

Оригинальная статья / Original article

Оптимизация лечения пациентов с паховой грыжей в сочетании с рецидивом варикозной болезни

В.Е. Милюков¹, А.И. Чернооков^{1,2✉}, chernookov01@rambler.ru, С.И. Кандыба³, Н.О. Бартош¹, О.М. Дондуп¹, А.А. Атаян⁴, А.А. Рамазанов⁵, А.З. Пшмахова², Т.И. Шадыжева⁴

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова д. 1

² Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ); 125080, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11

³ Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко; 105064, Россия, Москва, Яковлевопостольский переулок, д. 8а

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

⁵ Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации; 125414, Россия, Москва, ул. Клинская, д. 2

Резюме

Введение. В последние годы у больных с паховыми грыжами и рецидивами варикозной болезни (РВБ) хирурги все чаще применяют сочетанные операции. Однако требуется обоснование выбора вида и объема основного и сопутствующего этапа сочетанной операции в зависимости от индивидуальных особенностей обоих заболеваний.

Цель. Оптимизировать хирургическое лечение пациентов с паховыми грыжами в сочетании с рецидивами варикозной болезни.

Материалы и методы. В исследование были включены 39 пациентов в возрасте от 35 до 78 лет с паховыми грыжами и РВБ, из них 21 пациента, перенесшего сочетанные операции, включили в основную группу. В контрольную группу вошли 18 больных, которым было выполнено поэтапное выполнение герниопластики, а затем через 1–26 мес. – операции по поводу РВБ либо вмешательства проводились в обратной последовательности. Проведена сравнительная оценка продолжительности операций, уровня послеоперационной боли, непосредственных и отдаленных результатов, количества осложнений некорригированных заболевания при двухэтапном лечении.

Результаты и обсуждение. Выполнение сочетанных операций у данной категории пациентов не приводит к увеличению уровня послеоперационных осложнений, сопровождается в среднем увеличением продолжительности операции на 33,6 мин с возрастанием интенсивности послеоперационной боли на 0,8 балла, уменьшением временной нетрудоспособности в 1,2 раза.

Выводы. Выполнение сочетанных операций является оптимальным вмешательством у больных с паховыми грыжами с сопутствующим рецидивом варикозной болезни. Применение сочетанных операций позволяет одновременно устранить оба заболевания и исключить развитие осложнений со стороны некорригированного заболевания, которое при двухэтапном лечении наблюдалось в 11,1% случаев и потребовало выполнения экстренных операций.

Ключевые слова: паховые грыжи, герниопластика, рецидив варикозной болезни, сочетанные операции

Для цитирования: Милюков ВЕ, Чернооков АИ, Кандыба СИ, Бартош НО, Дондуп ОМ, Атаян АА, Рамазанов АА, Пшмахова АЗ, Шадыжева ТИ. Оптимизация лечения пациентов с паховой грыжей в сочетании с рецидивом варикозной болезни. *Амбулаторная хирургия*. 2024;21(1):110–117. <https://doi.org/10.21518/akh2024-006>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Optimization of treatment of patients with inguinal hernia in combination with recurrence of varicose veins

Vladimir E. Milyukov¹, Alexandr I. Chernookov^{1,2✉}, chernookov01@rambler.ru, Sergey I. Kandyba³, Nikolay O. Bartosh¹, Olga M. Dondup¹, Andrey A. Atayan⁴, Arthur A. Ramazanov⁵, Albina Z. Pshmakhova², Tanzila I. Shadyzheva⁴

¹ Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia

² Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH); 11, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125080, Russia

³ Main Military 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

⁵ Clinical Center for Restorative Medicine and Rehabilitation; 2, Klinskaya St., Moscow, 125414, Russia

Abstract

Introduction. In recent years, surgeons have increasingly used combined operations in patients with inguinal hernias and recurrent varicose veins. However, it is necessary to justify the choice of the type and volume of the main and concomitant stages of combined surgery, depending on the individual characteristics of both diseases.

Aim. Optimization of surgical treatment of patients with inguinal hernias in combination with relapses of varicose veins.

Materials and methods. The study included 39 patients aged 35 to 78 years with inguinal hernias and RVB. Of these, 21 patients who underwent combined operations were included in the main group. The control group included 18 patients who underwent staged hernioplasty, and then after 1–26 months, operations for RVB, or interventions were performed in reverse order. A comparative assessment of the duration of operations, the level of postoperative pain, immediate and long-term results, and the number of complications of uncorrected diseases in two-stage treatment was carried out.

Results and discussion. Performing combined operations in this category of patients does not lead to an increase in the level of postoperative complications, it is accompanied by an average increase in the duration of surgery by 33.6 minutes and an increase in the intensity of postoperative pain by 0.8 points, a decrease in temporary disability by 1.2 times.

Conclusions. Performing combined operations is the optimal intervention in patients with inguinal hernias with concomitant recurrence of varicose veins. The use of combined operations makes it possible to simultaneously eliminate both diseases and exclude the development of complications from an uncorrected disease, which, with two-stage treatment, was observed in 11.1% of cases and required emergency operations.

Keywords: inguinal hernias, hernioplasty, recurrence of varicose veins, combined operations

For citation: Milyukov VE, Chernookov AI, Kandyba SI, Bartosh NO, Dondup OM, Atayan AA, Ramazanov AA, Pshmakhova AZ, Shadyzheva TI. Optimization of treatment of patients with inguinal hernia in combination with recurrence of varicose veins. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2024;21(1):110–117. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2024-006>.

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

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в связи с увеличением продолжительности жизни населения и улучшения диагностических возможностей поликлиник отмечается увеличение доли пациентов с множественными хирургическими заболеваниями [1–3]. Клиническое течение двух и более хирургических болезней обычно носит неуклонно прогрессирующий характер и часто протекает по типу взаимного отягощения, при этом каждое заболевание может сопровождаться развитием серьезных осложнений.

В настоящее время наблюдается тенденция к более частому применению в условиях амбулаторной хирургии сочетанных хирургических вмешательств у такой категории больных [4]. Этому способствовало активное внедрение малоинвазивных технологий, увеличение количества и расширения спектра оперативных вмешательств, применяемых в стационарах кратковременного пребывания [5]. Также наблюдается успешное применение видеоэндоскопических и эндовазальных оперативных вмешательств в условиях стационаров одного дня, которому способствовало оснащение данных медицинских учреждений современной видеоэндоскопической аппаратурой и инструментарием, лазерными и радиоволновыми генераторами для облитерации варикозно-трансформированных вен [6].

По данным литературных источников, одним из наиболее частых видов симультанной хирургической патологии, обусловленной общностью отдельных звеньев патогенеза, является сочетание паховых грыж и варикозной болезни. Освещение данной проблемы представлено в единичных научных работах, что подчеркивает большую актуальность научного анализа и проработки данной темы. В последние годы, согласно результатам исследований отечественных и зарубежных авторов,

прослеживается тенденция к увеличению частоты встречаемости грыженосительства у пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей и рецидивов варикозной болезни (РВБ) [4].

В настоящее время паховые грыжи и варикозная болезнь являются одними из наиболее распространенных хирургических заболеваний, при этом ежегодно в мире выполняется около 21 млн герниопластик у больных с паховыми грыжами [7–9]. По авторитетному мнению многих авторов, образование РВБ встречается у 1,4–12,7% больных после применения наиболее передовых методов лечения, из них у каждого третьего пациента выполняются различные варианты повторных оперативных вмешательств [6, 10].

Научные исследования последних лет демонстрируют существенное снижение качества жизни и работоспособности у больных с паховыми грыжами в сочетании с РВБ, при этом в настоящее время нет единого подхода к лечению этой категории больных, и некоторые хирурги рекомендуют поочередное двухэтапное выполнение операций [11]. Чаще всего первым этапом в амбулаторном порядке производят оперативное лечение по поводу рецидивных вен, затем через несколько месяцев или даже лет в условиях хирургического стационара выполняют грыжесечение. При первоочередном лечении рецидива ВБ без одновременного устранения грыжевого выпячивания возможно развитие ущемления грыжи, а при длительном промежутке времени между операциями может произойти значительное увеличение размеров грыжевого выпячивания и истончение мышечно-апоневротических тканей паховой области. Значимость данного аргумента подчеркивает тот факт, что 32,8% больных после выполнения первого этапного вмешательства на длительный срок откладывают выполнение второй операции [12].

При первоочередном оперативном лечении паховой грыжи с отсроченным лечением РВБ возможно развитие острого тромбоза поверхностных и глубоких вен пораженной нижней конечности, чему может способствовать ограничение двигательной активности пациента в раннем послеоперационном периоде. Кроме этого, даже после применения эндовазальных термальных вмешательств для ликвидации рецидивных вен до 20,8% оперированных больных являются временно нетрудоспособными. Следовательно, суммарная длительность реабилитации после обеих операций будет больше, чем после одномоментных сочетанных оперативных вмешательств.

По данным ряда исследований, этапное лечение сочетанных хирургических заболеваний сопровождается дополнительными эмоциональными нагрузками и финансовыми расходами, связанными с повторными операциями, анестезией [8, 13]. Также отмечается меньшая удовлетворенность пациентов непосредственными, отдаленными и косметическими результатами этапных оперативных вмешательств [14].

Применение современных сетчатых имплантов, видеоэндоскопических и эндовазальных методик позволяет уменьшить травматичность оперативных вмешательств, снизить уровень послеоперационной боли и существенно расширяет возможности практических хирургов по применению сочетанных операций в амбулаторных условиях [7, 11, 15–17]. А.Н. Шихметов в 2018 г. сообщил об успешном выполнении симультанных операций у 49 больных при сочетании гинекологических заболеваний с грыжами передней брюшной стенки и у 19 пациентов с сопутствующей варикозной болезнью [18].

Преимущества сочетанных вмешательств заключаются в одновременном устранении обоих заболеваний, предотвращении риска развития осложнений и прогрессирования некоррегированного заболевания, снижении эмоциональных переживаний пациентов в связи с повторной анестезией и операцией, уменьшении их финансовых расходов [2, 11, 19–21]. При этом нет необходимости повторного обследования и консультации хирурга и анестезиолога. Кроме этого, выполнение сочетанных операций из единого доступа позволяет уменьшить продолжительность вмешательства и улучшить косметический результат операции [22].

Однако в настоящее время у больных с паховой грыжей в сочетании с рецидивом варикозной болезни не разработаны окончательно показания и противопоказания к применению сочетанных операций, не определены критерии выбора методики и последовательности выполнения вмешательств, операционного доступа в зависимости от вида паховой грыжи, РВБ и характера ранее использованного метода лечения первичной

варикозной болезни [6, 23]. Спорным остается вопрос о возможности выполнения сопутствующей видеоэндоскопической герниопластики в условиях стационара кратковременного пребывания. При этом отмечается малочисленность научных работ в отечественной и зарубежной литературе, посвященных данной проблеме [4].

Цель – оптимизировать хирургическое лечение больных с паховыми грыжами в сочетании с рецидивами варикозной болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основой данного клинического исследования было изучение результатов лечения 39 пациентов с паховыми грыжами с сопутствующими рецидивами ВБ, которым были выполнены различные виды оперативных вмешательств в период с января 2007 по январь 2020 г. Пациенты проходили лечение в филиале №5 ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко», ГКБ им. С.С. Юдина, филиалах клиники «Центр флебологии» в Екатеринбурге и Москве. Эта группа составила 2,1% от всех пациентов с паховыми грыжами, оперированных в вышеуказанных учреждениях за данный период времени. Возраст пациентов, включенных в исследование, варьировал от 35 до 78 лет (медиана – $64,4 \pm 6,8$ года), среди них был 31 (79,5%) мужчина и 8 (20,5%) женщин.

При сборе анамнеза было установлено, что длительность существования паховой грыжи варьировала от 6 мес. до 11 лет (медиана – $1,6 \pm 0,3$ года). При этом у 2 (5,1%) пациентов наблюдались рецидивные грыжи. Правосторонняя локализация грыжи наблюдалась у 22 (56,4%) больных, левосторонняя – у 17 (43,6%), пациенты с двухсторонними паховыми грыжами в исследование не включались. Согласно международной классификации, предложенной Европейским обществом герниологов (EHS), распределение пациентов в зависимости от размеров и локализации грыжевого выпячивания представлено в *табл. 1*.

Как видно из *табл. 1*, чаще встречались первичные медиальные паховые грыжи, а из 2 пациентов с рецидивными паховыми грыжами в одном случае выявлена латеральная грыжа, в другом – медиальная.

При клиническом осмотре и ультразвуковом дуплексном ангиосканировании было установлено, что рецидивы варикозной болезни в бассейне БПВ наблюдались у 35 (89,7%) пациентов, в бассейне МПВ – у 4 (10,3%). Продолжительность варикозной болезни варьировала от 4 до 22 лет (медиана – $14,5 \pm 0,7$ года), длительность безрецидивного периода составила в среднем $5,8 \pm 0,3$ года. Согласно международной классификации хронических заболеваний вен CEAP, клинический класс C2 наблюдался у 10 (25,6%), C3 – у 25 (64,1%),

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от типа и размеров паховой грыжи
Table 1. Distribution of patients according to the type and size of inguinal hernias

Локализация	Размер дефекта, см		
	1	2	3
	< 1,5 см (один палец)	1–3 см (два пальца)	>3 см (более двух пальцев)
Тип М (медиальная/прямая)	3 (7,7%)	10 (25,7%)	11 (28,2%)
Тип L (латеральная/косая)	2 (5,1%)	6 (15,4%)	7 (17,9%)
Всего	5 (12,8%)	16 (41%)	18 (46,2%)

С4 – у 4 (10,3%) пациентов. При этом односторонняя локализация паховой грыжи и варикозно-трансформированных вен нижней конечности отмечена в 14 случаях, разносторонняя – в 25. У 11 пациентов до поступления в клинику первично выполненными были традиционные операции на подкожных венах нижних конечностей, у 21 – нетермальные эндовазальные методы лечения, у 7 – эндовазальный термолиз.

При выполнении УЗАС были установлены источники РВБ, которыми были культя БПВ с приустьевыми притоками – у 7 больных, резидуальный или реканализированный ствол магистральной подкожной вены – у 26, варикозные притоки, несостоятельные коммуникантные вены бедра и голени – у 6 пациентов. Диаметр рецидивных вен варьировал от 8 до 16 мм (медиана – $11,9 \pm 1,1$ мм), у 8 (20,5%) пациентов выявлена несостоятельность клапанов глубоких вен пораженной нижней конечности. Высокая частота встречаемости несостоятельности клапанов глубоких вен у пациентов, вошедших в исследование, указывает на существенное влияние данного фактора на частоту развития РВБ.

В ходе предоперационного обследования сопутствующий хронический бронхит был выявлен у 2 больных, гипертоническая болезнь – у 3, ИБС – у 1, аденома предстательной железы – у 10. Также у всех пациентов были выявлены один или несколько факторов риска, характер которых представлен в *табл. 2*.

Таблица 2. Факторы риска развития варикозной болезни и паховых грыж
Table 2. Risk factors for developing varicose veins and inguinal hernias

Фактор	Частота
Хронический запор	7 (17,9%)
Нарушение мочеиспускания	10 (25,6%)
Длительные статические нагрузки	22 (56,4%)
Тяжелый физический труд	3 (7,7%)
Прием гормональных препаратов	2 (5,1%)
Ожирение	4 (10,3%)

Как видно из *табл. 2*, у пациентов, включенных в исследование, наиболее часто наблюдались длительные статические нагрузки и состояния, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления.

Все пациенты, включенные в исследование, были объединены в две группы. В основную группу включили 21 больного, которым в условиях стационара кратковременного пребывания выполнили сочетанные операции в объеме герниопластики и операции по устранению рецидива варикозной болезни. Распределение пациентов основной группы в зависимости от характера операции представлено в *табл. 3*.

Как видно из *табл. 3*, для устранения паховой грыжи чаще применяли операцию Лихтенштейна (12 пациентов),

Таблица 3. Характер сочетанных операций
Table 3. Nature of concomitant surgery

Операции	Герниопластика по Лихтенштейну	ТЕР	ТАРР	Герниопластика по Шолдайсу
Кроссэктомия, ЭВЛК	5	1	1	1
Кроссэктомия, РЧО	1	1	-	-
Кроссэктомия, рекроссэктомия	2	-	-	-
ЭВЛК, РЧО резидуального ствола	2	2	-	-
Стриппинг	1	-	-	-
Операция Коккета, минифлебэктомия	1	2	1	-
Всего	12	6	2	1

ТЕР – тотальная экстраперитонеальная герниопластика сетчатым протезом; ТАРР – трансбдоминальная преперитонеальная герниопластика сетчатым протезом при паховых грыжах; ЭВЛК – эндовенозная лазерная коагуляция; РЧО – радиочастотная облитерация вен.

реже – видеолaparоскопические вмешательства и операцию Шолдайса. Для ненапряжной герниопластики использовали полиэстеровые сетчатые импланты. В ходе симультанного венозного этапа операции чаще применяли методы эндовенозного термолиза (14 пациентов).

Эндовенозную лазерную коагуляцию (ЭВЛК) рецидивных вен делали с использованием аппарата Dioderm INTERmedic Arfran S.A. (Испания), генерировавшего лазерное излучение с длиной волны 1500 нм, мощностью 7 Вт, LEED 110–150 Дж/см. Для радиочастотной облитерации вен (РЧО) применяли радиочастотный генератор VNUS RFGPLUS, Covidien AG (США), электроды Closure Fast, ClosureRFS™, в зависимости от диаметра вен и характера использованного первичного эндовазального вмешательства производили от 2 до 5 рабочих циклов.

При выполнении сопутствующей ЭВЛК или РЧО реканализированного ствола магистральной подкожной вены выполняли кроссэктомию для исключения развития термоиндуцированного тромбоза из-за невозможности ранней активизации больных. При одностороннем расположении у 9 (42,9%) пациентов герниопластику, ре- или кроссэктомию сделали из единого доступа в паховой области. Такой оперативный прием позволил улучшить эстетический результат и уменьшить длительность операции.

У 18 больных, которые вошли в контрольную группу, производили двухэтапное выполнение операций. По поводу рецидива варикозной болезни применили ЭВЛК в 10 случаях, РЧО – в 2, кроссэктомию – в 2, рекроссэктомию – в 1, короткий стриппинг – в 1, операцию Коккета, минифлебэктомию в 2 случаях. При этом у 17 больных операции выполнялись под тумесцентной анестезией, у 1 – под спинальной с внутривенной седацией. Промежуток времени между первым и вторым вмешательством варьировал от 1 до 26 мес. (медиана – $9,4 \pm 0,9$ мес.). Для ликвидации паховой грыжи применили операцию Лихтенштейна у 12 больных, ТЕР – у 3, TAPP – у 2, операцию по Шолдайсу – у 1 больного. При этом у 12 пациентов первым этапом сделали венозную операцию, вторым – герниопластику, еще 6 больным в связи с их настоятельной просьбой сначала сделали герниопластику, потом – оперативное вмешательство по поводу рецидива варикозной болезни. Операцию Лихтенштейна выполняли под спинальной анестезией с внутривенной седацией, видеоэндоскопические операции – в условиях эндотрахеального наркоза.

Отмечена однородность пациентов основной и контрольной групп по половому и возрастному составу, средней длительности заболеваний, размерам и видам паховых грыж, клиническому классу ХВН, анатомической локализации, среднему диаметру рецидивных вен.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Длительность сочетанных операций у больных основной группы варьировала от 54 до 107 мин (медиана – 88,2 мин), средняя продолжительность этапной герниопластики у пациентов контрольной группы составила 54,6 мин. Следовательно, выполнение сопутствующей операции на рецидивных венах в среднем увеличивала продолжительность вмешательства на 33,6 мин. Выполнение операции из одного доступа у 9 (42,9%) пациентов, а также применение эндоваскулярных методик, позволяющих избежать хирургических манипуляций в условиях рубцово-измененных тканей, позволило сократить продолжительность сочетанных операций. Следует отметить, что такое увеличение длительности сочетанной операции, которая выполняется в условиях общей анестезии, практически не оказывает негативного влияния на состояние организма больного.

При изучении интенсивности послеоперационной боли на 3-е сут. после этапной герниопластики у больных контрольной группы и у пациентов основной группы, перенесших сочетанные операции, по десятибалльной визуально-аналоговой шкале средний уровень послеоперационной боли у больных основной группы составил 4,5 балла, у пациентов контрольной группы после выполнения только этапной герниопластики средняя интенсивность послеоперационной боли была меньше на 0,8 балла и составила 3,7 балла.

Все пациенты были оперированы в условиях стационара кратковременного пребывания и были выписаны в день операции либо на следующий день после одномоментного вмешательства, и, таким образом, не наблюдалось увеличения длительности госпитализации. После выполнения сочетанных операций и этапной герниопластики все больные контрольной и основной группы были нетрудоспособны. После завершения этапной операции по поводу рецидивов варикозной болезни 4 (20,2%) пациента контрольной группы оформили лист временной нетрудоспособности, и, соответственно, в этой группе суммарный уровень нетрудоспособности был в 1,2 раза выше, чем у пациентов, перенесших сочетанные операции.

В раннем послеоперационном периоде у больных основной и контрольной групп развития осложнений не отмечено. Однако в период между этапными операциями у 1 пациента контрольной группы развился острый восходящий тромбофлебит реканализированного сегмента БПВ на бедре с флотацией верхушки тромба. В экстренном порядке под местной анестезией больному выполнена кроссэктомия. Еще у 1 больного произошло ущемление паховой грыжи, которое потребовало выполнение экстренной операции с пластикой

местными тканями по Шолдайсу. Таким образом, у 2 (11,1%) пациентов контрольной группы отмечено развитие осложнений со стороны некоррегированного заболевания, потребовавшего выполнения экстренных операций, которых можно было бы избежать в случае применения сочетанных вмешательств. Все пациенты основной и контрольной групп были обследованы в сроки от 10 до 12 мес. после выполнения сочетанных и двухэтапных вмешательств. Рецидивов грыжи или образования рецидивных варикозных вен не выявлено ни в одном случае.

Выполнение сочетанных операций по поводу паховой грыжи и рецидива варикозной болезни в условиях стационара кратковременного пребывания не приводит к увеличению уровня послеоперационных осложнений, сопровождается в среднем увеличением продолжительности операции на 33,6 мин и возрастанием интенсивности послеоперационной боли на 0,8 балла, что не является отягощающим фактором, поскольку одномоментные операции выполняются в условиях общей анестезии, а такой уровень боли можно легко купировать приемом анальгетиков. Применение сочетанных вмешательств у пациентов с данной симультанной патологией позволяет избавить их от эмоциональных нагрузок в связи с осознанием

необходимости и ожиданием повторной операции и наркоза, дополнительных затрат на обследование, консультацию хирурга и вторую операцию.

Однако обязательным условием для успешного выполнения сочетанных операций является высокая квалификация оперирующего хирурга, имеющего достаточный опыт по применению видеоэндоскопических и открытых герниопластик, традиционных и эндовазальных вмешательств у больных с рецидивами варикозной болезни.

Выводы

Выполнение сочетанных операций, включающих использование малоинвазивных технологий, является оптимальным вмешательством у больных с паховыми грыжами и сопутствующим рецидивом варикозной болезни.

Применение сочетанных операций у больных с паховыми грыжами и рецидивом варикозной болезни позволяет устранить оба заболевания и исключить развитие осложнений со стороны некоррегированного заболевания, которое при двухэтапном лечении наблюдалось в 11,1% случаев и потребовало выполнения экстренных операций.

Поступила / Received 15.02.2024

Поступила после рецензирования / Revised 29.02.2024

Принята в печать / Accepted 04.03.2024

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Алиев МЖ, Зубехина ЛМ, Ниязбеков КИ. Симультантные операции при эхинококкозе печени. *Новости хирургии*. 2021;29(1):13–19. <https://doi.org/10.18484/2305-0047.2021.1.13>.
- Aliiev MZh, Zubekhina LM, Niazbekov KI. Simultaneous Operations for Liver Echinococcosis. *Novosti Khirurgii*. 2021;29(1):13–19. (In Russ.) <https://doi.org/10.18484/2305-0047.2021.1.13>.
- Токтогулов ОЖ, Калыбеков ТН, Чапыев МБ, Токтосунув АС, Осмонов ТЖ, Адиев ТК. Симультантные операции при вентральных грыжах у больных пожилого и старческого возраста. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2023;(3):40–45. <https://doi.org/10.17513/srms.1339>.
- Toktogulov OJ, Kalybekov TN, Chapryev MB, Toktosunov AS, Osmonov TJ, Adiev TK. Simultaneous operations for ventral hernias in elderly and senile patients. *Scientific Review. Medical Sciences*. 2023;(3):40–45. (In Russ.) <https://doi.org/10.17513/srms.1339>.
- Quezada N, Maturana G, Pimentel E, Crovari F, Muñoz R, Jarufe N et al. Simultaneous TAPP inguinal repair and laparoscopic cholecystectomy: results of a case series. *Hernia*. 2019;23(1):119–123. <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1824-y>.
- Чернооков АИ, Долгов СИ, Кандыба СИ, Николаев АМ, Атаян АА, Хачатрян ЭО. 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>.
- Chernoikov AI, Dolgov SI, Kandyba SI, Nikolaev AM, Atayan AA, Hachatrian EO. Simultaneous operation in a patient with recurrent varicosity and recurrent inguinal hernia in a one-day hospital. Case report. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2021;18(2):124–130. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-2-124-130>.
- Пардаев ШК, Шарипов ИЛ. Применение мультимодальной спинально-эпидуральной анестезии при симультанных гинекологических операциях. *Barqarorlik va Yetakchi Tadqiqotlar*. 2023;3(1):319–325. Режим доступа: <https://sciencebox.uz/index.php/jars/article/view/5555>.
- Pardaev ShK, Sharipov IL. The use of multimodal spinal epidural anesthesia in simultaneous gynecological operations. *Barqarorlik va Yetakchi Tadqiqotlar*. 2023;3(1):319–325. (In Russ.) Available at: <https://sciencebox.uz/index.php/jars/article/view/5555>.
- Lawson JA, Toonder IM. A review of a new Dutch guideline for management of recurrent varicose veins. *Phlebology*. 2016;31(1):114–124. <https://doi.org/10.1177/0268355516631683>.
- Навид МН, Протасов АВ, Рамазанов РБ. Непосредственные и отдаленные результаты герниопластик по Лихтенштейну передним доступом с применением самофиксирующегося и стандартного полипропиленового имплантов. *Таврический медико-биологический вестник*. 2022;25(2):67–71. Режим доступа: <https://doi.org/10.37279/2070-8092-2022-25-2-67-71>.
- Navid MN, Protasov AV, Ramazanov RB. Short-term and remote outcomes after lichtenstein open hernia repair with polypropylene mesh and self-gripping mesh. *Tavricheskiy Mediko-Biologicheskii Vestnik*. 2022;25(2):67–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.37279/2070-8092-2022-25-2-67-71>.
- Нематзода О, Гаибов АД, Солиев ОФ, Тошпулатов ХА, Али-Заде СГ, Баратов АК. Результаты первого опыта симультанных операций при варикозной болезни и гонартрозе. *Вестник Авиценны*. 2022;24(3):331–343. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2022-24-3-331-343>.
- Nematzoda O, Gaibov AD, Soliev OF, Toshpulatov KhA, Ali-Zade SG, Baratov AK. Evaluation of results of the first experience of combined surgery for varicose veins and knee osteoarthritis. *Avicenna Bulletin*. 2022;24(3):331–343. (In Russ.) <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2022-24-3-331-343>.
- Сажин АВ, Андрияшкин АВ, Ивахов ГБ, Мамадумаров ВА, Никишов АС, Лобан КМ и др. Анализ структуры хирургических вмешательств при паховых грыжах в условиях высокотехнологического герниологического центра. *Российский медицинский журнал*. 2018;24(4):176–179. <https://doi.org/10.18821/0869-2106-2018-24-4-176-179>.

- Sazhin AV, Andriyashkin AV, Ivakhov GB, Mamadumarov VA, Nikishkov AS, Loban KM et al. Analysis of surgery for inguinal hernia under Hernia Center. *Medical Journal of the Russian Federation*. 2018;24(4):176–179. (In Russ.) <https://doi.org/10.18821/0869-2106-2018-24-4-176-179>.
10. Kusagawa H, Ozu U, Inoue K. Surgical treatment of recurrent varicose veins secondary to reflux from subfascial veins or trunks of subcutaneous veins on the thigh. *Jpn J Phlebol*. 2016;27:323–330. <https://doi.org/10.7134/phlebol.15-16>.
 11. Муродов АИ, Кадыров ЗА, Одилов АЮ, Алиев ЗО. Качество жизни больных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства после симультанных видеоэндоскопических и традиционных операций. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2017;69(3):48–51. Режим доступа: https://mvb-bsmu.ru/files/journals/3_2017.pdf.
Murodov AI, Kadyrov ZA, Odilov AYU, Aliev ZO. The quality of life of patients after simultaneous videoendoscopic and traditional operations for the cormobid diseases of abdominal organs and retroperitoneal space. *Bashkortostan Medical Journal*. 2017;69(3):48–51. (In Russ.) Available at: https://mvb-bsmu.ru/files/journals/3_2017.pdf.
 12. Arafat S, Alsabek MB. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and transabdominal preperitoneal hernioplasty: two case reports evaluate the safety and surgical complications. *Clin Case Rep*. 2017;5(12):2093–2096. <https://doi.org/10.1002/ccr3.1141>.
 13. Madabhushi V, Plimale M, Roth JS, Jonson S, Wade A, Davenport DL. Concomitant open ventral hernia repair: what is the financial impact of performing open ventral hernia with other abdominal procedures. *Surg Endosc*. 2018;32(4):1915–1922. <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5884-3>.
 14. Чудных СМ, Свекольников ОЕ, Николаев ЛЛ, Капустин ВЛ. Симультанные операции у больных с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. *Хирург*. 2015;(5-6):47–54. Режим доступа: <https://panor.ru/articles/simultannye-operatsii-u-bolnykh-s-gigantskimi-posleoperatsionnymi-ventralnymi-gryzhami/58679.html#>.
Chudnykh SM, Svekolnikov OE, Nikolaev LL, Kapustin VI. Simultaneous operations in patients with giant postoperative hernias. *Surgeon*. 2015;(5-6):47–54. (In Russ.) Available at: <https://panor.ru/articles/simultannye-operatsii-u-bolnykh-s-gigantskimi-posleoperatsionnymi-ventralnymi-gryzhami/58679.html#>.
 15. Прохоров ИИ, Морозов ВС, Смолькина АВ. Герниопластика в дневном стационаре поликлиники. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2017;(3):45–53. <https://doi.org/10.23648/UMBJ.2017.27.7075>.
Prokhorov II, Morozov VS, Smol'kina AV. Hernioplasty in the day patient facility. *Ulyanovsk Medico-Biological Journal*. 2017;(3):45–53. (In Russ.) <https://doi.org/10.23648/UMBJ.2017.27.7075>.
 16. Сигуа БВ, Земляной ВП, Семин ДС. Новый вариант классификации паховых грыж. *Эндоскопическая хирургия*. 2019;25(6):18–22. <https://doi.org/10.17116/endoskop20192506118>.
Sigua BV, Zemlyanoy VP, Semin DS. A new version of the classification of inguinal hernias. *Endoscopic Surgery*. 2019;25(6):18–22. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/endoskop20192506118>.
 17. Стрижелецкий ВВ, Макаров СА, Ломиа АБ. Опыт эндовидеохирургических технологий в лечении больных с паховыми грыжами. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. 2017;176(3):74–76. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2017-176-3-74-76>.
Strizheletskiy VV, Makarov SA, Lomiya AB. Experience of endovideosurgical method in treatment of patients with inguinal hernias. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2017;176(3):74–76. (In Russ.) <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2017-176-3-74-76>.
 18. Шихметов АН, Осин ЛА, Пазычев АА, Задикян АМ. Опыт хирургического лечения симультанной патологии у гинекологических больных. *Амбулаторная хирургия*. 2018;(1-2):64–71. <https://doi.org/10.21518/1995-14772018-1-2-64-71>.
Shikhmetov AN, Osin LA, Zadikyan AM, Pazichev AA. Stationary replacement technologies in the surgical treatment of simultaneous pathology in gynecological patients. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2018;(1-2):64–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-14772018-1-2-64-71>.
 19. Рахматуллаев РР, Рахматуллаев АР, Хасанов СМ, Ибрагимов ШБ. Симультанные операции из единого лапароскопического доступа. *Медицинский вестник Национальной академии медицинских наук Таджикистана*. 2017;21(1):77–80. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/zgpokt>.
Rahmatullaev RR, Rahmatullaev AR, Hasanov SM, Ibragimov ShB. Simultaneous surgeries from single laparoscopic access. *Medical Bulletin of the National Academy of Sciences of Tajikistan*. 2017;21(1):77–80. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/zgpokt>.
 20. Серозудинов КВ, Баранов АИ. Симультанные операции в плановой хирургии. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. 2014;17(4):54–57. Режим доступа: https://journals.tsu.ru/uploads/import/1181/files/_4_2014_56.pdf.
Serozudinov KV, Baranov AI. Simultaneous operations in elective surgery. *Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2014;17(4):54–57. (In Russ.) Available at: https://journals.tsu.ru/uploads/import/1181/files/_4_2014_56.pdf.
 21. Harvitkar RU, Shetty PC, Joshi A. Concurrent laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair and transurethral resection of prostate: Breaking with convention – A retrospective study. *J Minim Access Surg*. 2022;18(1):72–76. https://doi.org/10.4103/jmas.JMAS_260_20.
 22. Simon E, Kelemen O, Knausz J, Bodnár S, Bátorfi J. Synchronously performed laparoscopic cholecystectomy and hernioplasty. *Acta Chir Hung*. 1999;38(2):205–207. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10596331>.
 23. Goyal VD, Misra G, Pahade A. Vein of Giacomini can lead to the recurrence of varicosities after endovenous laser ablation of varicose veins. *Indian J Thorac Cardiovasc Surg*. 2023;39(3):286–288. <https://doi.org/10.1007/s12055-023-01490-y>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – А.И. Чернооков

Концепция и дизайн исследования – В.Е. Милюков, А.И. Чернооков

Написание текста – В.Е. Милюков, А.И. Чернооков, С.И. Кандыба, Н.О. Бартош, О.М. Дондуп, А.А. Атаян, А.А. Рамазанов, А.З. Пшмахова, Т.И. Шадыжева

Сбор и обработка материала – В.Е. Милюков, А.И. Чернооков, С.И. Кандыба, Н.О. Бартош, О.М. Дондуп, А.А. Атаян, А.А. Рамазанов, А.З. Пшмахова, Т.И. Шадыжева

Обзор литературы – А.А. Рамазанов, А.З. Пшмахова, Т.И. Шадыжева

Анализ материала – В.Е. Милюков, А.И. Чернооков, С.И. Кандыба, Н.О. Бартош, О.М. Дондуп, А.А. Атаян, А.А. Рамазанов, А.З. Пшмахова, Т.И. Шадыжева

Статистическая обработка – О.М. Дондуп, А.А. Рамазанов, А.З. Пшмахова, Т.И. Шадыжева

Редактирование – А.А. Атаян, А.А. Рамазанов

Утверждение окончательного варианта статьи – В.Е. Милюков, А.И. Чернооков, С.И. Кандыба

Contribution of authors:

Concept of the article – Alexandr I. Chernookov

Study concept and design – Vladimir E. Milyukov, Alexandr I. Chernookov

Text development – Vladimir E. Milyukov, Alexandr I. Chernookov, Sergey I. Kandyba, Nikolay O. Bartosh, Olga M. Dondup, Andrey A. Atayan, Ramazanov A. A., Pshmakhova A. Z., Tanzila I. Shadyzheva

Collection and processing of material – Vladimir E. Milyukov, Alexandr I. Chernookov, Sergey I. Kandyba, Nikolay O. Bartosh, Olga M. Dondup, Andrey A. Atayan, Ramazanov A.A., Pshmakhova A.Z., Tanzila I. Shadyzheva

Literature review – Arthur A. Ramazanov, Pshmakhova A.Z., Tanzila I. Shadyzheva

Material analysis – Vladimir E. Milyukov, Alexandr I. Chernookov, Sergey I. Kandyba, Nikolay O. Bartosh, Olga M. Dondup, Andrey A. Atayan, Arthur A. Ramazanov, Albina Z. Pshmakhova, Tanzila I. Shadyzheva

Statistical processing – Olga M. Dondup, Arthur A. Ramazanov, Albina Z. Pshmakhova, Tanzila I. Shadyzheva

Editing – Andrey A. Atayan, Arthur A. Ramazanov

Approval of the final version of the article – Vladimir E. Milyukov, Alexandr I. Chernookov, Sergey I. Kandyba

Информация об авторах:

Милуков Владимир Ефимович, д.м.н., профессор, исполняющий обязанности заведующего кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии имени академика Ю.М. Лопухина Института анатомии и морфологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва ул. Островитянова д. 1; <https://orcid.org/0000-0002-8552-6727>

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

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

Бартош Николай Олегович, д.м.н., профессор кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии имени академика Ю.М. Лопухина Института анатомии и морфологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва ул. Островитянова д. 1; <https://orcid.org/0009-0004-9284-0732>; bartosh_no@rsmu.ru

Дондуп Ольга Михайловна, к.м.н., доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии имени академика Ю.М. Лопухина Института анатомии и морфологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва ул. Островитянова д. 1; <https://orcid.org/0000-0002-4307-6246>

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

Рамазанов Артур Александрович, врач-хирург, Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации; 125414, Москва, ул. Клинская, д. 2; <https://orcid.org/0000-0002-7158-8652>; Arthurramazanov@gmail.com

Пшмахова Альбина Заработана, старший преподаватель кафедры хирургии повреждений Медицинского института непрерывного образования, Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ); 125080, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11; <https://orcid.org/0000-0002-6675-9701>

Шадыева Танзила Идрисовна, аспирант, 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/0009-0000-2767-1208>; eva220494@yandex.ru

Information about the authors:

Vladimir E. Milyukov, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery named after Academician Y.M. Lopukhin at the Institute of Anatomy and Morphology, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St, Moscow, 117997, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-8552-6727>

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

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

Nikolay O. Bartosh, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery named after Academician Y.M. Lopukhin at the Institute of Anatomy and Morphology, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St, Moscow, 117997, Russia; <https://orcid.org/0009-0004-9284-0732>; bartosh_no@rsmu.ru

Olga M. Dondup, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery named after Academician Y.M. Lopukhin at the Institute of Anatomy and Morphology, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St, Moscow, 117997, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-4307-6246>

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

Arthur A. Ramazanov, Doctor-Surgeon, Clinical Center for Restorative Medicine and Rehabilitation; 2, Klinskaya St, Moscow, 125414, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-7158-8652>; Arthurramazanov@gmail.com

Albina Z. Pshmakhova, Senior Lecturer of the Department of Injury Surgery of the Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH); 11, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125080, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-6675-9701>

Tanzila I. Shadyzheva, Postgraduate Student of Department of Hospital Surgery, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St, Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0009-0000-2767-1208>; eva220494@yandex.ru