

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2021-25(4)-17

УДК: 616.65-006.03-089

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАЛОБКОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ТА СИМУЛЬТАННОЇ ПЕРЕДОЧЕРЕВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПРОСТАТИ ТА ПАХВИННУ ГРИЖУ

Шапринський В.О.¹, Горовий В.І.¹, Барало І.В.¹, Капшук О.М.², Сулейманова В.Г.¹, Горовий О.В.², Довгань І.І.², Гураль Д.М.²

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018),

²Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21000)

Відповідальний за листування:
e-mail: icebergoceann@gmail.com

Статтю отримано 07 вересня 2021 р.; прийнято до друку 12 жовтня 2021 р.

Анотація. Мета дослідження - оцінити безпосередні та віддалені результати залобкової простатектомії та симуль- танної передочеревинної герніопластики у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу й оцінити якість життя хворих. Представлені 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 герніопластику. Групу порівняння становили 120 (78,9%) хворих із доброякісною гіперплазією простати, яким виконали одномоментну залобкову простатектомію. 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. Отримані кількісні дані опрацьовували методом варіаційної статистики з обчисленням критерію достовірності t-Ст'юдента та розходження між порівнюваними показниками р. Дані вважали достовірними при рівні значущості 0,95, тобто $p < 0,05$. Середній вік хворих групи порівняння становив $68,0 \pm 7,2$ років, основної групи - $67,1 \pm 6,9$ років; середній об'єм простати у хворих групи порівняння становив $94,4 \pm 42,3$ см³, основної групи - $91,2 \pm 32,6$ см³; в ургентному порядку (через гостру затримку сечі чи хронічну повну затримку сечі) у відділення надійшло 44 (36,7%) хворих 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). Середні терміни виконання залобкової простатектомії в основній групі хворих та групі порівняння однакові ($82,8 \pm 25,6$ та $80,1 \pm 17,4$ хв.), а симультанна герніопластика з одного боку тривала у середньому $55,0 \pm 17,4$ хв. Неурологічні ускладнення в основній групі хворих відмічені у 2 (6,25%) хворих, у групі порівняння - 9 (7,5%); урологічні - 11 (34,2%) та 40 (33,3%) відповідно. Середній післяопераційний ліжко-день у хворих основної групи становив $9,5 \pm 1,7$; у групі порівняння - $9,8 \pm 2,9$. Якість життя хворих була статистично кращою через зазначені терміни після операції при зрівнянні із доопераційною якістю життя.

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

Вступ

Можливість симультанної пахвинної герніопластики при виконанні простатектомії з приводу доброякісної гіперплазії простати та пахвинної грижі є актуальним питанням як урології, так і абдомінальної хірургії [5, 9, 10]. У вітчизняній літературі відсутні дані щодо виконання симультанної герніопластики одночасно із простатектомією, а також безпосередні та віддалені результати таких операцій [12]. Це обумовлено тим, що симуль- танну герніопластику краще виконувати під час одномоментної залобкової простатектомії (а не черезміхуровою), коли сечовий міхур не розтинають і не дрениують надлобковим дренажем, що значно знижує ризик інфікування залобкового та ретроінгвінального просторів. На жаль, відкриті простатектомії залобковим доступом в Україні виконують в одиничних клініках, а тому і відсутні результати симультанних пахвинних герніопластик.

Мета дослідження - оцінити безпосередні та віддалені результати залобкової простатектомії та симуль- танної передочеревинної герніопластики у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу й оцінити якість життя хворих.

Матеріали та методи

У дослідження включені 152 хворих на доброякісну гіперплазію простати, які були прооперовані в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова у період із 2016 по 2021 роки. 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 становили 120 (78,9%) хворих із доброякісною гіперплазією простати, яким виконали одномоментну залобкову простатектомію. Середній вік хворих групи порівняння становив $68,0 \pm 7,2$ років, основної групи - $67,1 \pm 6,9$ років; середній об'єм простати у хворих групи порівняння становив $94,4 \pm 42,3$ см³, основної групи - $91,2 \pm 32,6$ см³; в ургентному порядку (через гостру затримку сечі чи хронічну повну затримку сечі) у відділення надійшло 44 (36,7%) хворих 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). Розподіл хворих основної

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

Тип пахвинної грижі	Ступінь пахвинної грижі			Кількість хворих	
	1	2	3	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: 36	2	21	13	32	100

групи за типом та ступенем пахвинної грижі згідно класифікації EHS (2009) [11] представлено в таблиці 1.

Отримані кількісні дані опрацьовували методом варіаційної статистики з використанням стандартних пакетів програм "Microsoft Excel" на персональному комп'ютері з обчисленням середньої арифметичної величини M , середньої похибки середньої арифметичної m та середньоквадратичного відхилення σ , критерію достовірності t -Ст'юдента та розходження між порівнюваними показниками p . Дані вважали достовірними при рівні значущості $p < 0,95$.

Роботу виконано у відповідності з планом науково-дослідної роботи кафедри хірургії №1 з курсом урології "Покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями органів черевної і грудної порожнини за рахунок розробки та впровадження нових та удосконалення відомих методів діагностики та лікування з використанням мініінвазивних технологій", № державної реєстрації 0118U005500 від 05.12.2018.

Результати. 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 і групі порівняння однакові, а симультанна герніопластика з одного боку тривала у середньому $55,0 \pm 17,4$ хвилин.

Інтраопераційної 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 кровотечу визначали гравіметричним методом [1, 2]. Хворих основної групи та групи порівняння, яким необхі-

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	
	Основна група (хвилини)	Група порівняння (хвилини)
Одномоментна залобкова простатектомія	$82,8 \pm 25,6$	$80,1 \pm 17,4$
Симультанна герніопластика	$55,0 \pm 17,4$	-

дна була повторна операція з приводу ранньої чи пізньої кровотечі, не було. Частота ранніх і пізніх кровотеч після залобкових простатектомій, які вимагали переливання компонентів крові, в основній групі хворих становила 6,25% (2 випадки) та 7,5% (9 випадків) у групі порівняння.

Післяопераційні ускладнення розділяють на ранні та пізні [1, 3, 6]. Під ранніми (безпосередніми) післяопераційними ускладненнями розуміють ускладнення після простатектомії у період стаціонарного лікування, пізніми (віддаленими) - після виписки із стаціонару (амбулаторний період нагляду). Характер ранніх урологічних ускладнень після виконання одномоментних залобкових простатектомій в основній групі хворих і групі порівняння представлено в таблиці 3, а неурологічних - в таблиці 4.

Таких класичних урологічних ускладнень після залобкової простатектомії, як епідидиміт (фунікуліт), нагноєння післяопераційної рани, загострення хронічного пієло-нефриту, остейт лобкових кісток в основній групі та групі порівняння не спостерігали.

Після виконаних операцій в основній групі та групі порівняння летальних випадків не спостерігали.

Для уніфікації та систематизації післяопераційних ускладнень хірурги P.A. Clavien et al. у 1992 р. запропонували класифікацію, яка була удосконалена D. Dindo et al. у 2004 р., стала всесвітньовідомою, а також почала широко застосовуватись після урологічних операцій [1]. Класифікація 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, які направлені на усунення цих ускладнень. Класифікація за Clavien-Dindo визначає кількісну та якісну оцінку післяопераційних ускладнень протягом 90 днів після операції, була рекомен-

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

Ранні урологічні ускладнення	Хворі після залобкової простатектомії	
	Основна група (n=32)	Група порівняння (n=120)
Кровотеча - рання	2 (6,25%)	8 (6,7%)
- пізня	-	1 (0,8%)
- рання та пізня разом	2 (6,25%)	9 (7,5%)
Виділення сечі через надлобкову рану	-	1 (0,8%)
Гіпертермія після видалення уретральних дренажів	1 (3,1%)	7 (5,8%)
Стресове нетримання сечі	1 (3,1%)	2 (1,7%)
Гостра затримка сечі	-	1 (0,8%)
Тривалі (до 10 днів) серозні виділення із за лобкового простору	1 (3,1%)	-
Паравезикальна гематома	-	1 (0,8%)
Набряк калитки	1 (3,1%)	-
Разом	6 (18,75%)	21 (17,5%)

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

Ранні неврологічні ускладнення	Хворі після залобкової простатектомії	
	Основна група (n=32)	Група порівняння (n=120)
Тромбоемболія мілких гілок легеневої артерії	-	2 (1,7%)
Гіпертонічний криз	1 (3,1%)	2 (1,7%)
Гострий коронарний синдром	-	1 (0,8%)
Гострий психоз	-	1 (0,8%)
Дискінезія шлунка з больовим синдромом	-	2 (1,7%)
Пневмонія	1 (3,1%)	-
Загострення подагричного артриту колінного суглобу	-	1 (0,8%)
Разом	2 (6,25%)	9 (7,5%)

дована до застосування Європейською асоціацією урологів (EAU) та урологічними асоціаціями інших країн. Класифікація післяопераційних ускладнень за Clavien-Dindo дозволяє краще (детальніше) охарактеризувати кожне ускладнення та об'єм медикаментозної чи повторної

хірургічної допомоги (під місцевим чи загальним знеболенням); зрівняти та статистично оцінити урологічні та неврологічні ускладнення різних урологічних клінік; більш точно визначити послідовність мультимодального лікування; попередньо змінити надання допомоги для уникнення чи зменшення ускладнень; встановити критерії якості надання допомоги. Класифікація урологічних ускладнень за Clavien-Dindo після виконання залобкової простатектомії у хворих основної групи та групи порівняння представлена в таблиці 5.

Як видно із таблиці 5, післяопераційні ускладнення зустрічались 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 становив $9,5 \pm 1,7$; у групі порівняння - $9,8 \pm 2,9$.

Таким чином, середній термін виконання залобкової простатектомії у хворих основної групи та групи порівняння однаковий, як і післяопераційний ліжко-день. Незважаючи на більш тривалий термін виконання залобкової простатектомії та симультанної герніопластики частота післяопераційних ускладнень не перевищує частоту післяопераційних ускладнень після виконання

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
I	Гіпертермія після видалення уретрального дренажу (7 - 5,8%)	Гіпертермія після видалення уретрального дренажу (1 - 3,1%)	Повторне встановлення Катетера Фолі, антибактеріальна, жарознижуюча, протизапальна терапія
	Виділення сечі через надлобкову рану (1 - 0,8%)	-	Повторне встановлення катетера Фолі, антибактеріальна терапія
	Гостра затримка сечі (1 - 0,8%)	-	Повторне встановлення катетера Фолі, антибактеріальна терапія
	-	Тривалі (до 10 днів) серозні виділення із залобкового простору - 3,1%)	Перев'язки із використанням місцевих антисептичних розчинів
	Паравезикальна гематома (1 - 0,8%)	-	Перев'язки із використанням місцевих антисептичних розчинів
	-	Набряк калитки (1 - 3,1%)	Протинабрякова, протизапальна, антибактеріальна та знеболююча терапія
	Стресове нетримання сечі "d" (2 - 1,7%)	Стресове нетримання сечі "d" (1 - 3,1%)	Вправи за Кегелем, дулоксетин
	Гіпертонічний криз (2 - 1,7%)	Гіпертонічний криз (1 - 3,1%)	Гіпотензивна терапія
	Дискінезія шлунка із больовим синдромом (2 - 1,7%)	-	Фіброгастродуоденоскопія, спізмомолітична, знеболююча терапія
	-	Пневмонія (1 - 3,1%)	Антибактеріальна, протизапальна, жарознижуюча, дезінтоксикаційна, бронхолітична терапія
	Гострий психоз (1-1,71%)	-	Антипсихотичні препарати
	Загострення подагричного артриту колінного суглобу (1-1,7%)	-	Протизапальна, жарознижуюча, антибактеріальна терапія

Продовження таблиці 5.

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
II	Рання та пізня кровотеча із ложа простати (9 - 7,5%)	Рання та пізня кровотеча із ложа простати (2 - 6,25%)	Гемостатична терапія, переливання компонентів крові та кровозамінників
	Післяопераційна анемія (4 - 3,3%)	Післяопераційна анемія (1 - 3,1%)	Переливання компонентів крові
IIIa	-	-	-
IIIb	-	-	-
IVa	Післяопераційна гіпотонія (6 - 5%)	Післяопераційна гіпотонія (2 - 6,25%)	Лікування у відділенні інтенсивної терапії
	Гострий коронарний синдром (1 - 0,8%)	-	Лікування у відділенні інтенсивної терапії
	Тромбоемболія мілких гілок легеневої артерії (2 - 1,7%)	-	Лікування у відділенні інтенсивної терапії
IVb	-	-	-
V	-	-	-
Разом	40 (33,3%)	11 (34,2%)	

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 (піднятті важких предметів), кашлю, чханні, швидкій ході.

Віддалені результати симультанної герніопластики та якість життя хворих оцінювали за допомогою опитувальника Європейського товариства герніологів (EHS) - EuraHS - QoL (Європейський реєстр гриж черевної стінки) [3]. 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, так як оцінюють загальне фізичне функціонування, рольову 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 імпланту (відчуття сітки, біль, обмеження різних рухів) на якість життя хворого після операції [4]. Оцінка больового симптому після симультанної герніопластики за допомогою опитувальника ASS (ASS-візуальна аналогова школа) також не є специфічною, так як хворий пе-

реніс простатектомію і больовий синдром може бути обумовлений урологічною операцією. Опитувальник EuraHS - QoL дозволяє оцінити больовий синдром не раніше, ніж через 3 місяці після операції [3]. 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 відсутністю ускладнень після залобкової простатектомії больовий синдром після встановлення сітчастого імпланту доцільно оцінювати не раніше, ніж через 6 місяців після симультанної операції. Ми провели опитування хворих після симультанної герніопластики із використанням опитувальника EuraHS - QoL через 6 та 12 місяців після симультанної герніопластики. Опитувальник EuraHS - QoL для визначення якості життя після герніопластики застосовують і українські герніологи [7]. Опитувальник представлений у додатку і 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 в опитувальнику 9 запитань, кожне із яких оцінюють за 10-ти бальною шкалою із максимальним балом 90 ("0" - відсутній біль, обмеження рухів та дискомфорт; "10" - найбільш сильний біль, обмежен-

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

Вид нетримання сечі	Сим До операції птом	Через 6 міс. після операції Ознака	Ст Через 12 міс. після операції ан (уродинамічне спостереження)
Загальний бал опитувальника EuraHS - Quality of Life scale	63663,8±5,7 663,638	34,5±5,1*	33,1±4,4*

Примітка. * - p<0,05 щодо передопераційного показника.

ня рухів і дискомфорт). Заповнюють опитувальник EuraHS - QoL до та після операції через певні періоди часу, які визначають дослідники.

Результати опитування 32 хворих після 36 симультанних герніопластик представлені у таблиці 6. При проведенні опитування хворих, які перенесли симультанну пахвинну передочеревинну герніопластику, на кожен герніопластику виконували заповнення анкети (отримали 36 анкет).

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

лених післяопераційних ускладнень основної та симультанної операції.

Висновки та перспективи подальших розробок

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.

Перспективами подальших розробок є скринінг доброякісної гіперплазії передміхурової залози у чоловіків з пахвинними грижами в хірургічних стаціонарах із наступним плануванням одномоментної хірургічної корекції даних патологій із залученням уролога.

Список посилань - References

- [1] Gorovyi, V. I., Shaprynskiy, V. O., Baralo, I. V., & Kapshuk, O. M. (2021). Залобкова простатектомія в хірургічному лікуванні доброякісної гіперплазії простати: навчальний посібник [Retropubic prostatectomy in the surgical treatment of benign prostatic hyperplasia: a textbook]. Вінниця: ТОВ "ТВОРИ" - Vinnytsia: TOV "TVORY".
- [2] Gorovyi, V. I., Shaprynskiy, V. O., Chaika, H. V., Baralo, I. V., & Kapshuk, O. M. (2018). Невідкладна урологія в практиці лікарів хірургічного профілю: навчальний посібник [Urgent urology in the practice of surgical doctors: Textbook. manual]. Вінниця: ТОВ "ТВОРИ" - Vinnytsia: TOV "TVORY".
- [3] Gratzke, C., Bachmann, A., Descalzeaud, 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>
- [4] 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>
- [5] 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>
- [6] Karpenko, V. S., & Vogatov, O. P. (1981). *Хирургия аденомы предстательной железы [Surgery of prostate adenoma]*. Киев: Здоров'я - Kiev: Zdorovya.
- [7] Климченко, В. М., Климченко, А. В., & Білай, А. І. (2016). Оцінка безпосередніх і віддалених результатів преперитонеальних пластик у лікуванні пахвинних гриж [Evaluation of direct and long-term results of preperitoneal plastics in the treatment of inguinal hernias]. *Ukrainskiy zhurnal khirurhii - Ukrainian Journal of Surgery*, 1-2(30-31), 22-28.
- [8] Maysoms, F., Campanelli, G., Champault, G. G., DeBeaux, A. C., Dietz, U. A., Jeekel, J., ... & Miserez, M. (2012). EuraHS: the development of an international online platform for registration and outcome measurement of ventral abdominal wall hernia repair. *Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 16(3), 239-250. <https://doi.org/10.1007/s10029-012-0912-7>
- [9] Shaprynskiy, V. O., Gorovyi, V. I., Vorovskiy, O. O., & Kapshuk, O. M. (2021). Позалобкова простатектомія зі симультанною передочеревинною протезною герніопластиком у хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози та пахвинною грижею: (огляд літератури) [Retropubic prostatectomy with simultaneous peritoneal prosthetic hernioplasty in patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia]. *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я. Ковальчука - Hospital Surgery. Journal Named by L.Ya. Kovalchuk*, 1, 99-109. <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2021.1.12030>.
- [10] Shaprynskiy, V. O., Gorovyi, V. I., & Kapshuk, O. M. (2019). Застосування симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж з одномоментною залобковою простатектомією [Application of simultaneous pre-peritoneal inguinal hernia plastics with one-step valvular prostatectomy]. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю "Сучасні технології в алопластичній та лапароскопічній хірургії гриж живота" - Proceedings of the Scientific-practical Conference with International Participation "Modern Technologies in Alloplastic and Laparoscopic Surgery of Abdominal Hernias", 119-121.
- [11] Simons, M. P., Aufenacker, T., Bay-Nielsen, M., Bouillot, J. L., Campanelli, G., Conze, J., ... & Miserez, M. (2009). European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 13(4), 343-403. <https://doi.org/10.1007/s10029-009-0529-7>
- [12] Voizianov, A. F., Pasechnikov, S. P., Klimenko, Ya. N., & Gritsay, V. S. (2008). Открытая простатэктомия в хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы [Open prostatectomy in the surgical treatment of benign prostatic hyperplasia]. *Здоровье мужчины - Health of Man*, 1, 196-205.

IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF RETROPUBIC PROSTATECTOMY AND SIMULTANEOUS PREPERITONEAL HERNIA REPAIR IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND INGUINAL HERNIA

Shaprynskiy V. O., Gorovyi V. I., Baralo I. V., Kapshuk O. M., Suleimanova V. G., Horovyi O. V., Dovgan I. I., Hural D. M.

Annotation. The aim of the study was to evaluate the immediate and long-term results of valvular prostatectomy and simultaneous peritoneal hernioplasty in patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia and assess the quality of life of patients. The

article presents the treatment results of 152 patients with benign prostatic hyperplasia. All individuals were divided into two groups. The general group consisted of 32 (21.1%) patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia, who underwent one-stage retropubic prostatectomy and simultaneous preperitoneal hernia repair. The comparison group consisted of 120 (78.9%) patients with benign prostatic hyperplasia who underwent only a one-stage retropubic prostatectomy. Assessment of the life quality of patients after simultaneous preperitoneal inguinal hernia repair was performed according to the EuraHS - Quality of Life scale in 6 and 12 months after surgery. The obtained quantitative data were processed by the variation statistic methods with the calculation of t-Student criteria. The data were considered reliable at a significance level of 0.95 ($p < 0.05$). The average age of men in the comparison group was 68.0 ± 7.2 years, in the general group - 67.1 ± 6.9 years; the average prostate volume in the comparison group was 94.4 ± 42.3 cm³, in the general group - 91.2 ± 32.6 cm³; 44 (36.7%) patients of the comparison group and 4 (12.5%) patients of the general group were admitted to the department urgently (due to acute urinary retention or chronic complete urinary retention). The inguinal hernia was found in all 32 patients of the general group, among them in 4 men - on both sides. The average time of ciliary prostatectomy in the general group and in the comparison group was the same (82.8 ± 25.6 and 80.1 ± 17.4 minutes). The simultaneous inguinal hernia repair on the one side lasted 55.0 ± 17.4 minutes. Neurological complications in the general group were noted in 2 (6.25%) patients, in the comparison group - in 9 (7.5%); urological complications took place in 11 (34.2%) and 40 (33.3%), respectively. The average postoperative inpatient stay in the general group was 9.5 ± 1.7 ; in the comparison group - 9.8 ± 2.9 . It was statistically better due to these periods after surgery when compared with preoperative life quality.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, retropubic prostatectomy, simultaneous preperitoneal hernia repair, immediate and long-term results.
