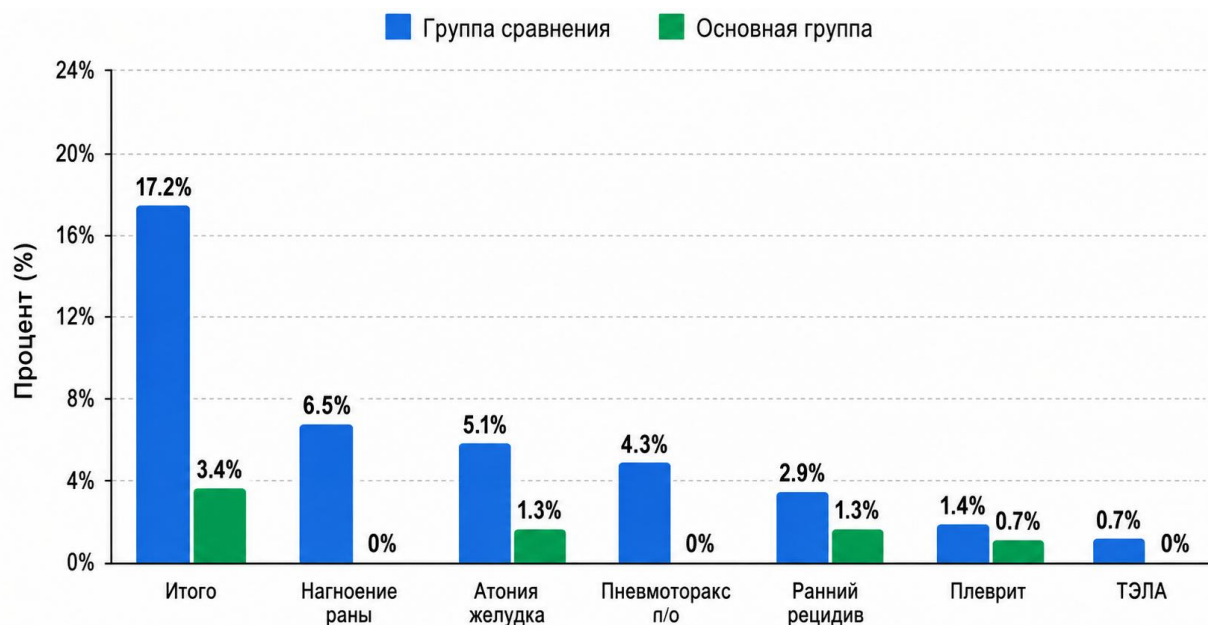


Рис. 3. Послеоперационные осложнения (%)

Полиморфизм клинической картины нередко обуславливал позднюю верификацию диагноза.

По данным ЭГДС, рефлюкс-эзофагит выявлен у 223 из 283 пациентов (78,8%). В ГС и ОГ распределение по степени эзофагита согласно

Лос-Анджелесской классификации было сопоставимым: степень А - 57 и 62 пациента соответственно, степень В - 35 и 38, степень С - 9 и 11, степень D - 5 и 6. Без признаков эзофагита при поступлении было 28 пациентов ГС и 32 пациента ОГ (рис. 2).

Эндоскопическая длина пищевода варьировала от 13 до 25 см. Наиболее часто регистрировалась длина 19–22 см, что составило 47,2% от общей выборки; длина пищевода менее 18 см (потенциально короткий пищевод) выявлена у 56 пациентов (19,8%). Распределение по длине пищевода в ГС и ОГ было сопоставимым.

Глубина грыжевой камеры по данным гастроскопии распределилась следующим образом: от 1 до 5 см - 146 пациентов (51,6%), от 6 до 10 см - 87 (30,7%), более 10 см - 50 (17,7%). В ГС и ОГ данное распределение было статистически сопоставимым ($p > 0,05$).

Осложнения рефлюкс-эзофагита при эндоскопическом исследовании выявлены у 188 пациентов. Наиболее часто диагностировался короткий пищевод - 128 случаев (68,1% от числа осложнений), кольцо Шацкого и язва Кея - по 20 случаев (10,6% каждый), пищевод Барретта - 13 (6,9%), язва Квинке - 7 (3,7%). Частота осложнений в ГС и ОГ была сопоставимой, что подтверждает однородность групп по тяжести исходного поражения.

Результаты исследования. Интраоперационные осложнения и их лечение. Интраоперационные осложнения зафиксированы у 32 из 134 пациентов ГС (23,9%) и у 21 из 149 пациентов ОГ (14,1%) (табл. 2).

Повреждение блуждающего нерва отмечено у 13 пациентов ГС (9,7%) и лишь у 2 пациентов ОГ (1,3%) ($p < 0,01$). Существенная разница обусловлена двумя факторами. Во-первых, при открытых операциях в ГС визуализация ветвей вагуса ограничена из-за особенностей доступа. Во-вторых, принципиально важным фактором является то, что в ГС всем пациентам выполнялась селективная проксимальная ваготомия (СПВ), в ходе которой прецизионная диссекция ветвей блуждающего нерва вдоль пищевода и кардии сопряжена с риском повреждения основного ствола нерва - что и могло обусловить столь высокую частоту данного осложнения в группе открытых вмешательств. В ОГ расширенная мобилизация до нижних лёгочных вен выполняется под лапароскопическим увеличением с применением ультразвукового скальпеля, что позволяет чётко идентифицировать и сохранить ветви вагуса на всём протяжении. При обнаружении повреждения нерва в обеих группах выполнялась маркировка и динамическое наблюдение.

Повреждение медиастинальной плевры зафиксировано с сопоставимой частотой: 16 пациентов в ГС (11,9%) и 18 в ОГ (12,1%) ($p > 0,05$). Данное осложнение является ожидаемым при расширенной медиастинальной диссекции - именно поэтому в ОГ, где мобилизация пищевода выполняется до уровня нижних лёгочных вен, частота повреждения плевры не ниже, чем в ГС.

Тактика ведения принципиально различалась: в ГС при открытых операциях в 6 случаях потребовалось послеоперационное дренирование плевральной полости. В ОГ при лапароскопических вмешательствах дренирование не проводилось ни в одном случае. Это обусловлено тем, что углекислый газ (CO_2), применяемый для создания карбоксиперитонеума, обладает высокой растворимостью и полностью всасывается из плевральной полости к завершению операции - клинически значимый послеоперационный пневмоторакс не развивается. Данная тактика является безопасной и позволяет избежать дополнительной травмы торакального дренирования.

Повреждение пищевода произошло у 1 пациента ГС (0,7%) при открытом вмешательстве; в ОГ повреждений пищевода не было. Дефект выявлен интраоперационно и ушит первичным двухрядным швом, послеоперационный период протекал без осложнений.

Интраоперационное кровотечение возникло у 2 пациентов ГС (1,5%) и 1 пациента ОГ (0,7%). Источниками являлись сосуды малого сальника и короткие сосуды желудка. Гемостаз во всех случаях достигнут интраоперационно: в ГС - лигированием, в ОГ - клипированием и ультразвуковым скальпелем. Конверсий не было.

Послеоперационные осложнения. Общая частота послеоперационных осложнений составила 17,2% в ГС и 3,4% в ОГ ($p < 0,001$) (рис. 3). Летальных исходов не зафиксировано ни в одной из групп.

Атония желудка наблюдалась у 7 пациентов ГС (5,1%) и 2 пациентов ОГ (1,3%). Более высокая частота в ГС закономерно связана с повреждением ветвей вагуса при открытом доступе. Лечение включало назначение прокинетиков, зондовую декомпрессию и симптоматическую терапию. В отличие от ГС, где дилатация не проводилась, в ОГ во всех случаях атонии желудка была выполнена эндоскопическая дилатация привратника, что значительно облегчило клиническую симптоматику и восстановило транзит контрастного вещества из желудка.

Нагноение послеоперационной раны зафиксировано исключительно в ГС (9 пациентов, 6,5%) и является прямым следствием открытого доступа. В ОГ, благодаря минимально инвазивному характеру вмешательства, раневых осложнений не отмечалось. Лечение: местная антисептическая терапия, физиолечение.

Послеоперационный пневмоторакс развился у 6 пациентов ГС (4,3%), что потребовало дренирования плевральной полости. В ОГ, несмотря на сопоставимую частоту интраоперационного повреждения плевры, ни одного случая послеоперационного пневмоторакса не было - CO_2 полностью всасывается до завершения операции.

Ранний рецидив ГПОД выявлен у 4 пациентов ГС (2,9%) и 2 пациентов ОГ (1,3%). Тактика ведения в группах принципиально различалась. В ОГ оба рецидива были диагностированы в первые 2–3 суток после операции и ликвидированы повторным лапароскопическим вмешательством с удовлетворительным непосредственным результатом. В ГС ранние рецидивы после открытых операций расценивались как относительно стабильные, пациентам назначалось динамическое наблюдение без экстренного повторного вмешательства; в последующем часть из них была оперирована в отдалённом периоде.

ТЭЛА развилась у 1 пациента ГС (0,7%). Пациент выжил на фоне проводимой антикоагулянтной и симптоматической терапии. В ОГ тромбоэмболических осложнений не было.

Жалобы после операции и дисфагия. Отсутствие жалоб при выписке отмечено у 85,8% пациентов ГС и 92,6% пациентов ОГ. Дисфагия зафиксирована у 9 пациентов ГС (6,7%) и 7 пациентов ОГ (4,7%). В ГС дисфагия была обусловлена преимущественно натяжением швов и послеоперационным отёком в зоне недостаточно мобилизованного пищевода, а в ряде случаев - медиастинизацией фундопликационной манжеты вследствие недостаточной мобилизации пищевода и избыточного натяжения в зоне пластики; в 4 случаях потребовалась пневматическая дилатация. В ОГ, несмотря на возникновение дисфагии в раннем послеоперационном периоде, все случаи разрешились самостоятельно без какого-либо вмешательства, что свидетельствует о транзиторном характере данного осложнения при применении калибровочного зонда 56–60F и обязательном выполнении «shoeshine maneuver».

Длительность госпитализации. Средняя длительность послеоперационного пребывания в стационаре составила $6,8 \pm 2,1$ суток в ГС и $4,2 \pm 0,9$ суток в ОГ ($p < 0,001$). Более короткая госпитализация в ОГ обусловлена меньшей травматичностью лапароскопического доступа, отсутствием раневых осложнений и более быстрым восстановлением пациентов.

Обсуждение. Полученные данные убедительно демонстрируют преимущества модифицированной лапароскопической фундопликации перед открытыми антирефлюксными вмешательствами по всем ключевым показателям непосредственных результатов.

Центральным элементом нашей концепции является принципиальное значение объёма мобилизации пищевода. При открытых операциях в ГС мобилизация ограничивалась нижней третью пищевода, что неизбежно формировало зону натяжения в месте крурорафии и фундопликации, а в ряде случаев приводило к медиастинизации фундопликационной манжеты - одному из ключевых

механизмов послеоперационной дисфагии и рецидива. Именно натяжение рассматривается в современной литературе как ведущий механизм раннего рецидива и несостоятельности швов [1–3]. В ОГ обязательная расширенная мобилизация пищевода до уровня нижних лёгочных вен (критерий - не менее 3 см абдоминального пищевода без тракции) полностью устраняет этот фактор, что находит отражение в меньшей частоте раннего рецидива (1,3% против 2,9%).

Принципиально различающаяся тактика при раннем рецидиве в двух группах отражает возможности метода: лапароскопический доступ позволил выполнить ревизионное вмешательство в первые 2–3 суток у обоих пациентов ОГ с хорошим непосредственным результатом. При открытых операциях в ГС ревизия в раннем периоде сопряжена с большей травматичностью, что обусловило тактику динамического наблюдения.

Резкое снижение частоты повреждений вагуса (с 9,7 до 1,3%) объясняется рядом факторов. Во-первых, при открытых операциях визуализация нервных структур ограничена особенностями доступа. Во-вторых, и это принципиально, в ГС всем пациентам выполнялась селективная проксимальная ваготомия (СПВ), в ходе которой прецизионная диссекция ветвей блуждающего нерва вдоль пищевода и кардии сопряжена с риском повреждения основного ствола нерва - что и обусловило столь высокую частоту данного осложнения в группе открытых вмешательств. В ОГ лапароскопическое увеличение, применение ультразвукового скальпеля и отсутствие держалки на пищеводе при формировании задне-пищеводного туннеля позволяют чётко идентифицировать и сохранить ветви вагуса на всём протяжении, снижая тракционную нагрузку на нервные структуры. Закономерным следствием этого является значимо меньшая частота атонии желудка в ОГ (1,3% против 5,1% в ГС); в случаях её развития в ОГ эффективной мерой коррекции явилась эндоскопическая дилатация привратника, быстро восстановившая желудочный транзит.

Важным практическим наблюдением является безопасность отказа от дренирования плевральной полости при лапароскопическом повреждении медиастинальной плевры. В отличие от открытых операций, где повреждение плевры требовало дренирования (6 случаев в ГС), при лапароскопическом доступе СО₂ полностью абсорбируется из плевральной полости до завершения вмешательства, не формируя клинически значимого послеоперационного пневмоторакса. Данный подход применялся системно во всех 18 случаях повреждения плевры в ОГ - ни один не потребовал дренирования [4, 5].

Различия в характере послеоперационной дисфагии между группами наглядно демонстри-

руют преимущества модифицированной техники. В ГС дисфагия носила стойкий характер, была обусловлена натяжением швов, послеоперационным отёком и в ряде случаев медиастинизацией фундопликационной манжеты вследствие недостаточной мобилизации пищевода; часть пациентов потребовала пневматической дилатации. В ОГ дисфагия в раннем послеоперационном периоде носила транзиторный характер и во всех случаях разрешилась самостоятельно без вмешательства, что подтверждает правильность выбранных технических решений - применения калибровочного зонда 56–60F и «shoeshine maneuver».

Полное отсутствие раневых инфекций в ОГ и значимое сокращение длительности госпитализации (4,2 против 6,8 суток) являются закономерными преимуществами минимально инвазивного подхода. Принципиально важно, что летальных исходов не зафиксировано ни в одной из групп, что свидетельствует о безопасности обоих методов при надлежащем отборе пациентов и хирургической технике.

Заключение. Модифицированная лапароскопическая фундопликация обеспечивает достоверно лучшие непосредственные результаты по сравнению с открытыми антирефлюксными вмешательствами: общая частота послеоперационных осложнений 3,4% против 17,2% ($p<0,001$), отсутствие раневых инфекций и послеоперационного пневмоторакса, значимое сокращение длительности госпитализации. Летальных исходов не зафиксировано ни в одной из групп.

Ключевым техническим фактором, определяющим преимущества ОГ, является расширенная мобилизация пищевода до уровня нижних лёгочных вен, устраняющая натяжение в зоне пластики и исключая медиастинизацию фундопликационной манжеты - главные причины раннего рецидива и стойкой дисфагии. Выполнение СПВ в ГС явилось дополнительным фактором риска повреждения блуждающего нерва и развития атонии желудка. Лапароскопический доступ позволяет устранить ранний рецидив ревизионным вмешательством в первые 2–3 суток, тогда как при открытых операциях обоснована выжидательная тактика с динамическим наблюдением.

Отказ от дренирования плевральной полости при интраоперационном повреждении медиастинальной плевры в ходе лапароскопических операций является безопасной и воспроизводимой тактикой: CO₂ полностью всасывается к моменту завершения вмешательства, исключая развитие клинически значимого послеоперационного пневмоторакса - что подтверждается отсутствием данного осложнения во всех 18 случаях повреждения плевры в ОГ.

Литература:

1. Edelman D.S. Laparoscopic paraesophageal hernia repair with mesh // *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*. 1995. Vol. 5, No. 1. P. 32–37.
2. Furnée E.J., Draaisma W.A., Broeders I.A., et al. Surgical reintervention after failed antireflux surgery // *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2009. Vol. 13, No. 8. P. 1539–1549.
3. Gonçalves-Costa D., et al. Robotic vs laparoscopic surgery for anti-reflux and hiatal hernia surgery // *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2024. Vol. 409, No. 1. P. 175.
4. Hanna N.M., et al. Management of symptomatic, asymptomatic, and recurrent hiatal hernia: a systematic review and meta-analysis // *Surgical Endoscopy*. 2024. Vol. 38, No. 6. P. 2917–2938.
5. Khan M.U., et al. Outcomes of laparoscopic hiatal hernia repair: a three-year follow-up study from a UK tertiary centre // *Cureus*. 2025. Vol. 17, No. 10. e94404.
6. Luketich J.D., Nason K.S., Christie N.A., et al. Outcomes after a decade of laparoscopic giant paraesophageal hernia repair // *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2010. Vol. 139, No. 2. P. 395–404.
7. Singhal S., et al. Current trends in the management of hiatal hernia // *Cureus*. 2024. Vol. 16, No. 11. DOI: 10.7759/cureus.73070.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Бабажанов А.С.,
Абдукаримов А.Д., Цой А.О., Омонов Р.Р., Мадрахимов
Ш.Н., Авалбаев Ж.М.

Резюме. Цель. Провести сравнительную ретроспективную оценку непосредственных результатов хирургического лечения ГПОД: интраоперационных осложнений, ближайшего послеоперационного периода и частоты раннего рецидива. Материал и методы. В исследование включено 283 пациента: группа сравнения (ГС, $n=134$) - открытые пластики грыж ПОД, антирефлюксные операции; основная группа (ОГ, $n=149$) - лапароскопическая фундопликация по оригинальной модифицированной методике (с 2023 по 2025 гг.). Результаты. Общая частота послеоперационных осложнений в ГС составила 17,2%, в ОГ - 3,4% ($p<0,001$). Ключевыми факторами, определяющими различия в результатах, является недостаточная мобилизация пищевода при открытых операциях в сравнении с расширенной медиастинальной мобилизацией в ОГ, выполнение фундопликации всем больным независимо от типа грыжи.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая фундопликация, открытая операция, интраоперационные осложнения, мобилизация пищевода, ранний рецидив.