

Клинический случай / Clinical case

Симультанная операция у пациента с рецидивом варикозной болезни и рецидивной паховой грыжей в условиях стационара одного дня. Клиническое наблюдение

А.И. Чернооков^{1✉}, chernookov01@rambler.ru, С.И. Долгов², С.И. Кандыба³, А.М. Николаев⁴, А.А. Атаян⁴, Э.О. Хачатрян¹

¹ Московский государственный университет пищевых производств; 125080, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11

² Центр флебологии; 117036, Россия, Москва, ул. 10-летия Октября, д. 9

³ Главный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко; 105064, Россия, Москва, Яковоапостольский переулок, д. 8А

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Введение. В настоящее время, несмотря на применение современных и высокотехнологичных методов оперативного лечения больных с варикозной болезнью и грыжами передней брюшной стенки, в отдаленном периоде рецидивы заболевания встречаются в 1,7–14% случаев. Сочетание послеоперационных рецидивов паховой грыжи и варикозной болезни является нечастой разновидностью множественной хирургической патологии.

Клинический случай. В статье приводится клиническое наблюдение пациента с рецидивом варикозной болезни и паховой грыжи, перенесшего до поступления в клинику в общей сложности три оперативных вмешательства. Проведение детальной ультразвуковой диагностики позволило установить причину развития рецидива и разработать оптимальную хирургическую тактику с учетом индивидуальных особенностей заболевания и характера ранее перенесенных операций. Учитывая анатомическую близость и одностороннюю локализацию патологических процессов, пациенту выполнена симультанная операция из одного доступа. Через сутки уровень послеоперационной боли по визуально-аналоговой шкале составил 4,2 балла, в течение 2 послеоперационных суток больной для купирования болевого синдрома принимал анальгетики. Компрессионная терапия осуществлялась чулками второго функционального класса. Пациент покинул клинику на следующий день после вмешательства в удовлетворительном состоянии, предъявлял жалобы на незначительные боли в области операционной раны. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Боли, ограничение движения наблюдались в течение 4 дней после оперативного вмешательства. Шов снят на 7-е сутки после операции, рана зажила первичным натяжением.

Заключение. Применение симультанной операции позволяет провести радикальную коррекцию обеих болезней, уменьшить психологическую нагрузку на больного, улучшить эстетический результат вмешательства, избежать тромботических осложнений и ущемления грыжи в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: рецидив, варикозная болезнь, сочетанные заболевания, рецидивная паховая грыжа, симультанная операция

Для цитирования: Чернооков А.И., Долгов С.И., Кандыба С.И., Николаев А.М., Атаян А.А., Хачатрян Э.О. Симультанная операция у пациента с рецидивом варикозной болезни и рецидивной паховой грыжей в условиях стационара одного дня. Клиническое наблюдение. *Амбулаторная хирургия*. 2021;18(2):124–130. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-2-124-130>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Simultaneous operation in a patient with recurrent varicosity and recurrent inguinal hernia in a one-day hospital. Case report

Alexandr I. Chernookov^{1✉}, chernookov01@rambler.ru, Sergey I. Dolgov², Sergey I. Kandyba³, Andrei M. Nikolaev³, Andrey A. Atayan⁴, Edita O. Hachatryan¹

¹ Moscow State University of Food Production; 11, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125080, Russia

² Center of Phlebology; 9, 10-letiya Oktyabrya St., Moscow, 117036, Russia

³ Main Clinical Hospital named after Academician N.N. Burdenko; 8A, Yakovoapostolskiy Lane, Moscow, 105064, Russia

⁴ Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

Introduction. Currently, despite the use of modern and high-tech methods of surgical treatment of patients with varicose veins and hernias of the anterior abdominal wall in the long-term period, relapses of the disease occur in 1.7–14% of cases. The combination of postoperative recurrence of inguinal hernia and varicosis is an infrequent type of multiple surgical pathology.

Case report. The article presents a clinical observation of a patient with a relapse of varicosis and an inguinal hernia, who underwent a total of three surgical interventions before admission to the clinic. Detailed ultrasound diagnostics made it possible to establish the cause of the relapse and develop optimal surgical tactics, taking into account the individual characteristics of the disease and the nature of previous operations. Taking into account the anatomical proximity and one-sided localization of pathological processes, the patient underwent a simultaneous operation from one access. A day later, the postoperative pain intensity was rated with a visual analogue scale at 4.2 scores, a patient administered analgesics to relieve pain within two postoperative days. Class 2 compression stockings were used for the compression therapy. The patient was discharged from the clinic in satisfactory condition the following day after the intervention, complaining of minor pain in the surgical wound area. The postoperative period was uneventful, without complications. Pain, restriction of movement were observed within 4 days after surgery. The sutures were removed after 7 days, the wound healed by primary intention healing.

Conclusions. The use of a simultaneous operation allows a radical correction of both diseases, to reduce the psychological burden on the patient, to improve the aesthetic result of the intervention, to avoid thrombotic complications and hernia infringement in the postoperative period.

Keywords: recurrent, varicosis, concomitant diseases, recurrent inguinal hernia, simultaneous operation

For citation: Chernookov A.I., Dolgov S.I., Kandyba S.I., Nikolaev A.M., Atayan A.A., Hachatryan E.O. Simultaneous operation in a patient with recurrent varicosity and recurrent inguinal hernia in a one-day hospital. Case report. *Ambulatornaya khirurgiya = Ambulatory Surgery (Russia)*. 2021;18(2):124–130. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-2-124-130>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы вследствие увеличения продолжительности жизни, высокой технической оснащенности медицинских учреждений, качественного улучшения диагностики и возрастания социальной активности общества наблюдается увеличение количества пациентов с сочетанными хирургическими заболеваниями [1]. Одним из частых вариантов данной патологии, встречающихся в хирургической практике, является сочетание варикозной болезни с грыжами передней брюшной стенки [2, 3].

В последние несколько лет наблюдается тенденция к увеличению доли симультанных операций, которые выполняются у пациентов с сочетанными хирургическими заболеваниями и являются одним из перспективных направлений современной хирургии [4–6]. Преимуществами таких оперативных вмешательств является одновременное избавление больного от нескольких болезней, риска повторного наркоза и возможности развития в послеоперационном периоде острого варикотромбофлебита или ущемления грыжи [7, 8]. Поэтапное лечение пациентов с данной патологией приводит к упущению оптимальных сроков коррекции, снижению качества жизни пациентов, эмоциональным нагрузкам, дополнительным расходам, связанным с повторным оперативным вмешательством и предоперационным обследованием [9]. В ряде исследований убедительно показана экономическая эффективность симультанных операций, кроме этого, такой подход обеспечивает более быстрое восстановление трудоспособности

пациентов и улучшение качества жизни [7, 10–12]. Накопление опыта по применению современных высокотехнологических оперативных вмешательств, использование синтетических имплантов последнего поколения у больных с варикозной болезнью и грыжами передней брюшной стенки, хорошая техническая оснащенность операционных позволяют выполнять такие операции в условиях стационаров кратковременного пребывания [3].

По данным исследований последних лет, несмотря на существенное расширение спектра применяемых операций в герниологии и флебологии, количество послеоперационных рецидивов варьирует от 1,7 до 14% [11, 13–17]. Однако в современной медицинской литературе нет единого подхода к выбору оперативного доступа, объема и последовательности выполнения этапов симультанного вмешательства у данной категории пациентов в зависимости от источника рецидива варикозной болезни, характера ранее перенесенной герниопластики и операции на венах нижней конечности [18]. Кроме этого, внедрение в широкую клиническую практику высокотехнологических методов лечения существенно изменило подходы к лечению пациентов с рецидивами варикозной болезни. Все чаще в таких ситуациях для лечения в амбулаторном порядке применяются эхосклеротерапия и повторные эндовазальные вмешательства [14, 19]. Поэтому требуется веское обоснование целесообразности применения симультанных операций у пациентов с рецидивной паховой грыжей

в сочетании с рецидивом варикозной болезни. По данным ряда исследователей, при большом диаметре или технических сложностях, возникающих при ЭВЛК культы большой подкожной вены (небольшая длина, извитость впадающих приустьевых притоков), надежнее выполнить рекроссэктомии [14, 20]. При такой тактике лечения и наличии показаний к повторной операции из традиционного доступа резонно выполнить одномоментную коррекцию обоих заболеваний под спинальной анестезией в условиях стационара одного дня.

● КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Приводим наблюдение хирургического лечения больного с рецидивом варикозной болезни и правосторонней рецидивной паховой грыжей. Пациент М. 58 лет поступил для планового лечения в Центр флебологии с диагнозом *правосторонняя рецидивная паховая грыжа средних размеров IV B по классификации Nyhus L.M. 1993 г., варикозная болезнь правой нижней конечности, рецидив C 1, 2, 3, S, Ep, As, p, Pr, 1, 2, 5, 18, LII.*

На момент поступления предъявлял жалобы на периодические боли в области грыжевого выпячивания, чувство дискомфорта в правой паховой области при ходьбе, ограничения при тяжелой физической нагрузке и занятиях спортом, дискомфорт, чувство быстрой утомляемости, тяжести в правой нижней конечности, ночные судороги, отечность нижней трети правой голени.

Из анамнеза известно, что варикозной болезнью страдает в течение 14 лет. В 2009 г. диагностирован острый варикотромбофлебит притока большой подкожной вены на правой голени. Проведен курс консервативной терапии с положительным эффектом. Через 3 года в связи с прогрессированием варикозной болезни в ГКБ по месту жительства была выполнена комбинированная флебэктомия в бассейне большой подкожной вены справа. Через 5 лет после вмешательства отметил возникновение варикозных вен на передней, медиальной поверхности правого бедра и голени, чувство тяжести в правой нижней конечности. При консультации и ультразвуковом дуплексном ангиосканировании в коммерческом медицинском центре был диагностирован рецидив варикозной болезни на правой нижней конечности.

Впервые отметил появление грыжевого выпячивания в правой паховой области в 2015 г., после чрезмерной физической нагрузки. В течение года наблюдалось постепенное увеличение размеров грыжи, появление жалоб на периодические боли, дискомфорт

при физической нагрузке и ходьбе, ущемлений грыжи не было. В 2016 г. выполнена лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика. Через 8 мес. после выписки из лечебного учреждения после физической нагрузки отметил повторное появление грыжевого выпячивания в правой паховой области. Через год после первичного оперативного вмешательства оперирован повторно в том же лечебном учреждении по поводу правосторонней рецидивной паховой грыжи – произведена повторная видеоэндоскопическая герниопластика. В декабре 2018 г. вновь возникли жалобы на появление мягкоэластического образования в правой паховой области, при осмотре диагностирована рецидивная правосторонняя паховая грыжа.

В течение многих лет пациент страдает хроническим бронхитом, сопровождающимся частыми приступами кашля, также наблюдается доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Данные заболевания сопровождаются частым повышением внутрибрюшного давления и, несомненно, способствуют возникновению рецидивов грыжи. Также отмечено грыженосительство у ближайших родственников.

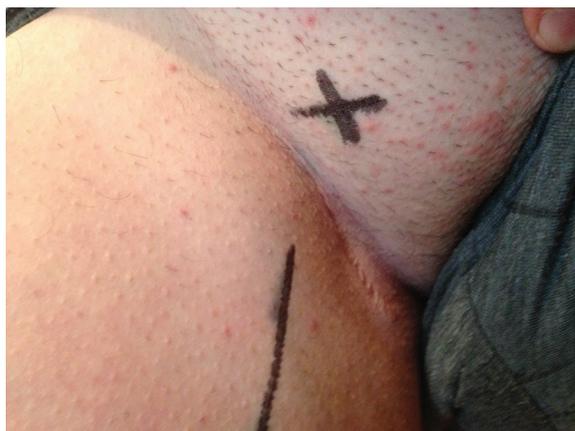
В ходе физикального осмотра больного в положении стоя установлено, что в правой паховой области определяется мягкоэластическое образование размером 6 x 5 x 4 см, овальной формы, безболезненное и урчащее при пальпации. Симптом кашлевого толчка положительный. В горизонтальном положении грыжевое выпячивание свободно вправляется в брюшную полость, при пальпации определяются края грыжевых ворот и дефект передней брюшной стенки около 4 см в диаметре.

При осмотре выявлены варикозно-расширенные вены на правом бедре и голени, признаки умеренно выраженного отека в области лодыжек правой нижней конечности. Послеоперационный рубец после первичной операции находится дистальнее паховой складки на 1 см (рис. 1). В проекции паховой складки пальпаторно определяется аневризматическое расширение приустьевых отделов большой подкожной вены (БПВ). Кожные покровы правой голени без трофических изменений.

При ультразвуковом обследовании размеры грыжевых ворот составляют 3 x 4 см, содержимым грыжевого мешка является петля тонкой кишки. Показатели клинических анализов крови и мочи в пределах референсных значений.

Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей: глубокие вены проходимы на всем протяжении, клапаны их состоятельны.

РИСУНОК 1. Предоперационное картирование сафено-фemorального соустья
FIGURE 1. Preoperative mapping of the sapheno-femoral junction



Сафено-фemorальное соустье справа несостоятельно, диаметр 14,2 мм, ширина приустьевоего отдела до 15,4 мм. Ствол большой подкожной вены не лоцируется от верхней трети бедра. Длина культи составляет 19 мм, в нее дренируется два расширенных притока с нефункционирующими клапанами: извитой переднелатеральный и поверхностный надчревный, имеющий прямолинейный ход, диаметром, соответственно, 8 мм и 4 мм. На передней, латеральной, медиальной поверхности правого бедра и голени визуализируются расширенные притоки. На голени определяются две коммуникантные вены с несостоятельными клапанами диаметром 4,6 мм и 3,4 мм.

Таким образом, источником рецидива варикозной болезни была культя большой подкожной вены с приустьевыми притоками, несостоятельные коммуникантные вены на голени.

Учитывая, что после двух эндоскопических операций могут наблюдаться рубцовые сращения сетчатого протеза с париетальной брюшиной, большой диаметр и незначительная длина культи БПВ, извитость приустьевоего притока, было принято решение выполнить симультанную операцию из открытого доступа. При этом первым этапом решено произвести вмешательство на венах правой нижней конечности, вторым – герниопластике.

Оперирован 08.02.2019 г. в плановом порядке под субарахноидальной анестезией с внутривенной седацией. Близкое анатомическое расположение пахового канала и сафено-фemorального соустья были основанием для выполнения одномоментно-последовательной операции из одного пахового доступа. Произведен

РИСУНОК 2. Культи большой подкожной вены справа
FIGURE 2. The great saphenous vein stump on the right

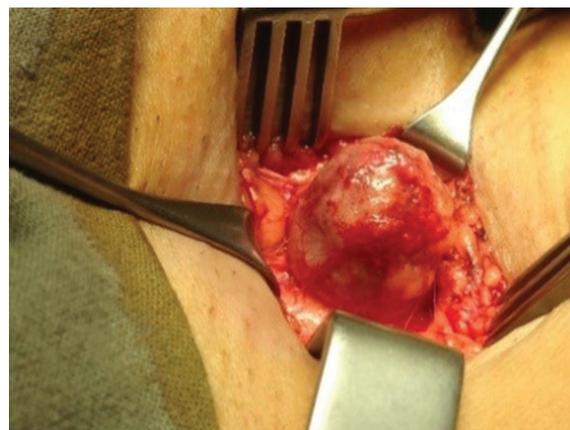
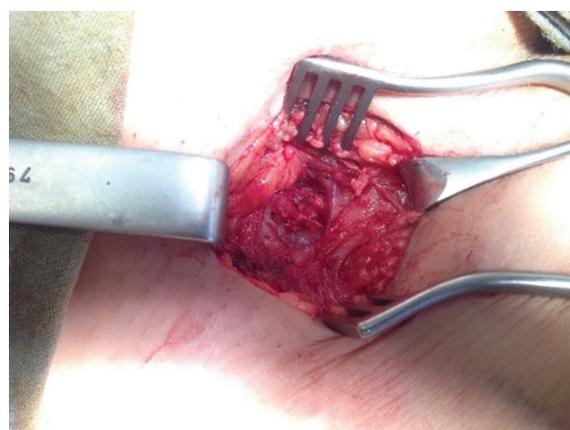


РИСУНОК 3. Рекроссектомия
FIGURE 3. Recrosectomy



операционный разрез на 1 см выше и параллельно паховой складки справа. В ходе оперативного вмешательства из этого доступа первым этапом из рубцовых тканей мобилизовано устье большой подкожной вены приустьевыми притоками (рис. 2).

Выделены переднелатеральный и поверхностный надчревный притоки, пересечены, лигированы. Заново сформирована культя БПВ, прошита и перевязана (рис. 3).

Далее выполнена минифлебэктомия притоков на бедре и голени, лигирование коммуникантных вен голени из отдельных проколов. Следующим этапом рассечен апоневроз наружной косой мышцы

живота, острым путем выделен семенной канатик, взят на держалку. Рассечены оболочки семенного канатика, грыжевой мешок вскрыт, находящаяся в нем петля тонкой кишки вправлена в брюшную полость. После обработки грыжевого мешка произведена герниопластика по Лихтенштейну. Для пластики использовали полиэстеровый сетчатый протез стандартных размеров, операция продолжалась 1 ч 20 мин. Применение одного доступа позволяет снизить травматичность вмешательства и не тратить дополнительное время на выполнение и ушивание второго разреза.

Через сутки уровень послеоперационной боли по визуально-аналоговой шкале составил 4,2 балла, в течение 2 послеоперационных суток болей для купирования болевого синдрома принимал анальгетики. Компрессионная терапия осуществлялась чулками med1 второго функционального класса. Пациент покинул клинику на следующий день после вмешательства в удовлетворительном состоянии, предъявлял жалобы на незначительные боли в области операционной раны. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Боли, ограничение движения наблюдались в течение 4 дней после оперативного вмешательства. Шов снят на 7-е сутки после операции, рана зажила первичным натяжением.

Повторно осмотрен через 1 год после проведения оперативного вмешательства. Жалоб не предъявляет, в послеоперационном периоде наблюдались парастезии на медиальной поверхности голени, которые самостоятельно купировались в течение 6 мес. после

операции. При контрольном осмотре, ультразвуковом обследовании рецидивов грыжи и варикозной болезни не обнаружено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное клиническое наблюдение свидетельствует о возможности и эффективности одномоментной коррекции обоих заболеваний из одного пахового доступа при одностороннем поражении. Данный маневр обеспечивает подход к культе большой подкожной вены вне зоны рубцово-измененных тканей, позволяет повысить косметический эффект, сократить длительность операции. Вместе с тем важно, чтобы у оперирующего хирурга был опыт выполнения повторных операций при рецидивах варикозной болезни. При этом план операции должен составляться индивидуально с учетом причин развития рецидива заболевания и характера ранее выполненных операций. Такая хирургическая тактика может применяться при рецидиве варикозной болезни, требующей открытой операции, технической невозможности или отказе пациента от повторного эндовазального вмешательства.

Применение симультанных операций не приводит к развитию специфических интра- и послеоперационных осложнений, развитию выраженной послеоперационной боли, длительному восстановлению трудоспособности. Данные вмешательства могут быть рекомендованы для выполнения в условиях стационара одного дня.

Поступила / Received 09.08.2021

Поступила после рецензирования / Revised 29.08.2021

Принята в печать / Accepted 03.09.2021

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванов Ю.В., Соловьев И.А., Шаров М.Б. Современные представления о сочетанной патологии и симультанных операциях. *Анналы хирургии*. 2007;(4):17–20. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=9603250>.
2. Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Паршаков А.А., Кузнецова М.В. Симультанные операции в герниологии. В: *Материалы IV съезда герниологов «Актуальные вопросы герниологии»*. Москва, 1–2 ноября 2019 г. М.; 2019, с. 101–103. Режим доступа: https://hernia-conference.ru/assets/тезисы_2019-финальные.pdf.
3. Чернооков А.И., Ларионов А.А., Белых Е.Н., Николаев А.М., Токин С.А., Шевчук Р.И., Подколзин Е.В. Опыт применения симультанных операций у больных с грыжами передней брюшной стенки и варикозной болезнью. В: *Материалы IV съезда герниологов «Актуальные вопросы герниологии»*. Москва, 1–2 ноября 2019 г. М.; 2019, с. 139–140. Режим доступа: https://hernia-conference.ru/assets/тезисы_2019-финальные.pdf.
4. Верткина Н.В., Хамитов Ф.Ф., Лисицкий Д.А., Гулаев О.Г., Чельдиев К.В. Клинико-экономические аспекты симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста. *Клиническая геронтология*. 2008;14(4):5–10. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=11635906>.
5. Лысов Н.А., Лещенко И.Г., Супильников А.А., Столяров С.А., Александров И.К. Симультанные операции в гериатрической хирургии. *Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье*. 2019;6(42):103–111. Режим доступа: <https://readera.org/143172276>.
6. Ермаков Н.А. Зорин Е.А., Орловская Е.С. Симультанная хирургическая коррекция паракостомальной, срединной послеоперационной паховой грыжи. В: *Материалы первого всероссийского съезда герниологов*. Москва, 27–28 октября 2016 г. М.; 2016, с. 38–39. Режим доступа: https://herniaweb.ru/assets/тезисы_гс_2016.pdf.
7. Пушкин С.Ю. Симультанные вмешательства у больных с вентральной грыжей срединной локализации. *Аспирантский вестник Поволжья*. 2009;(7–8):97–100. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=13054561>.
8. Шихметов А.Н., Осин Л.А., Пасычев А.А., Задикян А.М. Опыт хирургического лечения симультанной патологии у гинекологических больных. *Амбулаторная хирургия*. 2018;(1–2):64–71. <https://doi.org/10.21518/1995-14772018-12-64-71>.



9. Олифирова О.С., Омельченко В.А., Гончарук Г.В. Симультантные операции в хирургической практике. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2002;161(5):84–86. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23035917>.
10. Курыгин А.А., Семенов В.В. Социально-экономические аспекты симультантных операций на органах живота. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2016;3(175):100–105. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2016-175-3-100-105>.
11. Park H.S., Kwon Y., Eom B.W., Lee T. Prospective nonrandomized comparison of quality of life and recurrence between high ligation and stripping and radiofrequency ablation for varicose veins. *J Korean Surg Soc*. 2013;84(1):48–56. <https://doi.org/10.4174/jkss.2013.84.1.48>.
12. Orr N.T., Davenport D.L., Roth J.S. Outcomes of simultaneous laparoscopic cholecystectomy and ventral hernia repair compared to that of laparoscopic cholecystectomy alone. *Surg Endosc Jan*. 2013;27(1):67–73. <https://doi.org/10.1007/s00464-012-2408-z>.
13. Полюнский А.А., Козловская А.В., Кречко А.С. Качество жизни и отделенные результаты лечения пациентов с рецидивными паховыми грыжами. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2015;(4):30–32. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25278472>.
14. Смирнов А.А., Куликов Л.К., Привалов Ю.А., Собонович В.Ф. Рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей. *Новости хирургии*. 2015;23(4):447–451. Режим доступа: https://elib.vsmu.by/bitstream/123/4475/1/nkh_2015_4_447-451.pdf.
15. Капустин Б.Б., Мингазова Г.Ф., Елхов И.В., Анисимов А.В. О причинах рецидива паховых грыж после герниопластики способом Лихтенштейна. В: *Материалы международной конференции «Трудные грыжи»*. Москва, 30 октября 2012 г. Режим доступа: https://общество-хирургов.рф/upload/2012_11_30.pdf.
16. Burcharth J. The epidemiology and risk factors for recurrence after inguinal hernia surgery. *Dan Med J*. 2014;61(5):B4846. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24814748>.
17. Pisanu A., Podda M., Saba A. Meta-analysis and review of prospective randomized trials comparing laparoscopic and Lichtenstein techniques in recurrent inguinal hernia repair. *Hernia*. 2014;19(3):355–356. <https://doi.org/10.1007/s10029-014-1281-1>.
18. Чернооков А.И., Рамишвили В.Ш., Долгов С.И., Николаев А.М., Атаян А.А., Белых Е.Н. Современная стратегия лечения больных с рецидивами варикозной болезни после эндовазальных вмешательств. *Georgian Medical News*. 2021;(4):26–33. Режим доступа: <https://geomednews.com/ru/v313-april-2021>.
19. Pavei P., Ferini M., Spreafico G., Nosadini A., Piccioli A., Giralardi E., Baccaglioni U. Ultrasound guided foam sclerotherapy of recurrent varices of the great and small saphenous vein: 5-year follow up. *Veins and Lymphatics*. 2014;3(2):46–55. <https://doi.org/10.4081/vl.2014.4655>.
20. Гавриленко А.В., Лядов К.В., Соколов А.Л., Луценко М.М., Вахратьян П.Е., Ким Е.А. Миниинвазивные технологии в лечении рецидива варикозной болезни. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2011;(3):32–36. Режим доступа: <https://mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2011/3/030023-1207201136>.

REFERENCES

1. Ivanov YU.V., Solov'ov I. A., Sharov M.B. Modern concepts of concomitant surgical pathology and simultaneous operations. *Annaly hirurgii = Annals of Surgery*. 2007;(4):17–20. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=9603250>.
2. Samarcev V.A., Gavrillov V.A., Parshakov A.A., Kuznecova M.V. Simultaneous operations in herniology. In: *Materials of the IV congress of herniologists "Actual problems of herniology"*. Moscow, November 1–2, 2019. Moscow; 2019, pp. 101–103. (In Russ.) Available at: https://hernia-conference.ru/assets/тезисы_2019-финальные.pdf.
3. Chernookov A.I., Lariovov A.A., Belyh E.N., Nikolaev A.M., Tokin S.A., SHevchuk R. I., Podkolzin E.V. Experience in the use of simultaneous operations in patients with hernias of the anterior abdominal wall and varicose veins. In: *Materials of the IV congress of herniologists "Actual problems of herniology"*. Moscow, November 1–2, 2019. Moscow; 2019, pp. 139–140. (In Russ.) Available at: https://hernia-conference.ru/assets/тезисы_2019-финальные.pdf.
4. Vyortkina N.V., Hamitov F.F., Lisitski D.A., Gulaev O.G., Cheldnev K.V. Clinical and economic aspects of simultaneous operations at elderly and senile patients. *Klinicheskaya gerontologiya = Clinical gerontology*. 2008;14(4):5–10. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=11635906>.
5. Lysov N.A., Leshchenko I.G., Supil'nikov A. A., Stolyarov S.A., Aleksandrov I.K. Simultaneous operations in geriatric surgery. *Vestnik meditsinskogo instituta "Reaviz": reabilitatsiya, vrach i zdorov'e = Bulletin of the Medical Institute "Reaviz": Rehabilitation, Doctor and Health*. 2019;6(42):103–111. (In Russ.) Available at: <https://readera.org/143172276>.
6. Ermakov N.A., Zorin E.A., Orlovskaya E.S. Simultaneous surgical correction of paracolostomal, median incisional inguinal hernia. In: *Materials of the first all-Russian congress of herniologists*. Moscow, October 27–28, 2016. Moscow; 2016, pp. 38–39. (In Russ.) Available at: https://herniaweb.ru/assets/тезисы_гс_2016.pdf.
7. Pushkin S.Yu. Simultaneous interventions in patients with median ventral hernia. *Aspirantskiy Vestnik Povolzh'ya*. 2009;(7–8):97–100. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=13054561>.
8. Shikhmetov A.N., Osin L.A., Pasychev A.A., Zadikyan A.M. Experience of surgical treatment of simultaneous pathology in gynecological patients. *Ambulatornaya khirurgiya = Ambulatory Surgery (Russia)*. 2018;(1–2):64–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-14772018-1-2-64-71>.
9. Olifirova O.S., Omelchenko V.A., Goncharuk G.V. Simultaneous operations in surgical practice. *Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova = Grekov's Bulletin of Surgery*. 2002;161(5):84–86. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23035917>.
10. Kurygin A.A., Semenov V.V. Social and economic aspects of simultaneous operations on abdominal organs. *Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova = Grekov's Bulletin of Surgery*. 2016;175(3):100–105. (In Russ.) <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2016-175-3-100-105>.
11. Park H.S., Kwon Y., Eom B.W., Lee T. Prospective nonrandomized comparison of quality of life and recurrence between high ligation and stripping and radiofrequency ablation for varicose veins. *J Korean Surg Soc*. 2013;84(1):48–56. <https://doi.org/10.4174/jkss.2013.84.1.48>.
12. Orr N.T., Davenport D.L., Roth J.S. Outcomes of simultaneous laparoscopic cholecystectomy and ventral hernia repair compared to that of laparoscopic cholecystectomy alone. *Surg Endosc Jan*. 2013;27(1):67–73. <https://doi.org/10.1007/s00464-012-2408-z>.
13. Polynskij A.A., Kozlovskaya A.V., Krechko A.S. Quality of life and long-term outcomes of surgical treatment in patients with recurrent inguinal hernias. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta = Journal of the*

- Grodno State Medical University*. 2015;(4):30–32. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25278472>.
14. Smirnov A.A., Kulikov L.K., Privalov YU.A., Sobotovich V.F. Recurrence of lower limb varicose veins. *Novosti hirurgii*. 2015;23(4):447–451. (In Russ.) Available at: https://elib.vsmu.by/bitstream/123/4475/1/nkh_2015_4_447-451.pdf.
 15. Kapustin B.B., Mingazova G.F., Elkhov I.V. On the causes of recurrence of inguinal hernias after hernioplasty by the Liechtenstein method. In: *Materials of the international conference "Difficult hernias"*. Moscow, October 30, 2012. (In Russ.) Available at: https://общество-хирургов.рф/upload/2012_11_30.pdf.
 16. Burcharth J. The epidemiology and risk factors for recurrence after inguinal hernia surgery. *Dan Med J*. 2014;61(5):B4846. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24814748>.
 17. Pisanu A., Podda M., Saba A. Meta-analysis and review of prospective randomized trials comparing laparoscopic and Lichtenstein techniques in recurrent inguinal hernia repair. *Hernia*. 2014;19(3):355–356. <https://doi.org/10.1007/s10029-014-1281-1>.
 18. Chernookov A.I., Ramishvili V.Sh., Dolgov S.I., Nikolaev A.M., Atayan A.A., Belyh E.N. Modern strategy for the treatment of patients with relapses of varicose veins after endovascular interventions. *Georgian Medical News*. 2021;(4):26–33. (In Russ.) Available at: <https://geomednews.com/ru/v313-april-2021>.
 19. Pavei P., Ferini M., Spreafico G., Nosadini A., Piccioli A., Giraldo E., Baccaglini U. Ultrasound guided foam sclerotherapy of recurrent varices of the great and small saphenous vein: 5-year follow up. *Veins and Lymphatics*. 2014;3(2):46–55. <https://doi.org/10.4081/vl.2014.4655>.
 20. Gavrilenko A.V., Lyadov K.V., Sokolov A.L., Lucenko M.M., Vahrat'yan P. E., Kim E.A. Miniinvasive methods for the treatment of the recurrent varicosis. *Hirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Khirurgiya*. 2011;(3):32–36. (In Russ.) Available at: <https://mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2011/3/030023-1207201136>.

Информация об авторах:

Чернооков Александр Иванович, д.м.н., профессор кафедры хирургии повреждений Медицинского института непрерывного образования, Московский государственный университет пищевых производств; 125080, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11; <https://orcid.org/0000-0003-3124-4860>; chernookov01@rambler.ru

Долгов Сергей Иванович, заведующий хирургическим отделением, Центр флебологии; 117036, Россия, Москва, ул. 10-летия Октября, д. 9; <https://orcid.org/0000-0003-1595-9321>; dolgovsergeybk@yandex.ru

Кандыба Сергей Иосифович, к.м.н., начальник хирургического отделения филиала № 5, Главный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко; 105064, Россия, Москва, Яковоапостольский переулок, д. 8А; <https://orcid.org/0000-0002-3479-9880>; kandybas@gmail.ru

Николаев Андрей Михайлович, к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0000-0002-3718-9957>; andrei_nik@mail.ru

Атаян Андрей Александрович, к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0000-0001-8914-7735>; Andreyatayan@gmail.com

Хачатрян Эдита Олеговна, ординатор кафедры хирургии повреждений Медицинского института непрерывного образования, Московский государственный университет пищевых производств; 125080, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11; <https://orcid.org/0000-0003-2636-3945>; edita95@list.ru

Information about the authors:

Alexandr I. Chernookov, Dr. Sci. (Med.), Professor of Department of Injury Surgery, Medical Institute of Continuing Education, Moscow State University of Food Production; 11, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125080, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-3124-4860>; chernookov01@rambler.ru

Sergey I. Dolgov, Head of Surgery Department, Center of Phlebology; 9, 10-letiya Oktyabrya St., Moscow, 117036, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-1595-9321>; dolgovsergeybk@yandex.ru

Sergey I. Kandyba, Cand. Sci. (Med.), Head of Surgical Department, Branch No. 5, Main Clinical Hospital named after Academician N.N. Burdenko; 8A, Yakovopostolskiy Lane, Moscow, 105064, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-3479-9880>; kandybas@gmail.ru

Andrei M. Nikolaev, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Department of Hospital Surgery, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-3718-9957>; andrei_nik@mail.ru

Andrey A. Atayan, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Hospital Surgery, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-8914-7735>; Andreyatayan@gmail.com

Edita O. Hachatryan, Resident Physician, Department of Injury Surgery, Medical Institute of Continuing Education, Medical Institute of Continuing Education; Moscow State University of Food Production; 11, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125080, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-2636-3945>; edita95@list.ru