

Диссертационные советы
Вх. № 352 от 27.12 2024г.
Приложение на — листах

сирингоцеле куперовой железы и врожденным полипом семенного бугорка, позволяющими выполнить предварительное прогнозирование и избежать или снизить частоту нежелательных осложнений, среди которых наиболее часто встречаются рецидив обструкции мочеточника или пузырно-мочеточникового рефлюкса, формирование ятрогенного пузырно-мочеточникового рефлюкса в верхний сегмент удвоенной почки, рецидивирование клапана уретры, редукция емкости мочевого пузыря.

Потенциал современных методов прогнозирования результатов трансуретральных вмешательств при пороках развития нижних мочевых путей у детей недостаточен, и не позволяет в полной мере обеспечить результативность вмешательств и в целом улучшить результаты лечения. Не до конца проработаны лечебно-реабилитационные комплексы при симптоматике клапанного мочевого пузыря, редукции емкости мочевого пузыря, нередко выполняются оргаоуносящие вмешательства, являющиеся следствием как изначально крайне тяжелого поражения верхних мочевых путей, так и нередко неэффективного лечения, неверного выбора сроков хирургического вмешательства, методов и технологий реабилитации.

Практические рекомендации по подбору групп детей с различными пороками нижних мочевых путей на применение определенных, с прогнозированным исходом, методов трансуретрального хирургического лечения, учитывающие возраст и особенности анатомии зоны порока развития, практически не разработаны.

Учитывая разнообразие уродинамических нарушений у детей с различными пороками развития нижних мочевых путей, современный взгляд на решение проблемы оптимизации применения трансуретральных технологий отвергает поиск единых, универсальных принципов подхода, и актуализирует необходимость системной оценки предикторного потенциала по каждой конкретной нозологии, понимания динамики изменений возрастного и полового состава пациентов с пороками нижних мочевых путей, основных изменений, достигнутых при широком применении трансуретральных технологий лечения, выражающихся в снижении сроков дооперационного и послеоперационного пребывания и уменьшения доли оргаоуносящих операций, что явилось основой для научного обоснования прогностических

моделей эффективности, с последующим формированием научно-обоснованной концепции применения трансуретральных технологий у детей с пороками развития нижних мочевых путей, чему и посвящено диссертационное исследование Лебедева Д.А.

Научная новизна полученных результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Научная новизна рассматриваемой диссертационной работы представлена тем, что впервые:

1. На основе анализа исходов лечения 11367 детей с пороками развития нижних мочевых путей впервые доказана закономерность нарастания доли мальчиков с 13,51% до 58,37% среди пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Доказано нарастание доли детей с ПМР, обструктивным мегауретером, клапаном задней уретры, уретероцеле, редкой внутриуретральной патологией среди госпитализированных с 7,88% до 47,15%. Выявлено нарастание числа детей раннего возраста среди пациентов с пороками нижних мочевых путей.
2. Обосновано влияние предикторов «длина стриктуры» и «дилатационное давление» на результат баллонной дилатации стриктуры мочеточника. Доказано, что активность инфекции после дестентирования является предиктором рецидива мегауретера. Установлено, что длительная катетеризация мочевого пузыря не влияет на активность инфекционного процесса и результат лечения. Доказано негативное влияние длительного стентирования на результат дилатации. Разработана математическая модель для прогнозирования результата баллонной дилатации при обструктивном мегауретере у детей.
3. Доказано, что возраст ребенка и степень пузырно-мочеточникового рефлюкса являются предикторами результата лечения. Установлено, что внепузырное смещение импланта характерно для пациентов раннего возраста, являясь ведущей причиной рецидива. Созданы логит-регрессионная и нейросетевая модели прогнозирования результата эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

4. Доказано влияние способа трансуретрального рассечения уретероцеле на частоту ятрогенного пузырно-мочеточникового рефлюкса. Продemonстрирован эффект влияния эктопического уретероцеле II и III степени с изначально значительным поражением паренхимы почки на развитие органа в послеоперационном периоде. Определены сроки стабилизации инфекционного процесса в мочевых путях после ТУР уретероцеле.
5. Установлено, что предиктором результата лечения детей с клапаном задней уретры является изначальная тяжесть поражения верхних мочевых путей. Продemonстрировано, что частота рецидива клапана составляет 11%. Установлено, что встречаемость синдрома клапанного мочевого пузыря составляет 53,8%. Доказано, что индекс URI более 5,0 после вальводеструктивного вмешательства является маркером рецидива. Доказано, что реабилитационные мероприятия позволяют вернуть утраченную ёмкость мочевого пузыря. Впервые установлены сроки персистирования симптоматики клапанного мочевого пузыря.
6. Получены новые данные о встречаемости врожденного полипа семенного бугорка и сирингоцеле куперовой железы у детей. Выявлены факторы, влияющие на сроки выполнения трансуретрального вмешательства. Доказано, что пациенты с этой патологией в 80% случаев не получают своевременного лечения. Доказано, что 83% пациентов с закрытыми формами сирингоцеле не имеют клинических проявлений патологии. Доказано, что открытые формы сирингоцеле и полип семенного бугорка являются очагами хронического воспалительного процесса в уретре.
7. Доказана связь трансуретральных хирургических технологий при пороках развития нижних мочевых путей со значительным снижением длительности госпитализации и многократным снижением доли оргоуносящих вмешательств.
8. Разработана концепция, направленная на оптимизацию и повышение эффективности применения трансуретральных хирургических технологий, позволяющая увеличить количество благоприятных исходов при мегауретере на 26,6%, в 2,2 раза при рефлюксе у детей раннего возраста, достигнуть 100% эффективности при коррекции локальных осложнений имплантации, снизить

частоту ятрогенного рефлюкса после рассечения уретероцеле на 80%, в 66,6% нормализовать уродинамику у детей с редукцией емкости мочевого пузыря, добиться 100% эффективности эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с клапаном уретры, улучшить диагностику и лечение детей с синингоцеле куперовой железы и врожденным полипом семенного бугорка.

С учетом выявленных автором негативных факторов, влияющих на эффективность малоинвазивных операций при пороках развития нижних мочевых путей у детей, значимыми составляющими работы являются разработанная рабочая схема-классификация поздних локальных осложнений эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса и алгоритм, направленный на их коррекцию, позволяющий на 15% снизить число неэффективных имплантаций и корригировать критические осложнения оптимальным для пациента способом, и научная концепция применения трансуретральных хирургических технологий в лечении детей с указанными пороками развития, основанная на индивидуализированном подходе, направленная на оптимизацию и повышение эффективности их применения, что позволило значительно увеличить количество благоприятных исходов при первичном обструктивном мегауретере, пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей раннего возраста, снизить частоту ятрогенного пузырно-мочеточникового рефлюкса после трансуретрального рассечения эктопического уретероцеле, нормализовать уродинамику нижних мочевых путей у большинства детей с длительным синдромом «сухого мочевого пузыря», добиться высокой эффективности эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с клапаном задней уретры, улучшить диагностику и лечение детей с синингоцеле куперовой железы и врожденным полипом семенного бугорка.

Обоснованность и достоверность научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Результаты проведенного исследования основаны на достаточном количестве наблюдений, включенных в исследование. Использованные в ходе

выполнения научной работы методики сбора и обработки первичной информации адекватны и корректны. Статистическая обработка данных выполнена с помощью современных непараметрических методов анализа. Полученные результаты не противоречат существующим положениям, сопоставимы с данными зарубежных исследователей. Таким образом, сформулированные выводы и рекомендации обоснованы, и в полной мере отражают полученные результаты.

Значимость результатов исследования для науки и клинической практики

Полученные автором результаты исследования, посвященного эффективности применения трансуретральных технологий при пороках развития нижних мочевых путей у детей, важны для медицинской науки и практического здравоохранения.

Для клинической практики полученные результаты расширили представления о нарастании доли детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, первичным обструктивным мегауретером, клапаном задней уретры и редкими формами внутриуретральных аномалий с 7,9% до 47,2% в структуре госпитализированных детей за значительный временной период, что позволит оптимизировать работу детских хирургических и урологических отделений стационаров и отделений патологии новорожденных Перинатальных Центров, планировать объем применения трансуретральных хирургических технологий в структуре оказания специализированной медицинской помощи, учитывая выявленное автором значительное смещение к раннему возрасту, что определяет необходимость улучшения оснащенности детских хирургических стационаров эндоскопическим, лучевым и энергетическим оборудованием соответствующего класса, позволяющим выполнять трансуретральные хирургические вмешательства пациентам раннего возраста.

Значимым является выявленная взаимосвязь протяженности стриктуры мочеточника длиной более 10 мм и затрудненного процесса дилатации с давлением выше 25 атм. и эффективности баллонной дилатации суженного сегмента мочеточника, что в целом характеризует морфологическое состояние зоны стриктуры мочеточника и является математическим отображением

ригидности стриктуры к дилатации. Не менее значимым является выявление связи высокой активности мочевого инфекции после дестентирования и шансом рецидивирования стриктуры мочеточника, что позволяет уменьшить сроки ожидания госпитализации и скорее маршрутизировать пациента на дальнейшие этапы хирургического лечения. Важным является уточнение оптимальных сроков декатетеризации мочевого пузыря после баллонной дилатации, которые не должны превышать длительность пребывания ребенка в клинике после операции, и определение сроков стентирования до одного месяца, как оптимальных для пациентов после баллонной дилатации стриктуры мочеточника. Важным является выявление связи между сроками послеоперационного стентирования и нарастанием числа негативных результатов лечения при их увеличении. Значимым для клинической практики является разработанный автором способ реимплантации мочеточника при неудачном трансуретральном лечении мегауретера (Патент РФ на изобретение № 2545442). Не менее важное значение имеет разработанный автором алгоритм малоинвазивной хирургической помощи пациентам с первичным обструктивным мегауретером, позволяющий добиться нормализации уродинамики оптимальным для пациента способом.

Значимым результатом является доказательство автором связи между возрастом пациента, степенью пузырно-мочеточникового рефлюкса и результатами эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса, что позволило определить ограничения применения стабильных имплантов у детей раннего возраста. Важное значение имеет разработанный автором способ эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (Патент РФ на изобретение № 2161446) и инструмент для его проведения (Патент РФ на полезную модель № 58363). Не менее важное значение имеет систематизация поздних местных осложнений эндоскопического лечения, позволившая разработать рабочую схему-классификацию и основанный на ней алгоритм коррекции, позволяющий уменьшить число неэффективных эндоскопических лечения на 15% и в 100% корригировать последствия локальной дислокации импланта. Значимым результатом следует признать разработку алгоритма лечения детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, что позволило в 2,2 раза сократить частоту рецидивов в группе детей раннего возраста.

Значимым для клинической практики результатом является систематизация послеоперационных осложнений у детей после трансуретрального рассечения уретероцеле, что позволило автору разработать способы их коррекции. Значимым для клинической практики является разработанный автором способ трансуретрального рассечения уретероцеле и инструмент для его осуществления (Патент РФ на изобретение № 2559139). Важным является доказательство возникновения ятрогенного рефлюкса в 38,9% случаев после медиального рассечения стенки эктопического уретероцеле, и выявление низкорефлюксогенных способов декомпрессии, позволяющих снизить частоту ятрогенного рефлюкса на 80%. Не менее важным является определение автором путем регрессионного прогнозирования сроков нормализации клинико-лабораторного статуса пациента при ортотопическом – до 50 месяцев, и эктопическом – более 80 месяцев, уретероцеле, что позволяет оптимизировать длительность антибиотикопрофилактики в клинической практике. Не менее значимым для практической медицины является создание алгоритма оказания малоинвазивной хирургической помощи детям с уретероцеле и вторичными уродинамическими нарушениями.

Значимым является оценка результатов трансуретральной резекции клапана задней уретры у детей. Автором определены направления коррекции уродинамических нарушений, разработан и внедрен алгоритм реабилитации пациентов с синдромом клапанного мочевого пузыря, встречающимся в 53,8% случаев. Доказано, что при значении Urethral Ratio Index более 5,0 при контрольной цистографии имеется высокий риск рецидива клапана задней уретры. Определены оптимальные типы уретерокутанеостомии, позволяющие профилактировать потерю емкости мочевого пузыря. Автором разработан и применен новый способ лечения детрузорной гиперактивности, позволяющий достигнуть нормализации уродинамики в группе пациентов с «сухим» мочевым пузырем вследствие длительной уретерокутанеостомии (Патент РФ на изобретение № 2605624), и у детей с синдромом гиперактивного клапанного мочевого пузыря. Определены сроки улучшения показателей уродинамики у пациентов с симптоматикой клапанного мочевого пузыря, достигающие 140 месяцев после абляции клапана, что позволяет оптимальным образом формировать план хирургических и консервативных реабилитационных

мероприятий. Не менее важным для клинической практики является разработка автором лечебного алгоритма оказания помощи детям с клапаном задней уретры, направленного на оптимизацию хирургической тактики, снижение частоты хирургических осложнений и эффективную реабилитацию.

Значимым для практики является систематизация клинических проявлений у детей с врожденным полипом семенного бугорка и сириngoцеле куперовой железы, позволяющая ускорить ход диагностических мероприятий. Важным является уточнение уродинамических результатов трансуретральных операций и характеристика путей реабилитации пациентов. Существенное значение имеет разработанный автором клинико-диагностический и лечебный алгоритм, позволяющий оптимизировать оказание медицинской помощи детям с врожденным полипом семенного бугорка и кистой бульбоуретральной железы.

Важным для клинической практики является доказательство автором общего снижения длительности пребывания в стационаре детей с пороками развития нижних мочевых путей в группах применения трансуретральных хирургических технологий лечения: при первичном обструктивном мегауретере в 1,6 раза, при пузырно-мочеточниковом рефлюксе – в 2, при уретероцеле – в 2,1, при клапане задней уретры – в 1,8, при сириngoцеле бульбоуретральной железы и врожденном полипе семенного бугорка – в 2,2 раза. Значимым является доказательство кратного уменьшения продолжительности послеоперационного периода при всех нозологических формах пороков. Важным является доказательство автором многократного уменьшения доли органонусящих хирургических вмешательств в структуре хирургической помощи детям с пороками развития нижних мочевых путей в группах проспективного исследования.

Ценность для клинической практики научной концепции оптимизации применения трансуретральных хирургических технологий определяется использованием разработанных автором алгоритмов при каждой нозологической единице, что позволяет в итоге провести малоинвазивную коррекцию уродинамических нарушений с максимальным профилем безопасности и минимизированным количеством осложнений, и значительно

повысить эффективность использования трансуретральных хирургических вмешательств.

Общая характеристика диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, 9 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, изложенных на 327 страницах компьютерного текста, содержит 310 рисунков и 55 таблиц. Библиографический указатель включает 388 источников литературы, из них на русском языке – 119, на иностранных языках – 269. Работа написана современным научным языком, доступна по изложению, оформлена в соответствии с требованиями ВАК и ГОСТ.

Во введении представлены актуальность исследования, степень разработанности темы диссертации, цель, задачи, научная новизна, теоретическая и практическая значимость исследования, положения, выносимые на защиту, степень достоверности и апробации работы, а также описан личный вклад автора.

Обзор литературы подробно освещает состояние проблемы лечения детей с пороками развития нижних мочевых путей, и современные представления о путях повышения эффективности применения трансуретральных малоинвазивных технологий при уродинамических нарушениях. Рассмотрены данные литературы о влиянии различных факторов на эффективность малоинвазивных процедур при первичном обструктивном мегауретере, пузырно-мочеточниковом рефлюксе, уретероцеле, клапане задней уретры, редких формах внутриуретральной патологии, симптоматике клапанного мочевого пузыря, приведены подробные данные о показаниях, противопоказаниях, эффективности применяемых методов малоинвазивного трансуретрального лечения, и дискуссионных вопросах в лечении детей с указанной уродинамической патологией, подробно рассмотрен круг вопросов, касающихся профилактики поражения ткани почек у детей с пороками развития нижних мочевых путей.

Описанные во второй главе дизайн и методы исследования дают полное представление о методологии работы. Приведены диаграммы нарастания численности участников исследования за период с 1980 по 2022 годы,

приведено число включенных в группы исследования детей с первичным обструктивным мегауретером, пузырно-мочеточниковым рефлюксом, уретероцеле, клапаном задней уретры, синингоцеле куперовой железы и врожденным полипом семенного бугорка, даны описания возрастных характеристик основных групп и ретроспективных групп контроля. Подробно описана методология проведения пяти основных клинических этапов диссертационного исследования.

В третьей главе приведены результаты исследования характера госпитализаций 11367 детей с пороками развития нижних мочевых путей в течение периода с 1980 по 2022 годы. Определена встречаемость различных пороков нижних мочевых путей среди детей, госпитализированных в клинику. Отражены результаты анализа динамики поступлений пациентов по годам, очерчены тенденции в виде нарастания частоты госпитализаций с середины 90-х годов, на фоне общего увеличения числа поступивших в клинику пациентов. Представлены доказательства выявленной закономерности нарастания доли мальчиков в структуре детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом с 13,51% в 1981 году до 58,37 к 2021 году.

Четвертая, пятая, шестая, седьмая и восьмая главы отражают результаты собственных клинических исследований возможности повышения эффективности трансуретральных хирургических технологий при уродинамических нарушениях у детей с пороками развития нижних мочевых путей, обсуждению полученных результатов, созданию моделей математического прогнозирования результатов малоинвазивных операций на мочевых путях при мегауретере, пузырно-мочеточниковом рефлюксе, уретероцеле, клапане задней уретры и редких внутриуретральных пороках, регрессионному прогнозированию продолжительности клинических проявлений при уретероцеле и синдроме клапанного мочевого пузыря.

Девятая глава содержит обсуждение полученных результатов, в ней автор анализирует динамику применения различных типов хирургических вмешательств у детей с пороками развития нижних мочевых путей, частоту органоуносящих хирургических вмешательств и потребность в заместительной почечной терапии в группах проспективного и ретроспективного исследования, определяет тенденции роста частоты применения трансуретральных

хирургических технологий в структуре оказания медицинской помощи детям в последние десятилетия.

Десятая глава содержит научно-обоснованную концепцию трансуретрального хирургического лечения детей с пороками развития нижних мочевых путей, основанную на разработанных в ходе исследования алгоритмах, оптимизирующих показания, характер и способы применения, ограничения в использовании трансуретральных малоинвазивных технологий в лечении детей с пороками развития нижних мочевых путей.

В заключении автором подведены итоги выполненной работы. Выводы диссертационного исследования обоснованы, вытекают из результатов проведенного научного поиска, полностью соответствуют поставленным задачам. Практические рекомендации могут быть использованы в повседневной практической работе детских хирургических и урологических стационаров, отделении патологии новорожденных Перинатальных Центров.

Автореферат, 43 научных работы и 5 Патентов РФ на изобретение полностью отражают содержание рецензируемой работы.

Рекомендации по практическому использованию результатов диссертационной работы

На основании проведенных исследований сформулированы практические рекомендации, которые следует использовать при подготовке и проведении трансуретральных хирургических вмешательств у детей с пороками развития нижних мочевых путей.

Отмечено, что рост доли детей с пороками нижних мочевых путей до 47,15% в структуре госпитализированных позволяет предполагать значительное увеличение объема высокотехнологической специализированной медицинской хирургической помощи этой группе пациентов. Смещение возрастных показателей в сторону детей раннего и неонатального возраста за два последних десятилетия диктует необходимость оснащения стационаров эндоскопическим, лучевым и энергетическим оборудованием соответствующего класса, позволяющим выполнять трансуретральные вмешательства детям с пороками развития нижних мочевых путей в неонатальном периоде.

Перед и при выполнении баллонной дилатации стриктуры мочеточника рекомендуется измерять протяженность суженного участка, и фиксировать давление, при котором произошла дилатация стриктуры. При неэффективности однократной дилатации и положительном прогнозировании исхода, рекомендовано проведение повторной дилатации с использованием режущего баллонного наконечника, при отрицательном прогнозе следует выполнить антирефлюксную реимплантацию мочеточника без попытки повторной дилатации. При высокой активности инфекции в послеоперационном периоде интервал до повторной госпитализации должен быть сокращен, учитывая высокую вероятность рецидива. Катетеризацию мочевого пузыря после баллонной дилатации следует проводить только в первые дни после процедуры для контроля гематурии, со сроком стентирования мочеточника не более 1 месяца. Рекомендуется использование разработанного лечебного алгоритма, что позволит оптимизировать тактику и улучшить результаты лечения, за счет снижения числа неэффективных баллонных дилатаций и скорейшей реабилитации пациента.

В 93,2% неудовлетворительные результаты эндоскопического лечения рефлюкса в группе детей постнатального периода обусловлены массивной внепузырной дислокацией импланта, поэтому эндоскопическое лечение рефлюкса высокой степени в этой группе пациентов целесообразно выполнять после предварительной продленной катетеризации мочевого пузыря, в возрасте старше 4 мес, что повышает эффективность процедуры в 2,2 раза, или использовать биodeградирующие импланты (гиалуроновую кислоту, коллаген). Основанный на рабочей схеме-классификации поздних локальных осложнений эндоскопического лечения рефлюкса алгоритм позволяет корректировать некритические осложнения эндоскопическим способом, при выявлении критических местных осложнений рекомендуется выполнить антирефлюксную реимплантацию мочеточника и удаление импланта. Алгоритм лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса направлен на оптимизацию лечебного процесса, опираясь на индивидуальные показатели возраста, локального статуса в зоне имплантации и состояние уродинамики.

Линейное горизонтальное рассечение передней стенки при ортотопическом уретероцеле является оптимальным способом

трансуретрального рассечения, возникающий в 8,0% случаев рефлюкс успешно корригируется эндоскопически. При эктопическом уретероцеле оптимальным и наименее рефлюксогенным является способ перемещения устья мочеточника в мочевой пузырь или формирование контрапертуры изнутри полости уретероцеле, что позволяет на 80% снизить риск ятрогенного рефлюкса в верхний сегмент удвоенной почки, в ходе выполнения лечебного алгоритма. У пациентов с эктопическим уретероцеле II и III степени в дальнейшем ожидается отставание в развитии пораженной почки в 40% случаев, что требует продленного наблюдения за состоянием верхних мочевых путей в этой группе пациентов. Учитывая длительные сроки достижения клинико-лабораторной ремиссии, пациентам с уретероцеле рекомендована пролонгация антибиотикопрофилактики мочевой инфекции.

При терминальных формах уретерогидронефроза пациентам с клапаном задней уретры целесообразно наложение Y-образных уретерокутанеостом, с целью профилактики редукции емкости мочевого пузыря и дальнейшего снижения функции почек. При аблации клапана у детей раннего возраста с пузырно-мочеточниковым рефлюксом целесообразно отложить выполнение эндоскопического лечения рефлюкса на более старший возраст, проведя разгрузочную катетеризацию или уретерокутанеостомию. Показатель индекса URI более 5,0 при обследовании после трансуретральной резекции клапана является маркером рецидива и служит показанием к контрольной уретроскопии. При полной утрате емкости мочевого пузыря пациенту показан комплекс реабилитационных мероприятий, включающий гидродистензию мочевого пузыря и этапную ботулинотерапию, что позволяет увеличить емкость и в 66,6% добиться нормализации уродинамики нижних мочевых путей. Реабилитация детей с гиперактивным клапанным мочевым пузырем включает этапную многократную хемоденервацию детрузора, длительный прием холинолитических средств; при аконтрактивной форме рекомендуется дренирование мочевого пузыря, профилактика инфекции, курсы антихолинэстеразных препаратов. Улучшение уродинамики у пациентов с симптоматикой клапанного мочевого пузыря ожидается к 140 месяцам наблюдения, что определяет необходимость реабилитационных хирургических и консервативных мероприятий в течение этого периода.

Клинические проявления синингоцеле куперовой железы и врожденного полипа семенного бугорка характерны, и диагностика в ходе выполнения предложенного алгоритма позволяет в 100% установить правильный диагноз. При открытых и закрытых обтурирующих формах синингоцеле и полипа трансуретральная резекция показана после установления диагноза. Оптимальным способом трансуретрального вмешательства является полная марсупиализация полости кисты с просветом уретры, с обязательным удалением всей дистальной части стенки, для профилактики формирования псевдоклапана передней уретры, что позволяет нивелировать клинические проявления порока и излечить пациентов в 100% случаев. Перед трансуретральной резекцией врожденного полипа семенного бугорка следует оценить возможность эвакуации полипа через уретру, и при ее невозможности заранее планировать микроцистотомию или троакарную цистотомию для экстракции образования. Рецидивирования синингоцеле и врожденного полипа после трансуретральной резекции не происходит. Дети с обтурирующими закрытыми формами синингоцеле подлежат длительному наблюдению после трансуретральной резекции. При необтурирующих закрытых формах синингоцеле, не вызывающих клинических проявлений, резекция не показана.

Научная концепция индивидуализированного малоинвазивного лечения детей с врожденными пороками нижних мочевых путей, направленная на оптимизацию применения трансуретральных хирургических технологий у пациентов с пороками нижних мочевых путей, включает следование ходу клинико-диагностических алгоритмов при коррекции первичного обструктивного мегауретера, пузырно-мочеточникового рефлюкса и местных осложнений эндоскопического лечения, трансуретрального рассечения уретероцеле и резекции клапана задней уретры, синингоцеле куперовой железы и врожденного полипа семенного бугорка, позволяет минимизировать частоту осложнений и получить максимальный эффект лечения. Применение трансуретральных хирургических технологий увеличивает экономическую эффективность лечения, снижает продолжительность дооперационного и послеоперационного пребывания пациентов, уменьшает частоту инвалидизации за счет снижения доли органонусящих операций.

Полученные теоретические и практические результаты целесообразно использовать в последипломном образовании детских урологов-андрологов и детских хирургов.

Вопросы и замечания

По прочтению работы возникли замечания и вопросы, которые хотелось бы обсудить с автором в контексте научной дискуссии:

1. Рекомендация к ограничению применения стабильных имплантов у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом в раннем возрасте предполагает более широкое применение нестабильных препаратов типа гиалуроновой кислоты и коллагена, эффективность которых при высоких степенях рефлюкса не столь высока. Возможно ли безопасное применение традиционных хирургических антирефлюксных вмешательств у детей этой группы в раннем возрасте, или имеются значимые ограничения к их выполнению?
2. Известно, что среди пациентов с уретероцеле, которые обследуются во взрослой урологической сети, достаточно часто выявляют конкременты в полости уретероцеле. Среди исследованных пациентов с уретероцеле в данной работе есть сведения о формировании конкремента в полости уретероцеле, и какова частота конкремента уретероцеле у детей?
3. В настоящее время одним из направлений хирургического лечения детей с клапаном задней уретры является фетальное везико-амниотическое шунтирование. Среди исследованных пациентов с клапаном задней уретры были дети, которым проводилась подобная пренатальная процедура, и имелись ли у них различия в тяжести поражения верхних мочевых путей?

Перечисленные вопросы и замечания не умаляют общего позитивного впечатления о научно-практических результатах исследования, а скорее свидетельствуют о высокой клинико-социальной значимости поднимаемой автором проблемы повышения эффективности трансуретральных хирургических технологий при пороках развития нижних мочевых путей у детей.

Диссертация Лебедева Дмитрия Анатольевича на тему «Трансуретральные хирургические технологии при пороках развития нижних мочевых путей у детей», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.11. Детская хирургия, является законченной самостоятельной научно-квалификационной работой, содержащей решение актуальной проблемы – оптимизации применения трансуретральных хирургических технологий при пороках развития нижних мочевых путей у детей.

По своей актуальности, научной новизне, объему выполненных исследований и практической значимости представленная работа соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г. № 842, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора наук, а ее автор достоин присуждения искомой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.11. Детская хирургия.

Отзыв обсужден и одобрен на заседании кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол №17 от «19» декабря 2024г.

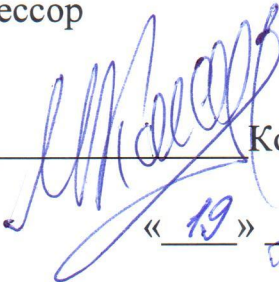
Профессор кафедры урологии и репродуктивного
здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии)
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор



Сизонов Владимир Валентинович

«19» декабря 2024г.

Заведующий кафедрой урологии и репродуктивного
здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии)
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор


Коган Михаил Иосифович
« 19 » декабря 2024г.

Подписи Сизонова В.В. и Когана М.И. заверяю:

Ученый секретарь ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
доктор медицинских наук, профессор



Сапронова Н.Г.

19.12.2024г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
344022, Российская Федерация, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, дом 29
тел. +7 (863) 250-42-00, e-mail: okt@rostgmu.ru, оф. сайт: www.rostgmu.ru.