

ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора, руководителя группы детской урологии, отдела реконструктивной урологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России Рудина Юрия Эдвартовича на диссертацию Петровой Айсель Фаризовны «Диагностика и лечение рецидива врождённого гидронефроза у детей», представленную на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности – 3.1.11. Детская хирургия (медицинские науки).

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертация Петровой Айсель Фаризовны посвящена сложной и актуальной проблеме – рецидиву врождённого гидронефроза у детей. По международным данным, распространенность повторных нарушений проходимости лоханочно-мочеточникового соустья (ЛМС) после хирургического вмешательства достигает 10,0-15,0 %. Приведенные в литературе причины рецидива носят предположительный характер и нуждаются в верификации.

Диагностика рецидива гидронефроза у детей периодически осложняется стертой клинической картиной, вследствие чего функция почки прогрессивно ухудшается.

В литературе продолжается обсуждение способов коррекции данной патологии у детей. Сроки и объем оперативного лечения статистически не обоснованы и варьируются в зависимости от подхода разных авторов.

Перспективной задачей является прогнозирование рецидива. Существующие данные по предикторам повторной обструкции ЛМС обладают низкой надежностью в силу методологических недостатков.

В рамках данного исследования приводится анализ диагностики и лечения рецидива гидронефроза у детей в рамках одного лечебного

учреждения, а также изучаются факторы риска, патоморфологические предикторы повторной непроходимости ЛМС и варианты их профилактики. Сложность темы и большое количество спорных вопросов определяет актуальность и обосновывает необходимость проведения диссертационного исследования Петровой Айсель Фаризовны.

**Степень обоснованности научных положений,
выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации**

Диссертационная работа Петровой А.Ф. является научно-практическим исследованием, посвященным диагностике лечению рецидива врождённого гидронефроза у детей.

Для достижения цели исследования – улучшения результатов лечения детей с рецидивом гидронефроза – автор представляет комплексное научное исследование, включающее сравнительный анализ групп пациентов с врождённым гидронефрозом без (50 пациентов) и с рецидивом (50 пациентов) после первичного вмешательства, анализ диагностики и повторного лечения пациентов с рецидивом гидронефроза, а также выявление патоморфологических предикторов повторной обструкции пиелоуретерального соустья.

Диссертант методологически верно продумал дизайн исследования, который соответствует поставленным задачам и цели исследования.

Результаты диссертационной работы систематизированы. Сформулированные научные положения и практические рекомендации базируются на анализе репрезентативного клинического материала. В работе применялись современные исследовательские методы, адекватные поставленным задачам. Выводы логически обоснованы и подтверждены полученными данными. Статистический анализ выполнен в соответствии с актуальными методами медицинской статистики.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на всероссийских и международных конгрессах и конференциях.

Достоверность и новизна научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Научная и практическая значимость проведенного диссертационного исследования заключается в разработке лечебно-диагностического алгоритма, позволившего в 97,7% случаев купировать повторные нарушения уродинамики у пациентов с врождённого гидронефроза, а также в предложенных методах профилактики на этапах первичного вмешательства.

В результате исследования были доказаны и систематизированы интра- и послеоперационные факторы риска рецидива гидронефроза. Современными методами статистики разработана математическая модель расчёта риска рецидива с учетом интраоперационной картины (чувствительность 71,4%, специфичность 72,0%). Кроме того, установлены гистологические предикторы, позволяющие прогнозировать повторную обструкцию ПУС как в ранние, так и в отдаленные сроки после операции.

По результатам исследования научно обоснован хирургический метод лечения гидронефроза у детей, технические особенности которого направлены на профилактику нарушений уродинамики в послеоперационном периоде, что подтверждено статистически ($p < 0,001$).

Результаты научно-исследовательской работы Петровой Айсель Фаризовны внедрены и используются в работе отделения урологии и плановой хирургии ГБУЗ ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, в учебном процессе кафедры детской хирургии им. акад. Ю.Ф. Исакова Института материнства и детства ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России для обучения студентов, ординаторов, аспирантов, докторантов.

Содержание диссертации

Работа выполнена в традиционном стиле и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Общий объем диссертации 117 страниц, включая список литературы и сокращений. Работа иллюстрирована 23 рисунками и 17 таблицами.

Введение раскрывает актуальность, цель, задачи, научную новизну, практическую и теоретическую значимость работы.

Обзор литературы посвящен вопросам этиологии, диагностики, лечения рецидива гидронефроза у детей, а также патоморфологическим изменениям при врожденной и повторной обструкции лоханочно-мочеточникового соустья.

Во второй главе приводятся дизайн и материалы исследования, методы обследования детей на до - и послеоперационном этапах, варианты коррекции рецидива гидронефроза, описываются технические особенности проведения гистологического проспективного исследования, а также методы статистического анализа.

Глава «Собственные наблюдения» посвящена сравнительному анализу когорт пациентов с рецидивом и с благоприятным исходом после первичной пиелопластики. Детально описаны данные клинического осмотра и инструментального обследования на дооперационном этапе, проанализированы особенности первичного реконструктивного вмешательства и послеоперационного периода. На основании полученного материала идентифицированы факторы риска и разработана математическая модель для прогнозирования вероятности рецидива гидронефроза на основе интраоперационных предикторов.

В четвертой главе проанализированы особенности клинической картины повторной обструкции ПУС в зависимости от срока манифестации, что подкрепляется данными инструментальной диагностики. На основании полученных данных строится дальнейшая тактика лечения, которая представлена одним- или двухэтапным подходом в зависимости от эффективности предварительного дренирования, сформулирован алгоритм. Далее детально изложены технические аспекты оперативного лечения, подчеркивается корреляция причины рестенозирования ПУС со сроками его манифестации. В заключительной части главы приведен анализ безрецидивной выживаемости, подтверждающий необходимость длительного

динамического контроля после первичной пиелопластики для своевременной диагностики рецидива.

Глава «Патоморфологическое исследование удалённых тканей после пиелопластики» посвящена поиску патоморфологических предикторов рецидива гидронефроза, который строится на проспективном исследовании удаленных тканей ПУС от 40 детей с врождённым гидронефрозом и аутопсийном материале от детей, умерших от интеркуррентных заболеваний. Автор наглядно демонстрирует неэффективность морфометрических и колориметрических показателей для оценки адекватного объема резекции, и приводит гистологические варианты нарушения структуры мышечного слоя в области дистального края резекции, что оказывается единственным достоверным предиктором ранних форм рецидива гидронефроза.

В шестой главе представлено обсуждение полученных результатов и их сопоставление с данными мировой литературы.

Заключение резюмирует проведенное исследование, отражая его основные этапы и полученные результаты. Выводы закономерно вытекают из результатов работы, соответствуя цели и задачам, практические рекомендации логически обоснованы.

Результаты исследования изложены в диссертации и автореферате. По теме диссертации опубликовано 3 оригинальные статьи и 1 систематический обзор в рецензируемых изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией РФ для публикаций результатов диссертационных исследований, а также 3 публикации в сборниках материалов конференций.

В целом диссертация А.Ф. Петровой «Диагностика и лечение рецидива врождённого гидронефроза у детей» выполненная под руководством доктора медицинских наук, профессора С.Л. Коварского, является законченной научно-исследовательской работой. Цели и задачи исследования, сформулированные автором, были достигнуты.

Оформление работы соответствует требованиям, предъявляемым диссертационным исследованиям.

Замечания и вопросы по содержанию и оформлению диссертации

Основная причина рецидива - недостаточная зона резекции, боязнь протяженного дефицита мочеточника и возникающего за счет этого натяжения тканей. Спатуляция мочеточника на протяжении всей диспластичной части, снижает риск рецидива. Дефицит длины мочеточника можно сократить - используя мобилизацию почки вниз, использовать формирование лоскутов лоханки замещающих укороченную длину мочеточника. Щадящая мобилизация мочеточника на протяжении.

Основной не контролируемой и непредсказуемой причиной рецидива – считают склонность больного к рубцеванию, особенно у пациентов раннего возраста 1-4мес. Когда диаметр мочеточника минимальный. Исследования автора по поиску патоморфологических предикторов рецидива гидронефроза помогают в этом направлении. Продленная катетеризация зоны анастомоза, повторное этапное стентирование мочеточника позволяют уменьшить проявления повышенного рубцевания зоны анастомоза.

Еще одной из наиболее частых причин рецидива могут быть погрешности дренирования мочевых путей. JJ внутренние стенты удобны за счет их внутреннего расположения, однако требуют удаления с наркозом, не доступны для промывания, не позволяют оценивать объем и качество выделяемой мочи. Стент-пиелостома напротив позволяет более точно контролировать процесс проходимости анастомоза в послеоперационном периоде. Проверить при поэтапном пережимании трубки на (2-4-8-12-24 часа), с предварительным введением антисептика, проходимость мочи помимо стент-пиелостомы, уточнить сроки удаления дренажа. При болевом синдроме или температуре, расширении по УЗИ лоханки целесообразно увеличить дополнительно на 2-4-6 недель сроки дренирования почки.

Эндопиелотомия как малоинвазивный метод коррекции коротких рецидивных стриктур мочеточника после пиелопластики – хорошо зарекомендовал себя в практике детского отделения НИИ урологии. Стриктуры протяженностью менее 6-8мм разрушаются с помощью гольмиевого лазера с эффективностью 100%. И может считаться альтернативой повторной пиелопластики.

Вопросы:

1. Почему после пиелопластики предпочтение отдавали JJ стенту?
2. Ваше отношение к использованию стент-пиелостомы?

3. Почему при двойном дренировании почки нефростома или пиелостома удалялась на 11-15 сутки после операции и раньше извлечения внутреннего JJ стента? По логике пиелостома должна оставаться дольше и удаляться после извлечения стента при полном восстановлении уродинамики.

4. Ваше отношение к эндопиелотомии при коротких рецидивных стриктурах после пиелопластики?

Принципиальных замечаний по оформлению и содержанию работы нет. Рассуждения по поводу методов дренирования не оказывают влияния на положительную оценку диссертационной работы

Заключение

Таким образом, диссертационная работа Петровой Айсель Фаризовны на тему «Диагностика и лечение рецидива врождённого гидронефроза у детей» является законченной научно-квалификационной работой, выполненной под руководством доктора медицинских наук, профессора Коварского Семёна Львовича, содержащей новое решение актуальной научной задачи - улучшение результатов хирургического лечения детей с врождённым гидронефрозом и его рецидивом, что имеет важное значение для детской хирургии. Выявленные предикторы и методы профилактики рецидива

гидронефроза у детей позволяют снизить количество повторных радикальных вмешательств, а предложенный лечебно-диагностический алгоритм - выбрать адекватный метод лечения послеоперационных нарушений проходимости лоханочно-мочеточникового соустья у детей.

По своей актуальности, новизне, научно-практической значимости диссертационная работа полностью соответствует требованиям п. 9 Положения о порядке присуждения ученых степеней, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации №842 от 24.09.2013г. (с изменениями в редакции Постановлений Правительства Российской Федерации № 335 от 21.04.2016г., №426 от 20.03.2021г., №1539 от 11.09.2021г., №1786 от 26.10.2023), а сам автор Петрова Айсель Фаризовна достоин присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.11. Детская хирургия (медицинские науки).

Официальный оппонент:

Руководитель группы детской урологии
отдела общей и реконструктивной урологии
НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор

Рудин Юрий Эдвартович

Подпись Ю.Э. Рудина «ЗАВЕРЯЮ»

Учёный секретарь НИИ урологии и
интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»

Минздрава России, к.м.н.

«22» октября 2025 г.

Никушина Анна Алексеевна

Контактная информация:

Адрес организации: 105425, г. Москва, ул. 3-я Парковая, д. 51, стр. 1

Тел.: +7 (495) 150-11-22 E-mail: call@niiuro.ru