

©В. О. ШАПРИНСЬКИЙ, В. І. ГОРОВИЙ, О. М. КАПШУК, Р. П. МОРАРУ-БУРЛЕСКУ, І. І. ДОВГАНЬ,
М. О. МАЛАСАЄВ, О. Р. БАЛАЦЬКИЙ, В. Р. ТАГЕЄВ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Досвід виконання одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної герніопластики у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу

Мета роботи: оцінити безпосередні та віддалені результати одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної герніопластики у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу.

Матеріали і методи. Представлено результати лікування 152 хворих на доброякісну гіперплазію простати: основну групу становили 32 (21,1 %) пацієнти із доброякісною гіперплазією простати та пахвинною грижею, яким у клініці виконали одномоментну залобкову простатектомію та симультанну передочеревинну пахвинну герніопластику. Групу порівняння становили 120 (78,9 %) хворих із доброякісною гіперплазією простати, яким виконали одномоментну залобкову простатектомію. Ускладнення після хірургічних операцій оцінювали за Clavien – Dindo. Оцінку якості життя хворих після симультанних передочеревинних герніопластик пахвинних гриж проводили за опитувальником EuroHS – Quality of Life scale через 6 та 12 місяців після операції.

Результати досліджень та їх обговорення. Середній вік хворих групи порівняння становив (68,0±7,2) року, основної групи – (67,1±6,9) року; середній об'єм простати у хворих групи порівняння становив (94,4±42,3) см³, основної групи – (91,2±32,6) см³. У всіх 32 хворих основної групи виявлено пахвинну грижу, у 4 хворих із них – з обох боків (всього 36 пахвинних гриж). Середні терміни виконання залобкової простатектомії в основній групі хворих та групі порівняння були статистично однакові ((82,8±25,6) та (80,1±17,4) хв), а симультанна герніопластика з одного боку тривала у середньому (35,0±17,4) хв. Неурологічні ускладнення в основній групі хворих спостерігали у 2 (6,25 %) хворих, у групі порівняння – 9 (7,5 %); урологічні – 11 (34,2 %) та 40 (33,3%) відповідно і статистично були однаковими. Середній післяопераційний ліжко-день у хворих основної групи становив (9,5±1,7) днів; у групі порівняння – (9,8±2,9) днів. Якість життя хворих після симультанних операцій була статистично краща через зазначені терміни після хірургічного втручання при порівнянні із доопераційною якістю життя. Рецидивів пахвинної грижі через 3–5 років після операції не виявили.

Виконання симультанної передочеревинної пахвинної герніопластики одночасно із одномоментною залобковою простатектомією у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу статистично не погіршує безпосередні і віддалені результати залобкової простатектомії, а також допомагає надійно усунути із одного хірургічного доступу одночасно два захворювання.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія простати; залобкова простатектомія; симультанна передочеревинна герніопластика; безпосередні та віддалені результати.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Можливість симультанної пахвинної герніопластики при виконанні простатектомії з приводу доброякісної гіперплазії простати та пахвинної грижі є актуальним питанням як урології, так і абдомінальної хірургії [1]. У вітчизняній літературі відсутні дані стосовно виконання симультанної передочеревинної пахвинної герніопластики одночасно із простатектомією, а також безпосередні та віддалені результати таких операцій.

Мета роботи: оцінити безпосередні та віддалені результати одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної герніопластики у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу.

Матеріали і методи. У дослідження включені 152 хворих на доброякісну гіперплазію простати, які були прооперовані в урологічному відділен-

ні Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова у період від 2016 до 2021 р. Основну групу склали 32 (21,1 %) пацієнти із доброякісною гіперплазією простати та пахвинною грижею, яким у клініці виконали одномоментну залобкову простатектомію та симультанну передочеревинну герніопластику. Групу порівняння склали 120 (78,9 %) хворих із доброякісною гіперплазією простати, яким виконали одномоментну залобкову простатектомію. Середній вік хворих групи порівняння склав (68,0±7,2) років, основної групи – (67,1±6,9) років; середній об'єм простати у хворих групи порівняння склав (94,4±42,3) см³, основної групи – (91,2±32,6) см³; в ургентному порядку (через гостру затримку сечі чи хронічну повну затримку сечі) у відділення госпіталізовані 44 (36,7 %) хворі групи порівняння та 4 (12,5 %) – основної групи. У всіх 32 хворих основної групи виявлено пахвинну грижу, у 4 хворих із них – з обох боків (всього 36 пахвинних гриж). Всі

симультанні пахвинні герніопластики були первинними операціями у хворих. Розподіл хворих основної групи за типом та ступенем пахвинної грижі згідно з класифікацією EHS (2009) [1] пред-

ставлено в таблиці 1. Методику виконання залобкової простатектомії представлено на рисунку 1, а симультанної передочеревинної герніопластики – на рисунку 2. Для уніфікації та систематизації

Таблиця 1. Розподіл хворих основної групи за типом та ступенем пахвинної грижі згідно з класифікацією EHS (2009)

Тип пахвинної грижі	Ступінь пахвинної грижі			Кількість хворих	
	I	II	III	абс.	%
Грижі латеральної пахвинної ямки (косі або L), n=22	1 (L1)	14 (L2)	7 (L3)	19	59,4
Грижі медіальної пахвинної ямки (прямі або M), n=14	1 (M1)	7 (M2)	6 (M3)	13	40,6
Всього	2	21	13	32	100

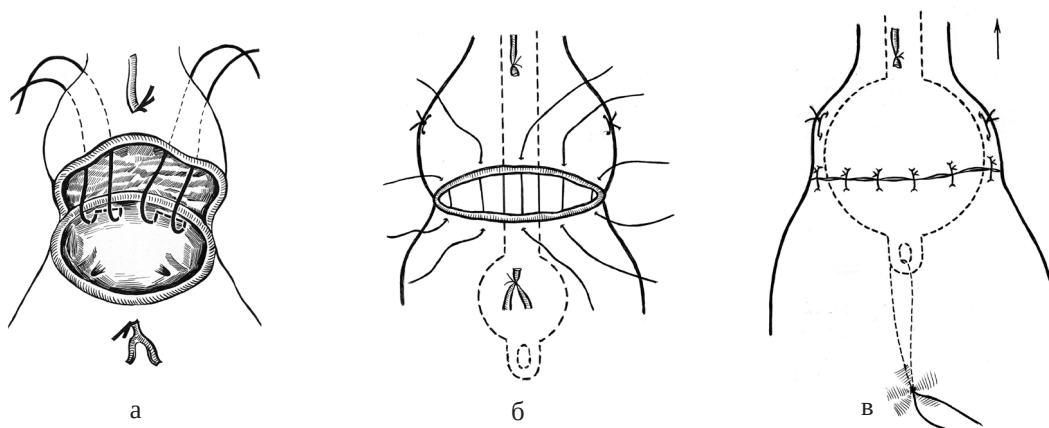


Рис. 1. Схематичне зображення накладання 2-х П-подібних кетгутувих швів (№ 6 EP) на заднє півколо шийки сечового міхура, проведення лігатур через бічні поверхні капсули простати (де їх зв'язують між собою) для гемостазу та відновлення міхурово-уретрального сегмента (а). Зшивання переднього півкола шийки сечового міхура із капсулою простати (б). Гемостаз ложа простати проводили триходовим катетером Фолі та зрошення сечового міхура антисептичним розчином (в).

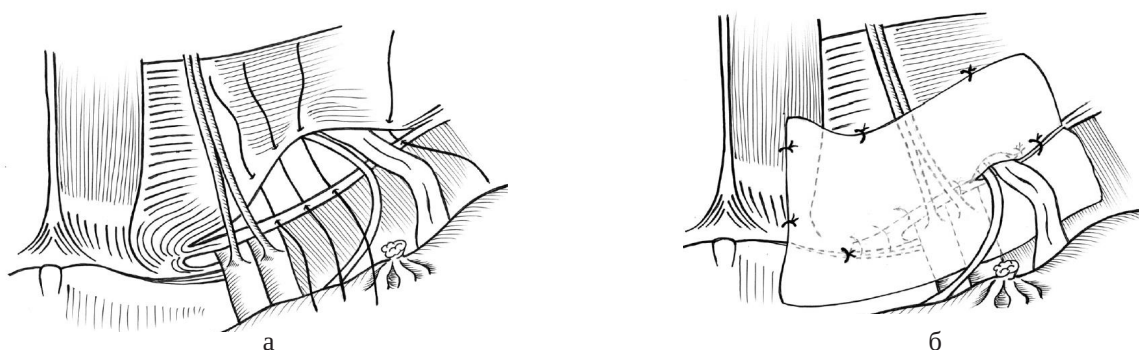


Рис. 2. Методика симультанної правобічної передочеревинної герніопластики косої пахвинної грижі. Зшивання арки поперечного м'яза живота із клубово-лобковим трактом вікриловим швами (2-0 USP) (а). Встановлення та фіксації сітчастого імплантанта на задню стінку пахвинного каналу поверх накладених швів (б).

післяопераційних ускладнень після одномоментної простатектомії та симультанної герніопластики використовували класифікацію за Clavien – Dindo D. [2]. Віддалені результати симультанної герніопластики та якість життя хворих оцінювали за допомогою опитувальника Європейського товариства герніологів (EHS) – EuraHS – QoL (Європейський реєстр гриж червоної стінки) [3].

Результати досліджень та їх обговорення. Середні строки виконання залобкової простатектомії та симультанної герніопластики в основній групі хворих та групі порівняння представлено в таблиці 2.

Середні строки виконання залобкової простатектомії в основній групі хворих та групі порівняння однакові, а симультанна герніопластика з одного боку тривала у середньому (35,0±17,4) хвилини.

Інтраопераційна гостра кровотеча виникла у двох хворих (1,7 %) із 120 групи порівняння, які втратили 1,2 та 1,5 л крові. В основній групі хворих не відмічено інтраопераційних кровотеч із ложа простати. Інтраопераційну крововтрату визначали гравіметричним методом [1]. Хворих основної групи та групи порівняння, яким необхідна була повторна операція з приводу ранньої чи пізньої кровотечі, не було. Частота ранніх та пізніх кровотеч після залобкових простатектомій, які потребували переливання компонентів крові, в

Таблиця 2. Середній термін виконання залобкової простатектомії та симультанної герніопластики в основній групі хворих та групі порівняння

Вид хірургічного втручання	Середній термін виконання хірургічного втручання, хв	
	основна група	група порівняння
Одномоментна залобкова простатектомія	82,8±25,6	80,1±17,4
Симультанна герніопластика	35,0±17,4	–

основній групі хворих склала 6,25 % (2 випадки) та 7,5 % (9 випадків) у групі порівняння.

Післяопераційні ускладнення розділяють на ранні та пізні [1]. Під ранніми (безпосередніми) післяопераційними ускладненнями розуміють ускладнення після простатектомії у період стаціонарного лікування, пізніми (віддаленими) – після виписування із стаціонару (амбулаторний період нагляду). Характер ранніх урологічних ускладнень після виконання одномоментних залобкових простатектомій в основній групі хворих та групі порівняння представлено в таблиці 3, а неурологічних – таблиці 4.

Таблиця 3. Ранні урологічні ускладнення після залобкової простатектомії в основній групі хворих та групі порівняння

Ранні урологічні ускладнення	Хворі після залобкової простатектомії, n (%)		t (P)
	основна група, n=32	група порівняння, n=120	
Кровотеча:			
– рання;	2 (6,25)	8 (6,7)	0,09 (0,9262)
– пізня;	–	1 (0,8)	0,98 (0,3256)
– рання та пізня разом	2 (6,25)	9 (7,5)	0,25 (0,7993)
Виділення сечі через надлобкову рану	–	1 (0,8)	0,98 (0,3256)
Гіпертермія після видалення уретральних дренажів	1 (3,1)	7 (5,8)	0,73 (0,4707)
Стресове нетримання сечі	1 (3,1)	2 (1,7)	0,43 (0,6704)
Гостра затримка сечі	–	1 (0,8)	0,98 (0,3256)
Тривалі (10 днів) серозні виділення із залобкового простору	1 (3,1)	–	1,01 (0,3150)
Паравезикальна гематома	–	1 (0,8)	0,98 (0,3256)
Набряк калитки	1 (3,1)	–	1,01(0,3150)
Разом	6 (18,75)	21 (17,5)	0,16 (0,8716)

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 4. Ранні неврологічні ускладнення після залобкової простатектомії в основній групі хворих та групі порівняння

Ранні неврологічні ускладнення	Хворі після залобкової простатектомії, n (%)		t (P)
	основна група, n=32	група порівняння, n=120	
Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії		2 (1,7)	1,42 (0,1587)
Гіпертонічний криз	1 (3,1)	2 (1,7)	0,42 (0,6704)
Гострий коронарний синдром	–	1 (0,8)	0,95 (0,3440)
Гострий психоз	–	1 (0,8)	0,95 (0,3440)
Дискінезія шлунка з больовим синдромом	–	2 (1,7)	1,42 (0,1587)
Пневмонія	1 (3,1)	–	1,01 (0,3150)
Загострення подагричного артрити колінного суглоба	–	1 (0,8)	0,95 (0,3440)
Разом	2 (6,25)	9 (7,5)	0,25 (0,7993)

Таких класичних урологічних ускладнень після залобкової простатектомії, як епідидиміт (фунікуліт), нагноєння післяопераційної рани, загострення хронічного пієлонефриту, остейт лобкових кісток в основній групі та групі порівняння не спостерігали. Після виконаних операцій в основній групі та групі порівняння летальних випадків не спостерігали.

Класифікація урологічних ускладнень за Clavien – Dindo після виконання залобкової простатектомії у хворих основної групи та групи порівняння представлена в таблиці 5. За даними таблиці післяопераційні ускладнення траплялись у кожного третього хворого основної групи та групи порівняння. Більшість ускладнень припадає на I ступінь класифікації хірургічних ускладнень за Clavien – Dindo. Середній післяопераційний ліжко-день у хворих основної групи склав $(9,5 \pm 1,7)$; у групі порівняння $(9,8 \pm 2,9)$.

Класифікація урологічних ускладнень за Clavien – Dindo після виконання залобкової простатектомії у хворих основної групи та групи порівняння представлена в таблиці 5. За даними таблиці післяопераційні ускладнення траплялись у кожного третього хворого основної групи та групи порівняння. Більшість ускладнень припадає на I ступінь класифікації хірургічних ускладнень за Clavien – Dindo. Середній післяопераційний ліжко-день у хворих основної групи склав $(9,5 \pm 1,7)$; у групі порівняння $(9,8 \pm 2,9)$.

Таблиця 5. Класифікація урологічних ускладнень після залобкової простатектомії за Clavien – Dindo та їх лікування у хворих основної групи та групи порівняння

Ступінь ускладнення	Ускладнення (кількість хворих в абсолютних величинах та відсотках) у групі порівняння, n=120	Ускладнення (кількість хворих в абсолютних величинах та відсотках) в основній групі, n=32	Лікування ускладнень
1	2	3	4
I	Гіпертермія після видалення уретрального дренажу (7–5,8 %)	Гіпертермія після видалення уретрального дренажу (1–3,1 %) t=0,72; p=0,4707	Повторне встановлення катетера Фолі, антибактеріальна, жарознижувальна, протизапальна терапія
	Виділення сечі через надлобкову рану (1–0,8 %)	t=0,95; p=0,3440	Повторне встановлення катетера Фолі, антибактеріальна терапія
	Гостра затримка сечі (1–0,8 %)	t=0,95; p=0,3440	Повторне встановлення катетера Фолі, антибактеріальна терапія

1	2	3	4
		Тривалі (до 10 днів) серозні виділення із залобкового простору (1–3,1 %) $t=0,95$; $p=0,3440$	Перев'язки із використанням місцевих антисептичних розчинів
	Паравезикальна гематома (1–0,8 %)	$t=0,95$; $p=0,3440$	Перев'язки із використанням місцевих антисептичних розчинів
		Набряк калитки (1–3,1 %) $t=1,01$; $p=0,3150$	Протинабрякова, протизапальна, антибактеріальна та знеболювальна терапія
	Стресове нетримання сечі “d” (2–1,7 %)	Стресове нетримання сечі “d” (1–3,1 %) $t=0,43$; $p=0,6704$	Вправи за Кегелем, дулоксетин
	Гіпертонічний криз (2–1,7 %)	Гіпертонічний криз (1–3,1 %) $t=0,43$; $p=0,6704$	Гіпотензивна терапія
	Дискінезія шлунка із больовим синдромом (2–1,7 %)	$t=1,42$; $p=0,1587$	Фіброгастроуденоскопія, спазмолітична, знеболювальна терапія
		Пневмонія (1–3,1 %) $t=1,01$; $p=0,3150$	Антибактеріальна, протизапальна, жарознижувальна, дезінтоксикаційна, бронхолітична терапія
	Гострий психоз (1–1,71 %)	$t=1,42$; $p=0,1587$	Антипсихотичні препарати
	Загострення подагричного артриту колінного суглоба (1–1,7 %)	$t=1,42$; $p=0,1587$	Протизапальна, жарознижувальна, антибактеріальна терапія
II	Рання та пізня кровотеча із ложа простати (9–7,5 %)	Рання та пізня кровотеча із ложа простати (2–6,25 %) $t=0,25$; $p=0,7993$	Гемостатична терапія, переливання компонентів крові та кровозамінників
	Післяопераційна анемія (4–3,3 %)	Післяопераційна анемія (1–3,1 %) $t=0$; $p=1$	Переливання компонентів крові
IIIa	–	–	–
IIIb	–	–	–
IVa	Післяопераційна гіпотонія (6–5 %)	Післяопераційна гіпотонія (2–6,25 %) $t=0,26$; $p=0,7915$	Лікування у відділенні інтенсивної терапії
	Гострий коронарний синдром (1–0,8 %)	$t=0,95$; $p=0,3440$	Лікування у відділенні інтенсивної терапії
	Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії (2–1,7 %)	$t=1,42$; $p=0,1587$	Лікування у відділенні інтенсивної терапії
IVb	–	–	–
V	–	–	–
Разом	40 (33,3 %)	11 (34,2 %)	$t=0,11$; $p=0,9157$

Таким чином, частота післяопераційних ускладнень після залобкової простатектомії та передочеревинної герніопластики статистично не перевищувала частоту післяопераційних ускладнень після виконання лише залобкової простатектомії.

Віддалені результати одномоментної залобкової простатектомії та симультанної герніопластики вивчали шляхом повторного амбулаторного обстеження хворих через 1, 3, 6 та 12 місяців після операції. Стриктур шийки сечового міхура та уретри, а також каменів сечового міхура не було виявлено у хворих. Одному пацієнту із стресовим нетриманням сечі була проведена консервативна терапія (нексетин 40 мг двічі на день у поєднанні з вправами для зміцнення м'язів тазового дна за Кегелем) протягом 2-х місяців, після чого вдалось

досягти повного утримання ним сечі. Через 3, 6 та 12 місяців після операції він повністю утримував сечу при фізичних навантаженнях (підніманні важких предметів), кашлю, чханні, швидкій ході.

Для оцінки якості життя хворих після операції використовували опитувальник якості життя EuraHS – QoL. Ми провели опитування хворих після симультанної герніопластики із використанням опитувальника EuraHS – QoL через 6 та 12 місяців після симультанної герніопластики. Результати опитування 32 хворих після 36 симультанних герніопластик представлені у таблиці 6. При опитуванні хворих, які перенесли симультанну пахвинну передочеревинну герніопластику, на кожну герніопластику виконували заповнення анкети (отримали 36 анкет).

Таблиця 6. Оцінка якості життя хворих після симультанних передочеревинних герніопластик пахвинних гриж

Вид нетримання сечі	До операції	Через 6 місяців після операції	Через 12 місяців після операції
Загальний бал опитувальника EuraHS – Quality of Life scale	63,7 ±5,7	34,5 ±5,1*	33,1 ±4,4*

Примітки: *р <0,05 відносно передопераційного показника.

Згідно з таблицею 6, якість життя хворих після симультанної передочеревинної герніопластики пахвинних гриж через 6 та 12 місяців статистично краща, ніж до операції. При цьому зальний бал EuraHS-QoL до операції 63,7±5,7 знизився до 34,5±5,1 (t=3,82, p=0,0003) та 33,1±4,4 (t=4,2, <0,0001) відповідно через 6 та 12 місяців після операції.

Таким чином, середній термін виконання залобкової простатектомії у хворих основної групи та групи порівняння статистично однаковий (80,1±17,4 хв проти 82,8±25,6 хв; t=0,09, p=0,931), як і післяопераційний ліжко-день (9,5±1,7 проти 9,8±2,9; t=0,09, p=0,929). Незважаючи на триваліший термін виконання залобкової простатектомії та симультанної герніопластики, частота післяопераційних ускладнень статистично не перевищувала частоту післяопераційних ускладнень після виконання лише залобкової простатектомії.

Обговорення. Класифікація післяопераційних ускладнень за Clavien – Dindo враховує не лише кількісну оцінку післяопераційних ускладнень, але і якісну – залежно від ступеня тяжкості ускладнень із врахуванням виду та об'єму лікувальних

заходів, спрямовані на усунення цих ускладнень. Класифікація за Clavien–Dindo визначає кількісну та якісну оцінку післяопераційних ускладнень на протязі 90 днів після операції, була рекомендована до застосування Європейською асоціацією урологів (EAU) та урологічними асоціаціями інших країн [1]. Класифікація післяопераційних ускладнень за Clavien – Dindo дає змогу краще (детальніше) охарактеризувати кожне ускладнення та об'єм медикаментозної чи повторної хірургічної допомоги (під місцевим чи загальним знеболенням); зрівняти та статистично оцінити урологічні та неурологічні ускладнення різних урологічних клінік; точніше визначити послідовність мультимодального лікування; попередньо змінити надання допомоги для уникнення чи зменшення ускладнень; встановити критерії якості надання допомоги.

Для оцінки віддалених результатів симультанних передочеревинних пахвинних герніопластик опитувальник якості життя EuraHS – QoL є найбільш зручним. Опитувальник SF – 36 Health Survey та його коротка форма SF – 12 не є специфічними для симультанних операцій, оскільки оцінюють загальне фізичне функціонування, ро-

льову діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан та психічне здоров'я. А таке складне хірургічне втручання, як простатектомія може впливати на всі домени опитувальників. Наступний популярний серед герніологів опитувальник CCS (Carolinas Comfort Scale) оцінює вплив сітчастого імпланта (відчуття сітки, біль, обмеження різних рухів) на якість життя хворого після операції. Оцінка больового симптому після симультанної герніопластики за допомогою опитувальника ASS (ASS – візуальна аналогова школа) також не є специфічною, оскільки хворий переніс простатектомію, і больовий синдром може бути зумовлений урологічною операцією. Опитувальник EuroHS – QoL дає змогу оцінити больовий синдром не раніше, ніж через 3 місяці після операції. У хворих після залобкової простатектомії репаративні процеси у зоні операції та можливі післяопераційні ускладнення (стриктури шийки сечового міхура чи уретри, камені сечового міхура) відбуваються саме у період до 3–6 місяців [1], а тому за відсутності ускладнень після залобкової простатектомії больовий синдром після встановлення сітчастого імпланта доцільно оцінювати не раніше, ніж через 6 місяців після симультанної операції. Опитувальник складається із 3-х доменів: 1) біль у ділянці грижі; 2) обмеження рухів через біль чи дискомфорт у ділянці грижі; 3) косметичний дискомфорт (дискомфорт через зовнішній вигляд живота та ділянки грижі). Всього у опитувальнику 9 запитань, кожне із яких оцінюють за 10-бальною шкалою із максимальним балом 90 (“0” – відсутній біль, обмеження рухів та дискомфорт; “10” –

найсильніший біль, обмеження рухів та дискомфорт). Заповнюють опитувальник EuroHS – QoL до та після операції через певні періоди часу, які визначають дослідники.

Якість життя хворих після симультанної передочеревинної герніопластики пахвинних гриж через 6 та 12 місяців статистично краща, ніж до операції (див. табл. 6). Таким чином, після аналізу віддалених (більше 1 місяця після операції) результатів та якості життя хворих після одномоментної залобкової простатектомії і симультанної передочеревинної пахвинної герніопластики у хворих на доброякісну гіперплазію та пахвинну грижу було встановлено, що якість життя хворих покращилась за відсутності віддалених післяопераційних ускладнень основної та симультанної операції.

Висновки. 1. Виконання симультанної передочеревинної герніопластики одночасно із одномоментною залобковою простатектомією у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу не погіршує безпосередні та віддалені результати залобкової простатектомії, а навпаки, допомагає усунути із одного хірургічного доступу одночасно два захворювання.

Перспективи подальших досліджень. Перспективи подальших розробок передбачають скринінг доброякісної гіперплазії передміхурової залози в чоловіків із пахвинними грижами в хірургічних стаціонарах із подальшим плануванням одномоментної хірургічної корекції даних патологій із залученням уролога.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Залобкова простатектомія в хірургічному лікуванні доброякісної гіперплазії простати: навч. посіб. / За ред. В. І. Горового, В. О. Шапринського, І. В. Барало, О. М. Капшука. – Вінниця : ТОВ “ТВОРИ”, 2021. – 336 с.
2. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience / P. A. Clavien, J. Barkun, M. L. de Olivera [et al.] // *Annals of Surgery*. – 2009. – Vol. 250 (2). – P. 187–196.
3. Measuring quality of life in patients with abdominal wall hernias: a systematic review of available tools / T. N. Grove, L. J. Muirhead, S. G. Parker [et al.] // *Hernia*. – 2021. – Vol. 25. – P. 491–500.
4. Невідкладна урологія в практиці лікарів хірургічного профілю ; за ред. В. І. Горового, В. О. Шапринського, Г. В. Чайки, І. В. Барало, О. М. Капшука. – Вінниця : Твори, 2018. – 824 с.; іл.
5. EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction / C. Gratzke, A. Bachmann, A. Descazeaud [et al.] // *European Urology*. – 2015. – Vol. 67 (6). – P. 1099–1109. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.038>

6. Measuring quality of life in patients with abdominal wall hernias: a systematic review of available tools / T. N. Grove, L. J. Muirhead, S. G. Parker [et al.] // *Hernia: The Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery*. – 2021. – Vol. 25 (2). – P. 491–500. <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02210-w>
7. Johnson O. K. Simultaneous open preperitoneal repair of inguinal hernia with open prostatectomy for benign prostate hyperplasia / O. K. Johnson // *Tropical Doctor*. – 2015. – Vol. 45 (1). – P. 42–43. <https://doi.org/10.1177/0049475514554640>
8. Хирургия аденомы предстательной железы / В. С. Карпенко, О. П. Богатов. – Киев : Здоров'я, 1981. – 168 с. : рис. – Библиогр. : с. 158-166.
9. Клименко В. М. Оцінка безпосередніх і віддалених результатів преперитонеальних пластик у лікуванні пахвинних гриж / В. М. Клименко, А. В. Клименко, А. І. Білай // *Український журнал хірургії*. – 2016. – 1-2 (30-31). – С. 22–28.

REFERENCES

- Horovyi, V.I., Shaprynskiy, V.O., Baralo, I.V., & Kapshuk, O.M. (2021). *Zalobkova prostatektomiia v khirurhichnomu likuvanni do-broiakisnoi hiperplazii prostaty: navchalnyi posibnyk [Pubic prostatectomy in the surgical treatment of benign prostatic hyperplasia: study guide]*. Vinnytsia: TOV "TVORY" [in Ukrainian].
- Clavien, P.A., Barkun, J., de Oliveira, M.L., Vauthey, J.N., Dindo, D., Schulick, R.D., de Santibañes, E., et al. (2009). The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Annals of Surgery*, 250 (2), 187-196. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181b13ca2>.
- Grove, T.N., Muirhead, L.J., Parker, S.G., Brogden, D., Mills, S.C., Kontovounisios, C., Windsor, A., & Warren, O.J. (2021). Measuring quality of life in patients with abdominal wall hernias: a systematic review of available tools. *Hernia: The Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery*, 25 (2), 491-500. <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02210-w>.
- Gorovyi, V. I., Shaprynskiy, V.O., Chaika, H.V., Baralo, I.V., & Kapshuk, O.M. (2018). *Nevidkladna urolohiia v praktysi likariv khirurhichnogo profilu: navchalnyi posibnyk [Urgent urology in the practice of surgical doctors: Textbook. manual]*. Vinnytsia: TOV "TVORY" [In Ukrainian].
- Gratzke, C., Bachmann, A., Descazeaud, A., Drake, M. J., Madersbacher, S., Mamoulakis, ... & Gravas, S. (2015). EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. *European Urology*, 67 (6), 1099-1109. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.038>
- Grove, T.N., Muirhead, L.J., Parker, S.G., Brogden, D., Mills, S.C., Kontovounisios, C., ... & Warren, O.J. (2021). Measuring quality of life in patients with abdominal wall hernias: a systematic review of available tools. *Hernia: the Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery*, 25 (2), 491-500. <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02210-w>
- Johnson, O.K. (2015). Simultaneous open preperitoneal repair of inguinal hernia with open prostatectomy for benign prostate hyperplasia. *Tropical Doctor*, 45 (1), 42-43. <https://doi.org/10.1177/0049475514554640>
- Karpenko, V.S., & Bogatov, O.P. (1981). *Hirurgiya adenomy predstatelnoy zhelezy [Surgery of prostate adenoma]*. Kyiv: Zdorovia [in Russian].
- Klymenko, V.M., Klymenko, A.V., & Bilai, A.I. (2016). Ot-sinka bezposerednikh i viddalenykh rezultativ preperitonealnykh plastyk u likuvanni pakhvynnykh hryzh [Evaluation of direct and long-term results of preperitoneal plastics in the treatment of inguinal hernias]. *Ukrainskyi zhurnal khirurhii – Ukrainian Journal of Surgery*, 1-2 (30-31), 22-28 [in Ukrainian].

Отримано 09.06.2022

Електронна адреса для листування: valentin.work.profile@gmail.com

V. O. SHAPRINSKIY, V. I. GOROVYI, O. M. KAPSHUK, R. P. MORARU-BURLESKU, I. I. DOVGAN, M. O. MALASAIIEV, O. R. BALATSKIY, V. R. TAHEIEV

M. Pyrohov Vinnytsia National Medical University

EXPERIENCE OF ONE-TIME RETROPUBIC PROSTATECTOMY AND SIMULTANEOUS PRE-PERITONEAL HERNIOPLASTY IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND INGUINAL HERNIA

The aim of the work: to evaluate the immediate and long-term results of one-stage pubic prostatectomy and simultaneous pre-peritoneal hernioplasty in patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia.

Materials and Methods. The study included 152 patients with benign prostatic hyperplasia who were operated on in the Urological Department of the Vinnytsia Regional Clinical Hospital named after M. Pyrohov in the period from 2016 to 2021. The main group consisted of 32 (21.1 %) patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia, who underwent one-moment retropubic prostatectomy and simultaneous pre-peritoneal hernioplasty in the clinic. The comparison group consisted of 120 (78.9 %) patients with benign prostatic hyperplasia who underwent one-time retropubic prostatectomy. The average age of patients in the comparison group was (68.0±7.2) years, and in the main group – (67.1±6.9) years.

Results and Discussion. The average age of patients in the comparison group was (68.0±7.2) years, the main group was (67.1±6.9) years; the average volume of the prostate in patients of the comparison group was (94.4±42.3) cm³, in the main group – (91.2±32.6) cm³. Inguinal hernias were found in all 32 patients of the main group, in 4 patients from both sides (a total of 36 inguinal hernias). The average times of pubic prostatectomy in the main group of patients and the comparison group were statistically the same (82.8±25.6) and (80.1±17.4) min., and simultaneous hernioplasty on one side lasted an average of (35.0±17.4) min. Neurological complications in the main group of patients were noted in 2 (6.25 %) patients, in the comparison group – 9 (7.5 %); urological – 11 (34.2 %) and 40 (33.3 %), respectively, and were statistically the same. The average postoperative bed-day in patients of the main group was (9.5±1.7); in the comparison group – (9.8±2.9). The quality of life of patients after simultaneous operations was statistically better due to the specified terms after surgical intervention when compared with the preoperative quality of life. Recurrences of inguinal hernia were not detected 3–5 years after the operation. Performing simultaneous pre-peritoneal inguinal hernioplasty at the same time as simultaneous retropubic prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia does not statistically worsen the immediate and long-term results of retropubic prostatectomy, and also helps to reliably eliminate two diseases at the same time from one surgical approach.

Key words: benign prostatic hyperplasia; retropubic prostatectomy; simultaneous pre-peritoneal hernioplasty; immediate and long-term results.