

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 ± 1.7 days, the confidence interval (9.0; 10.2); in the comparison group – 16.5 ± 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 ± 23.7 minutes, confidence interval (105.0; 121.3) and 107.2 ± 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 ± 28.3 minutes, interval (131.9; 151.4) in the main group; 165.6 ± 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 ± 1.4 days, confidence interval (15.8; 17.3) to 9.6 ± 1.7 days, interval (9.0; 10.2), U = 8.0; p < 0.0001; duration of anesthesiologic support from 165.6 ± 31.9 minutes, interval (146.7; 178.9) to 141.7 ± 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 ± 23.7 minutes, confidence interval (105.0; 121.3) and 107.2 ± 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

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

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

¹Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье)

²Клиника «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.

Вопросы диагностики, лечения пациентов с паховой грыжей в сочетании с ДГПЖ, в настоящее время остаются спорными, нерешенными, что и обуславливает актуальность данного исследования.

Цель исследования. Установить частоту встречаемости паховой грыжи в сочетании с ДГПЖ у мужчин пожилого возраста в условиях урологического стационара.

Объект и методы исследования. Исследование выполнено на базе урологического отделения клиники «Мотор Сич».

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 786 мужчин пожилого возраста, которые проходили лечение в условиях урологического отделения в период с 2008 по 2015 годы.

В исследовании включены были пациенты в возрасте 61-75 лет, у которых имело место сочетание ДГПЖ и паховой грыжи.

Критериями исключения были: пациенты с раком предстательной железы; тяжелая, декомпенсированная соматическая патология (сердечнососудистой, дыхательной систем, почечная недостаточность); грыжи брюшной полости иной локализации – белой линии живота, послеоперационные вентральные, бедренные; отказ пациента от участия в исследовании.

Постановка диагноза ДГПЖ выполнялась на основании диагностических тестов, рекомендованных IV Международной консультацией (1997): ректальное исследование предстательной железы, трансабдоминальное ультразвуковое исследование предстательной железы и органов брюшной полости, экскреторная урография, цистоскопия, общелабораторные клинические исследования, простатоспецифический антиген (ПСА). Все пациенты осматривались смежными специалистами.

В исследовании использованы шкалы IPSS для количественной оценки симптоматики. Также оценивалось влияние симптомов ДГПЖ на качество жизни с помощью шкалы QOL.

Исследование грыжи включало наружный осмотр, пальцевое исследование, оценка проводилась по классификации L. M. Nyhus (1993).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных компьютерных программ STATISTICA 13.0, TIBCO Software inc. (Лицензия JPZ804I382130ARCN10-J) и MICROSOFT EXCEL 2013 (Лицензия 00331-10000-00001-AA404) с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты исследования и их обсуждение. Аденома предстательной железы различной стадии диагностирована у 256 (32,6 %) пациентов, **табл. 1.**

Из них, у 87 (34,0 %) диагностировали паховую грыжу различной стадии согласно классификации L. M. Nyhus, **табл. 2.**

Таким образом, сочетанную патологию – паховую грыжу и ДГПЖ выявлено у 34,0 % больных урологического отделения.

Оценка симптомов нарушения нижней мочепускающей системы проведена на основании шкал IPSS и QOL, результаты представлены в **табл. 1.**

Проводя анализ анамнеза болезни, жалоб больных при госпитализации, у 21 (24,1 %) пациента нарушения мочеиспускания в среднем оценены в 4,0

Таблица 1 – Оценка симптомов нарушений нижней мочепускающей системы

Шкалы	Всего пациентов (N=87)					
	n=21		n=48		n=18	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
IPSS	21	24,1 %	48	55,2 %	18	20,7 %
	4,0 (слабые)		16,0 (умеренные)		22,3 (тяжелые)	
QOL	2,4 (удовлетворительно)		5,1 (плохо)		5,6 (очень плохо)	

балла, что соответственно шкале IPSS, расценивалось как слабые симптомы, а качество жизни (QOL) как удовлетворительное – 2,4 балла.

У 48 (55,2 %) госпитализированных средний балл IPSS соответствовал 16,0 (умеренные нарушения мочеиспускания), с плохим качеством жизни (QOL = 5,1 балла).

Средний балл по IPSS, равный 22,3, получен у 18 (20,7 %) больных, у которых выявлены тяжелые нарушения мочеиспускания с очень плохим качеством жизни (QOL = 5,6 балла).

Таким образом, из всего числа пациентов, у 55,2 % отмечались умеренные симптомы нарушения мочеиспускания с ухудшением качества жизни (IPSS = 16,0 баллов; QOL = 5,1 балла).

По типу паховой грыжи пациенты распределены в соответствии с классификацией Nyhus, с исключением больных с бедренными грыжами (IIIC), рецидивными бедренными (IVC) и с сочетанными (IVD), **табл. 2.**

Проведенный анализ показал, что наиболее часто встречаются грыжи III типа – 54 (62,1 %) больных. Грыжи II типа диагностированы у 18 (20,8 %) пациентов, рецидивные выпячивания (IV тип) были у 6 (16,1 %) госпитализированных. Только у 1 (1,1 %) больного была грыжа I типа.

Нами выявлена связь между степенью тяжести симптомов мочеиспускания и типом грыжевого выпячивания.

Так, грыжи I типа диагностированы только у пациентов со слабыми нарушениями мочеиспускания. У 47,5 % больных со II типом и у 42,9 % пациентов с III типом паховых грыж, симптомы нарушения были слабыми, мало выраженными. У пациентов с умеренно выраженными нарушениями мочеиспускания диагностированы грыжи III и IV типов – 68,7 % и 14,6 % соответственно. У больных с тяжелыми нарушениями встречались паховые грыжи III (66,7 %) и IV (33,3 %) типов.

Таблица 2 – Распределение пациентов по типу грыжи в зависимости от степени нарушения мочеиспускания

Тип грыжи	Степень нарушения мочеиспускания		
	Слабые нарушения	Умеренные нарушения	Тяжелые нарушения
I (n=1)	1 (4,8 %)	0	0
II (n=18)	10 (47,5 %)	8 (16,7 %)	0
IIIA (n=24)	6 (28,6 %)	13 (27,1 %)	5 (27,8 %)
IIIB (n=30)	3 (14,3 %)	20 (41,7 %)	7 (38,9 %)
IVA (n=8)	1 (4,8 %)	5 (10,3 %)	2 (11,1 %)
IVB (n=6)	0	2 (4,2 %)	4 (22,2 %)
Всего (n=87)	21	48	18

Таким образом, для пациентов со слабыми симптомами нарушения мочеиспускания характерны паховые грыжи небольших размеров и не характерны рецидивные грыжи.

При наличии тяжелой симптоматики нарушения мочеиспускания, чаще всего наблюдаются большие паховые грыжи, а у 1/3 пациентов – рецидивные грыжи.

Учитывая высокую частоту встречаемости ДГПЖ у мужчин пожилого возраста, остается острым вопрос лечения данных пациентов: прибегать ли сразу к операции или же вести этих больных консервативно [5].

Учитывая появление в литературе все большего числа работ о том, что нарушение мочеиспускания у больных с ДГПЖ приводит к изменениям (повышению) внутрибрюшного давления, которое в свою очередь является одним из факторов грыжеобразования, все чаще врачи склонны к проведению оперативного вмешательства у данной группы больных [6].

Еще одним важным фактором, склоняющим к операции является то, что ухудшение мочеиспускания на фоне ДГПЖ приводит к развитию и прогрессированию заболеваний верхних мочевыводящих путей (почечная недостаточность, инфекции мочевыводящих путей), что требует более длительного лечения пациента в стационаре [7].

Высокий удельный вес паховых грыж на фоне ДГПЖ у мужчин пожилого возраста, развитие мало-

инвазивных технологий и применение лапароскопических оперативных вмешательств подталкивает урологов к выполнению симультанных операций у данной категории пациентов.

Выводы

1. У пациентов пожилого возраста сочетание паховой грыжи и ДГПЖ встречалось в 34,0 % случаев.

2. Среди пациентов с сочетанием ДГПЖ и паховых грыжевых выпячиваний, у 55,2 % отмечались умеренные симптомами нарушения мочеиспускания (IPSS=16,0 баллов; QOL=5,1 балла).

3. У больных с ДГПЖ в 62,1 % случаев диагностировано грыжи III типа, II тип имели 20,8 % пациентов. Процент рецидивных (IV тип) составил 16,1 %. Пациенты с I типом встречались в 1,1 % случаях.

4. Выявленная связь между степенью тяжести симптомов мочеиспускания и типом паховой грыжи, указывает на то, что изменение внутрибрюшного давления является одним из этиологических факторов формирования паховых грыж.

Перспективы дальнейших исследований. Данная работа показывает наличие сочетанной патологии ДГПЖ и паховой грыжи в 34,0 % пациентов урологического отделения, это в перспективе показывает необходимость исследования предикторов паховой грыжи у лиц пожилого и старческого возраста, а так же разработку новых симультанных видов оперативного лечения для одномоментного лечения этих пациентов.

Литература

1. Usupbaev ACh, Dzhanymbaev KA. Sochetannyye zabolevaniya v urologii i ih operativnoe lechenie. Vestnik hirurgii Kazahstana. 2013;4(36):22-6. [in Russian].
2. Li T, Wang Z. The diagnosis and treatments of inguinal hernia after radical Prostatectomy. Surgical Science. 2013;4:83-8. DOI: 10.4236/ss.2013.41015
3. Bawa AS, Batra RK, Singh R. Management of inguinal hernia with benign prostatic hyperplasia: simultaneous inguinal hernioplasty with transurethral resection of prostate. Int Urol Nephrol. 2003;35(4):503-6. PMID: 15198155.
4. Lucca I, Shariat SF, Hofbauer SL, Klatt T. Outcomes of minimally invasive simple prostatectomy for benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. World J Urol. 2015 Apr;33(4):563-70. DOI: 10.1007/s00345-014-1324-3
5. Oelke M, Bachmann A, Descalcaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. Eur Urol. 2013;64(1):118-40. DOI: 10.1016/j.eururo.2013.03.004
6. Abboudi H, Khan MS, Guru KA, Froghi S, de Win G, Van Poppel H, et al. Learning curves for urological procedures: a systematic review. BJU Int. 2014 Oct;114(4):617-29. DOI: 10.1111/bju.12315
7. Mor A, Sharma SM, Mukherjee S, Jindal R. A clinico pathological study and management of benign enlargement of prostate. Int Surg J. 2018 Apr;5(4):1275-80. DOI: 10.18203/2349-2902.isj20180992

ЧАСТОТА ДІАГНОСТИКИ ПАХОВИХ ГРИЖ ТА ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ УРОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Завгородній С. М., Рілов А. І., Данилюк М. Б., Кубрак М. А., Мороз І. Ю., Щуров М. Ф.

Резюме. У загальній популяції пахові грижі зустрічаються в 3,0-4,2%. У пацієнтів з ДГПЗ, цей показник в 7-8 разів вище і досягає 28,3%. При цьому ДГПЗ є однією з основних причин, яка провокує підвищення внутрішньочеревного тиску і сприяє утворенню гриж.

Мета дослідження. Встановити частоту діагностування пахової грижі в поєднанні з ДГПЗ у чоловіків похилого віку в умовах урологічного стаціонару.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 786 чоловіків у віці 61-75 років, які проходили лікування в умовах урологічного відділення клініки «Мотор Січ».

Результати дослідження. Поєднану патологію – пахову грижу і ДГПЗ виявлено у 34,0% хворих. Найбільш часто зустрічаються грижі III типу – 54 (62,1%) хворих. Грижі II типу діагностовано у 18 (20,8%) пацієнтів, рецидивні випинання (IV тип) – у 6 (16,1%). Тільки у 1 (1,1%) хворого була грижа I типу. У 47,5% хворих з II типом і у 42,9% пацієнтів з III типом пахових гриж, симптоми порушення були слабкими, мало вираженими. У пацієнтів з помірними порушеннями сечовипускання діагностовано грижі III і IV типів – 68,7% і 14,6% відповідно. У хворих з важкими порушеннями зустрічалися пахові грижі III (66,7%) і IV (33,3%) типів.

Висновки. 1. У пацієнтів похилого віку поєднання пахової грижі і ДГПЗ зустрічалось в 34,0% випадків. 2. У 55,2% хворих відзначалися помірні симптомами порушення сечовипускання (IPSS = 16,0 балів; QOL = 5,1 бала). 3. У хворих з ДГПЗ в 62,1% випадків діагностовано грижі III типу, II тип мали 20,8% пацієнтів. Відсоток ре-

цидивних (IV тип) склав 16,1%. Пацієнти з I типом зустрічалися в 1,1% випадках. 4. Виявлений зв'язок між ступенем тяжкості симптомів сечовипускання і типом пахової грижі, вказує на те, що зміна внутрішньочеревного тиску є одним з етіологічних факторів формування пахових гриж.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, пахова грижа, поєднані патології.

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

Завгородний С. Н., Рылов А. И., Данилюк М. Б., Кубрак М. А., Мороз И. Ю., Щуров Н. Ф.

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

Цель исследования. Установить частоту встречаемости паховой грыжи в сочетании с ДГПЖ у мужчин пожилого возраста в условиях урологического стационара.

Объект и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 786 мужчин в возрасте 61-75 лет, которые проходили лечение в условиях урологического отделения клиники «Мотор Сич».

Результаты исследования. Сочетанную патологию – паховую грыжу и ДГПЖ выявлено у 34,0% больных. Наиболее часто встречаются грыжи III типа – 54 (62,1%) больных. Грыжи II типа диагностированы у 18 (20,8%) пациентов, рецидивные выпячивания (IV тип) – у 6 (16,1%). Только у 1 (1,1%) больного была грыжа I типа. У 47,5% больных со II типом и у 42,9% пациентов с III типом паховых грыж, симптомы нарушения были слабыми, мало выраженными. У пациентов с умеренно выраженными нарушениями мочеиспускания диагностированы грыжи III и IV типов – 68,7% и 14,6% соответственно. У больных с тяжелыми нарушениями встречались паховые грыжи III (66,7%) и IV (33,3%) типов.

Выводы. 1. У пациентов пожилого возраста сочетание паховой грыжи и ДГПЖ встречалось в 34,0% случаев. 2. У 55,2% больных отмечались умеренные симптомами нарушения мочеиспускания (IPSS=16,0 баллов; QOL=5,1 балла). 3. У больных с ДГПЖ в 62,1% случаев диагностировано грыжи III типа, II тип имели 20,8% пациентов. Процент рецидивных (IV тип) составил 16,1%. Пациенты с I типом встречались в 1,1% случаях. 4. Выявленная связь между степенью тяжести симптомов мочеиспускания и типом паховой грыжи, указывает на то, что изменение внутрибрюшного давления является одним из этиологических факторов формирования паховых грыж.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, паховая грыжа, сочетанные патологии.

FREQUENCY OF DIAGNOSTICS OF INGUINAL HERNIA AND BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT PERSONS OF AGED AGE IN CONDITIONS OF UROLOGICAL STATIONARY

Zavgorodniy S. M., Rylov A. I., Danilyk M. B., Kubrak M. A., Moroz I. Yu., Shurov M. F.

Abstract. In the general population inguinal hernias occur in 3,0-4,2%. In patients with BPH, this figure is 7-8 times higher and reaches 28.3%. In this case, BPH is one of the main causes, which provokes an increase in intraabdominal pressure and promotes the formation of hernias.

The aim of the study. Set the frequency of breathing inguinal hernia in conjunction with BPH in elderly men under conditions of a urological hospital.

Object and methods of research. A retrospective analysis of 786 men aged 61-75 years undergoing treatment in the urological department of the «Motor Sich» Clinic was conducted.

Research results. Combined pathology – inguinal hernia and BPH are detected in 34.0% of patients. The most common type of hernia is type III – 54 (62.1%) patients. Type II hernia was diagnosed in 18 (20.8%) patients, recurrent protuberances (type IV) in 6 (16.1%). Only in 1 (1.1%) patients had a type I hernia. In 47.5% of patients with type II and in 42.9% of patients with type III inguinal hernia, the symptoms of the violation were weak, less pronounced. In patients with moderate urinary disorders, hernias III and IV were diagnosed – 68.7% and 14.6% respectively. In patients with severe disorders, inguinal hernias III (66.7%) and IV (33.3%) types were encountered.

Conclusions. 1. In elderly patients, the combination of inguinal hernia and BPH occurred in 34.0% of cases. 2. In 55.2% of patients, moderate symptoms of urination were noted (IPSS = 16.0 points; QOL = 5.1 points). 3. In patients with BPH, in 62,1% of cases, hernias of type III, type II, were diagnosed in 20,8% of patients. The percentage of recurrent (type IV) was 16.1%. Patients with Type I met in 1.1% of cases. 4. The revealed relationship between the degree of severity of symptoms of urination and the type of inguinal hernia, indicates that the change in intraabdominal pressure is one of the etiological factors in the formation of inguinal hernias.

Key words: benign prostatic hyperplasia, inguinal hernia, combined pathologies.

Рецензент – проф. Дудченко М. А.

Стаття надійшла 15.08.2019 року