

ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ СИМУЛЬТАННИХ ТА ІЗОЛЬОВАНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя)

braviorio@gmail.com

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Робота виконана в рамках НДР кафедри хірургії та анестезіології факультету післядипломної освіти ЗДМУ «Періопераційне лікування пацієнтів похилого і старечого віку», № державної реєстрації 0117U006955.

**Вступ.** Сучасний рівень розвитку хірургії, застосування малоінвазивних методів оперативного втручання та досягнення в анестезіології дозволяють виконувати все більш складні операції без підвищення ризику для життя пацієнтів [1].

До цієї категорії можна віднести симультанні оперативні втручання, які виконуються на двох або більше органах, в одній або декількох анатомічних областях, з приводу різних, не пов'язаних між собою захворювань [2].

Цей вид хірургічних втручання має цілий ряд переваг: зниження числа інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, скорочення тривалості перебування хворого у стаціонарі та періоду тимчасової непрацездатності. Після такого втручання хворий не потребує повторної госпіталізації для дообстеження та усунення суміжної хірургічної патології, повністю відсутні анестезіологічні та хірургічні ризики, які могли б бути під час наступної операції [3,4].

Проте, незважаючи на численні переваги, у хворих з ендокринною патологією симультанні оперативні втручання виконуються лише у 1,5-6 % [5].

Проведений нами ретроспективний аналіз результатів лікування даної групи хворих показав, що відсоток діагностування поєднаної хірургічної патології сягає 7,2 %, а рівень виконання симультанних операцій складає всього лише 5,5 % [6].

Покращення діагностики поєднаної патології, розробка показань та протипоказань до цих операцій, оцінка та обґрунтування переваг даних хірургічних втручання є актуальними проблемами в сучасній світовій медичній літературі [7].

**Мета дослідження.** Провести порівняльну оцінку результатів діагностики та лікування пацієнтів після ізольованих етапних та симультанних оперативних втручання з приводу ендокринної та поєднаної хірургічної патології.

**Об'єкт і методи дослідження.** З грудня 2014 по грудень 2018 року, на базі КУ «Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя» обстежено 318 пацієнтів з ендокринною патологією, серед яких у 71 (22,3 %) хворих виявлена поєднана хірургічна патологія.

В структурі виявлених захворювань найчастіше зустрічалось поєднання захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) та жовчокам'яної хвороби (ЖКХ) / поліпозу жовчного міхура – 35 (49,3 %), **рис.**

Враховуючи досить велике різноманіття поєднаних захворювань, для об'єктивізації даних та порівняльної оцінки груп пацієнтів, в основну групу було включено 35 (100,0 %) пацієнтів з комбінованою патологією ЩЗ та ЖКХ / поліпозом жовчного міхура.

До групи порівняння включено 35 (50,0 %) хворих з ізольованою патологією ЩЗ (підгрупа А) та 35 (50,0 %) – з ЖКХ / поліпозом жовчного міхура (підгрупа В).

В основну групу ввійшло 32 (91,4 %) жінки та 3 (8,6 %) чоловіків, у підгрупу А групи порівняння – 32 (91,4 %) жінки та 3 (8,6 %) чоловіків, у підгрупу В – 30 (85,7 %) та 5 (14,3 %) відповідно.

Середній вік пацієнтів основної групи склав 58,8 ± 9,9 років, довірчий інтервал (55,4; 62,2). В підгрупі А групи порівняння середній вік склав 56,5 ± 10,9 років, довірчий інтервал (52,8; 60,2), U = 485,0; p = 0,5748. В підгрупі В групи порівняння – 57,9 ± 10,2 років, довірчий інтервал (54,4; 61,4), U = 520,5; p = 0,6231.

Усі пацієнти були прооперовані в плановому порядку, під загальною анестезією зі штучною вентиляцією легенів. При доброякісній патології ЩЗ використовували стандарти ATA, при злоякісній – NCCN.

В основній групі, з приводу поєднаної патології ЩЗ та ЖКХ / поліпозу жовчного міхура, нами було виконано 35 (100 %) симультанних оперативних втручання. В групі порівняння проведено 35 (50,0) ізольованих операцій на ЩЗ (підгрупа А) та 35 (50,0%) лапароскопічних холецистектомій (ЛСХЕ) (підгрупа В), **табл.**

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою пакетів прикладних комп'ютерних програм STATISTICA 13.0, TIBCO Software inc. (Ліцензія JPZ8041382130ARCN10-J) і MICROSOFT EXCEL 2013 (Ліцензія 00331-10000-00001-AA404) з використанням параметричних і непараметричних критеріїв.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У післяопераційному періоді в основній групі спостерігалися наступні ускладнення: у 6 (17,2 %) пацієнтів

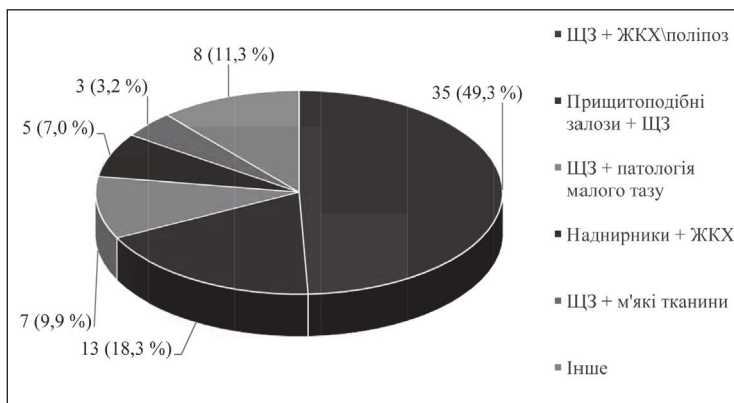


Рисунок – Структура поєднаних хірургічних захворювань ендокринних та інших органів (n = 71).

Таблиця – Структура оперативних втручань в основній групі та групі порівняння

Операція	Основна група (n = 35)		Підгрупа А групи порівняння (n = 35)		Підгрупа В групи порівняння (n = 35)		Всього (n = 105)	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Гемітиреоїдектомія	0	0	9	25,7	0	0	9	8,6
Тиреоїдектомія	0	0	15	42,9	0	0	15	14,3
Тиреоїдектомія з лімфодиссекцією	0	0	11	31,4	0	0	11	10,5
ЛСХЕ	0	0	0	0	35	100	35	33,3
Гемітиреоїдектомія + ЛСХЕ	9	25,7	0	0	0	0	9	8,6
Тиреоїдектомія + ЛСХЕ	15	42,9	0	0	0	0	15	14,3
Тиреоїдектомія з лімфодиссекцією + ЛСХЕ	11	31,4	0	0	0	0	11	10,5

– транзиторний післяопераційний гіпаратиреоз; 1 (2,9 %) хворий з гематомою ложа видаленого жовчного міхура; 1 (2,9 %) – з серомою післяопераційного рубця шиї з інфільтративними змінами клітковини передньої поверхні шиї.

В підгрупі А групи порівняння у 7 (20,0 %) хворих спостерігався транзиторний післяопераційний гіпаратиреоз; у 1 (2,9 %) – серома післяопераційного рубця шиї з інфільтративними змінами клітковини.

В підгрупі В групи порівняння у 1 (2,9 %) пацієнтки за даними УЗД мало місце міжпетельне скупчення рідини до 50 мл; у 1 (2,9 %) прооперованої – в місці екстракції жовчного міхура з черевної порожнини, спостерігалася серома післяопераційної рани.

Загальний рівень ускладнень при виконанні симультанних втручань склав 22,9 %, а двох етапних операцій – 28,7 %,  $U = 85,0$ ;  $p = 0,0419$ .

Летальних випадків у обох групах дослідження не спостерігалось.

Тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі в основній групі склала  $9,6 \pm 1,7$  діб, довірчий інтервал (9,0; 10,2); в групі порівняння –  $16,5 \pm 1,4$  діб, довірчий інтервал (15,8; 17,3),  $U = 8,0$ ;  $p < 0,0001$ .

Показники часу проведення оперативного втручання у випадку симультанних та послідовних ізольованих операцій не відрізнялися:  $113,1 \pm 23,7$  хвилин, довірчий інтервал (105,0; 121,3) та  $107,2 \pm 21,7$  хвилин, довірчий інтервал (96,4; 116,1) відповідно,  $U = 543,5$ ;  $p = 0,4196$ .

Проте, при порівнянні тривалості анестезіологічного забезпечення, виявлені достовірні статистичні зміни:  $141,7 \pm 28,3$  хвилин, довірчий інтервал (131,9; 151,4) в основній групі;  $165,6 \pm 31,9$  хвилин, довірчий

інтервал (146,7; 178,9) в групі порівняння,  $U = 339,5$ ;  $p = 0,0014$ .

У сучасній медичній літературі широко розглядаються симультанні оперативні втручання у пацієнтів з поєднанням ендокринної та іншої хірургічної патології, як новий перспективний метод, що дозволяє усунути кілька хірургічних захворювань за одну операцію [8].

Дискутуються питання щодо переваг та можливих периопераційних ризиків даних оперативних втручань [9].

Проте, все більше авторів схиляються у бік розширення показань до симультанних операцій та стандартних алгоритмів діагностики ендокринної патології, задля виявлення поєднаної хірургічної патології [10].

### Висновки

1. Розроблено та впроваджено в практику алгоритм діагностики поєднаної хірургічної патології у пацієнтів з захворюваннями ендокринної системи, який дозволив підвищити рівень виявлення супутньої хірургічної патології з 7,2 % до 22,3 %,  $U = 25,5$ ;  $p = 0,0016$ .

2. Виконання симультанного оперативного втручання у порівнянні з двохетапною операцією дозволило скоротити тривалість госпіталізації з  $16,5 \pm 1,4$  діб, довірчий інтервал (15,8; 17,3) до  $9,6 \pm 1,7$  діб, довірчий інтервал (9,0; 10,2),  $U = 8,0$ ;  $p < 0,0001$ ; тривалість анестезіологічного забезпечення з  $165,6 \pm 31,9$  хвилин, довірчий інтервал (146,7; 178,9) до  $141,7 \pm 28,3$  хвилин, довірчий інтервал (131,9; 151,4),  $U = 339,5$ ;  $p = 0,0014$  та рівень ускладнень з 28,7 % до 22,9 %,  $U = 85,0$ ;  $p = 0,0419$ .

3. Показники часу проведення оперативного втручання у випадку симультанних та послідовних ізольованих операцій не відрізнялися:  $113,1 \pm 23,7$  хвилин, довірчий інтервал (105,0; 121,3) та  $107,2 \pm 21,7$  хвилин, довірчий інтервал (96,4; 116,1) відповідно,  $U = 543,5$ ;  $p = 0,4196$ .

**Перспективи подальших досліджень.** Використання розробленого алгоритму обстеження дозволить приділяти достатньо уваги діагностиці не тільки основної патології хворого, але і можливого супутнього хірургічного захворювання, яке може бути усунуто під час симультанного оперативного втручання.

### Література

- Sadriev ON, Gaibov AD. Simultannyye operatsii pri hirurgicheskikh zabollevaniyah nadpocheknikov. *Novosti hirurgii*. 2014;6(22):678-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.18484/2305-0047.2014.6.678> [in Russian].
- Castinetti F, Taieb D, Henry JF, Walz M, Guerin C, Brue T, et al. Management of endocrine disease: outcome of adrenal sparing surgery in heritable pheochromocytoma. *Eur. J. Endocrinol*. 2016 Jan;174(1):9-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1530/EJE-15-0549>
- Emirikçi S, Özçınar B, Öner G, Omarov N, Ağcaoğlu O, Soytaş Y, et al. Thyroid cancer incidence in simultaneous thyroidectomy with parathyroid surgery. *Ulusal Cerrahi Dergisi*. 2015 Aug;31(4):214-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5152/UCD.2015.2666>
- Podetta M, Pusztaszeri M, Toso C, Procopiou M, Triponez F, Sadowski SM. Oncocytic adrenocortical neoplasm with concomitant papillary thyroid cancer. *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. 2018 Jan 22;8:384. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2017.00384>
- Ramazan C, Isilay KS, Senay AD. Concomitant Graves' disease and primary hyperparathyroidism: case report. *Endocrine Abstracts*. 2015;37:946. DOI: <http://dx.doi.org/10.1530/endoabs.37.EP946>
- Zavgorodniy SN, Kubrak MA, Rylov AI, Danilyuk MB. Algoritm diagnostiki sochetannoy hirurgicheskoy patologii u patsientov s zabollevaniyami endokrinnoy sistemy. *Mezhdunarodnyy endokrinologicheskyy zhurnal*. 2017;13(8):591-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.22141/2224-0721.13.8.2017.119276> [in Russian].
- Panarese A, D'Andrea V, Pontone S, Favoriti P, Pironi D, Arcieri S, et al. Management of concomitant hyperparathyroidism and thyroid diseases in the elderly patients: a retrospective cohort study. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2017 Feb;29(1):29-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-016-0665-8>

8. Kurygin AA, Semenov VV. Sotsialno-ekonomicheskie aspektyi simultannykh operatsiy na organah zhivota. Vestnik khirurgii im. I. I. Grekova. 2016;175(3):100-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.24884/0042-4625-2016-175-3-100-105> [in Russian].
9. Timerbulatov VM, Timerbulatov MV, Mehdiyev DI, Timerbulatov SV, Smir RA, Khabirov DM. Meditsinskie aspektyi i ekonomicheskaya effektivnost sochetannykh operativnykh vmeshatelstv. Annaly khirurgii. 2016;21(5):306-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.24884/0042-4625-2016-175-3-100-105> [in Russian].
10. Spanheimer PM, Weigel RJ. Management of patients with primary hyperparathyroidism and concurrent thyroid disease: an evolving field. Ann. Surg. Oncol. 2012 May;19(5):1428-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-012-2286-6>

### ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ СИМУЛЬТАННИХ ТА ІЗОЛЬОВАНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

**Завгородній С. М., Кубрак М. А., Данилюк М. Б., Рилов А. І.**

**Резюме.** Покращення діагностики поєднаної патології, розробка показань та протипоказань до цих операцій, оцінка та обґрунтування переваг даних хірургічних втручань є актуальними проблемами в сучасній світовій медичній літературі.

**Мета дослідження.** Провести порівняльну оцінку результатів діагностики та лікування пацієнтів після ізольованих двохетапних та симультанних оперативних втручань з приводу ендокринної та поєднаної хірургічної патології.

**Об'єкт і методи.** Згідно розробленого алгоритму діагностики обстежено 318 пацієнтів. У 71 (22,3%) виявлено від 1 до 3 супутніх хірургічних захворювань. 64 (90,1%) пацієнтам було виконано симультанне оперативне втручання.

**Результати дослідження.** Загальний рівень ускладнень при виконанні симультанних втручань склав 22,9 %, а двох етапних операцій – 28,7 %,  $U = 85,0$ ;  $p = 0,0419$ . Тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі в основній групі склала  $9,6 \pm 1,7$  діб, довірчий інтервал (9,0; 10,2); в групі порівняння –  $16,5 \pm 1,4$  діб, інтервал (15,8; 17,3),  $U = 8,0$ ;  $p < 0,0001$ . Час проведення оперативного втручання у випадку симультанних та послідовних ізольованих операцій не відрізнялися:  $113,1 \pm 23,7$  хвилин, довірчий інтервал (105,0; 121,3) та  $107,2 \pm 21,7$  хвилин, довірчий інтервал (96,4; 116,1) відповідно,  $U = 543,5$ ;  $p = 0,4196$ . При порівнянні тривалості анестезіологічного забезпечення, виявлені достовірні статистичні зміни:  $141,7 \pm 28,3$  хвилин, інтервал (131,9; 151,4) в основній групі;  $165,6 \pm 31,9$  хвилин, інтервал (146,7; 178,9) в групі порівняння,  $U = 339,5$ ;  $p = 0,0014$ .

**Висновки.** 1. Розроблено та впроваджено в практику алгоритм діагностики поєднаної хірургічної патології у пацієнтів з захворюваннями ендокринної системи, який дозволив підвищити рівень виявлення супутньої хірургічної патології з 7,2 % до 22,3 %,  $U = 25,5$ ;  $p = 0,0016$ . 2. Виконання симультанного оперативного втручання у порівнянні з двохетапною операцією дозволило скоротити тривалість госпіталізації з  $16,5 \pm 1,4$  діб, довірчий інтервал (15,8; 17,3) до  $9,6 \pm 1,7$  діб, інтервал (9,0; 10,2),  $U = 8,0$ ;  $p < 0,0001$ ; тривалість анестезіологічного забезпечення з  $165,6 \pm 31,9$  хвилин, інтервал (146,7; 178,9) до  $141,7 \pm 28,3$  хвилин, довірчий інтервал (131,9; 151,4),  $U = 339,5$ ;  $p = 0,0014$  та рівень ускладнень з 28,7 % до 22,9 %,  $U = 85,0$ ;  $p = 0,0419$ . 3. Показники тривалості оперативного втручання у випадку симультанних та послідовних ізольованих операцій не відрізнялися:  $113,1 \pm 23,7$  хвилин, довірчий інтервал (105,0; 121,3) та  $107,2 \pm 21,7$  хвилин, довірчий інтервал (96,4; 116,1) відповідно,  $U = 543,5$ ;  $p = 0,4196$ .

**Ключові слова:** поєднана патологія, ендокринні захворювання, симультанні операції.

### СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СИМУЛЬТАННЫХ И ИЗОЛИРОВАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

**Завгородній С. Н., Кубрак М. А., Данилюк М. Б., Рылов А. И.**

**Резюме.** Улучшение диагностики сочетанной патологии, разработка показаний и противопоказаний к этим операциям, оценка и обоснование преимуществ данных хирургических вмешательств является актуальными проблемами в современной мировой медицинской литературе.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ результатов диагностики и лечения пациентов после изолированных двухэтапных и симультаных оперативных вмешательств по поводу эндокринной и сочетанной хирургической патологии.

**Объект и методы.** Согласно разработанного алгоритма диагностики обследовано 318 пациентов. У 71 (22,3%) обнаружено от 1 до 3 сопутствующих хирургических заболеваний. 64 (90,1%) пациентам было проведено симультанное оперативное вмешательство.

**Результаты исследования.** Общий уровень осложнений при выполнении симультаных вмешательств составил 22,9%, а двух этапных операций – 28,7%,  $U = 85,0$ ;  $p = 0,0419$ . Продолжительность пребывания пациентов в стационаре в основной группе составила  $9,6 \pm 1,7$  суток, доверительный интервал (9,0; 10,2) в группе сравнения –  $16,5 \pm 1,4$  суток, интервал (15,8; 17,3),  $U = 8,0$ ;  $p < 0,0001$ . Время проведения оперативного вмешательства в случае симультаных и последовательных изолированных операций не отличались:  $113,1 \pm 23,7$  минут, доверительный интервал (105,0; 121,3) и  $107,2 \pm 21,7$  минут, доверительный интервал (96,4; 116,1) соответственно,  $U = 543,5$ ;  $p = 0,4196$ . При сравнении продолжительности анестезиологического обеспечения, выявлены достоверные статистические изменения:  $141,7 \pm 28,3$  минут, интервал (131,9; 151,4) в основной группе;  $165,6 \pm 31,9$  минут, интервал (146,7; 178,9) в группе сравнения,  $U = 339,5$ ;  $p = 0,0014$ .

**Выводы.** 1. Разработан и внедрен в практику алгоритм диагностики сочетанной хирургической патологии у пациентов с заболеваниями эндокринной системы, который позволил повысить уровень выявления сопутствующей хирургической патологии с 7,2% до 22,3%,  $U = 25,5$ ;  $p = 0,0016$ . 2. Выполнение симультанного оперативного вмешательства по сравнению с двухэтапной операцией позволило сократить продолжительность госпитализации с  $16,5 \pm 1,4$  суток, доверительный интервал (15,8; 17,3) до  $9,6 \pm 1,7$  суток, интервал (9,0; 10,2),

U = 8,0; p < 0,0001; продолжительность анестезиологического обеспечения с  $165,6 \pm 31,9$  минут, интервал (146,7; 178,9) до  $141,7 \pm 28,3$  минут, доверительный интервал (131,9; 151,4), U = 339,5; p = 0,0014 и уровень осложнений с 28,7% до 22,9%, U = 85,0; p = 0,0419. 3. Показатели длительности оперативного вмешательства в случае симультанных и последовательных изолированных операций не отличались:  $113,1 \pm 23,7$  минут, доверительный интервал (105,0; 121,3) и  $107,2 \pm 21,7$  минут, доверительный интервал (96,4; 116,1) соответственно, U = 543,5; p = 0,4196.

**Ключевые слова:** сочетанная патология, эндокринные заболевания, симультанные операции.

### COMPARISON OF RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS AFTER SIMULTANEOUS AND ISOLATED OPERATIONS

Zavgorodniy S. M., Kubrak M. A., Danilyk M. B., Rylov A. I.

**Abstract.** Improving the diagnosis of combined pathology, developing indications and contraindications to these operations, assessing and substantiating the benefits of these surgeries are pressing issues in the current world medical literature.

*Aim of the study.* Conduct a comparative analysis of the results of diagnosis and treatment of patients after isolated two-stage and simultaneous surgical interventions for endocrine and combined surgical pathology.

*Object and methods.* According to the developed algorithm of diagnostics 318 patients were examined. 71 (22.3%) revealed 1 to 3 concomitant surgical diseases. 64 (90.1%) patients underwent simultaneous surgery.

*Results of the study.* The overall level of complications in performing simultaneous interventions was 22.9%, and two stage operations – 28.7%, U = 85.0; p = 0.0419. The duration of hospital stay in the main group was  $9.6 \pm 1.7$  days, the confidence interval (9.0; 10.2); in the comparison group –  $16.5 \pm 1.4$  days, interval (15.8; 17.3), U = 8.0; p < 0.0001. The time of surgery in the case of simultaneous and sequential isolated operations did not differ:  $113.1 \pm 23.7$  minutes, confidence interval (105.0; 121.3) and  $107.2 \pm 21.7$  minutes, confidence interval (96.4; 116.1) respectively, U = 543.5; p = 0.4196. When comparing the duration of anesthesiology, significant statistical changes were found:  $141.7 \pm 28.3$  minutes, interval (131.9; 151.4) in the main group;  $165.6 \pm 31.9$  minutes, interval (146.7; 178.9) in comparison group, U = 339.5; p = 0.0014.

*Conclusions.* 1. An algorithm for diagnosis of combined surgical pathology in patients with diseases of the endocrine system was developed and put into practice, which allowed to increase the level of detection of concomitant surgical pathology from 7.2% to 22.3%, U = 25.5; p = 0.0016. 2. Performing a simultaneous surgical intervention in comparison with a two-stage operation reduced the length of hospitalization from  $16.5 \pm 1.4$  days, confidence interval (15.8; 17.3) to  $9.6 \pm 1.7$  days, interval (9.0; 10.2), U = 8.0; p < 0.0001; duration of anesthesiologic support from  $165.6 \pm 31.9$  minutes, interval (146.7; 178.9) to  $141.7 \pm 28.3$  minutes, confidence interval (131.9; 151.4), U = 339.5; p = 0.0014 and complication rate from 28.7% to 22.9%, U = 85.0; p = 0.0419. 3. Indicators of time of surgery in the case of simultaneous and consecutive isolated operations did not differ:  $113.1 \pm 23.7$  minutes, confidence interval (105.0; 121.3) and  $107.2 \pm 21.7$  minutes, confidence interval (96.4; 116.1), respectively, U = 543.5; p = 0.4196.

**Key words:** combined pathology, endocrine diseases, simultaneous operations.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 25.08.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-3-152-104-107

УДК 616.557-007.43+616.65-007.61[-07-053.9

<sup>1</sup>Завгородний С. Н., <sup>1</sup>Рылов А. И., <sup>1</sup>Данилюк М. Б., <sup>1</sup>Кубрак М. А., <sup>2</sup>Мороз И. Ю., <sup>1</sup>Щуров Н. Ф.

### ЧАСТОТА ДИАГНОСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ УРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье)

<sup>2</sup>Клиника «Мотор Сич» (г. Запорожье)

em\_de@ukr.net

**Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами.** Статья выполнена в рамках инициативной научно-исследовательской работы «Периоперационное лечение пациентов пожилого и старческого возраста», № государственной регистрации 0117U006955.

**Вступление.** Паховые грыжи являются одной из наиболее часто встречаемых патологий в хирургии, а грыжесечение стоит на первом месте среди плановых оперативных вмешательств в хирургическом стационаре [1].

В общей структуре пациентов с паховыми грыжами, мужчины составляют от 77,5 % до 96,0 %. При этом удельный вес пациентов пожилого возраста находится на уровне 50,0-65,0 % [2].

У 40,0-50,0 % больных в возрасте 51-60 лет отмечается гистологическая доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Частота ее встречаемости возрастает до 70,0 % в возрастной группе 61-70 лет, и до 80,0-90,0 % в возрасте 81-90 лет [3].

В общей популяции населения паховые грыжи встречаются в 3,0-4,2 %. У пациентов с ДГПЖ, этот показатель в 7-8 раз выше и достигает 28,3 %. Известно, что ДГПЖ является одной из основных причин, которая провоцирует повышение внутрибрюшного давления и способствует грыжеобразованию [4].

Однако в современной медицинской литературе имеется мало данных о хирургическом лечении пациентов с данной комбинированной патологией.