Облікова картка дисертації

I. Загальні відомості

Державний обліковий номер: 0413U001416

Особливі позначки: відкрита

Дата реєстрації: 18-11-2009

Статус: Захищена

Реквізити наказу МОН / наказу закладу:

II. Відомості про здобувача

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Семанів Олег Мирославович
2. Semaniv Oleg Myroslavovych

Кваліфікація:

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Вид дисертації: кандидат наук

Аспірантура/Докторантура: так

Шифр наукової спеціальності: 14.01.06

Назва наукової спеціальності: Урологія

Галузь / галузі знань: Не застосовується

Освітньо-наукова програма зі спеціальності: Не застосовується

Дата захисту: 26-02-2013

Спеціальність за освітою: 7.110101

Місце роботи здобувача:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

III. Відомості про організацію, де відбувся захист

Шифр спеціалізованої вченої ради (разової спеціалізованої вченої ради): Д 26.615.01

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

IV. Відомості про підприємство, установу, організацію, в якій було виконано дисертацію

Повне найменування юридичної особи: Одеський національний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010801

Місцезнаходження: 65082, м.Одеса, Валіховський провулок, 2

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

V. Відомості про дисертацію

Мова дисертації:

Коди тематичних рубрик: 76.29.43

Тема дисертації:

1. Вибір методів оперативного лікування хворих з пошкодженням та обструкцією тазового відділу сечоводу

2. The choice of methods of operative treatment of patients with the damage and obstruction of ureter's pelvic department.

Реферат/анотація:

1. В дисертації наведене теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної наукової задачі урології - підвищення ефективності лікування хворих з одно- і двобічними пошкодженнями та первинною і вторинною обструкцією тазового відділу сечоводу шляхом раціонального вибору хірургічного втручання та вдосконалення відомих оперативних методів з урахуванням визначених нових патогенетичних факторів, що впливають на розвиток післяопераційних ускладнень.Відновлення в ранні терміни цілісності травмованих під час акушерських або гінекологічних операцій тазового відділу сечоводу шляхом накладання уретероуретероанастомозу або зняття стискуючої лігатури приводило до розвитку післяопераційних ускладнень у 45,5% хворих і є недоцільною. Використання малоінвазивного ендоскопічного втручання, шляхом проведення хворим з пошкодженнями тазового відділу сечоводу відеоуретероскопії дозволило у 31,8% випадків під візуальним контролем розбужувати зону перев'язки (стиснення), встановити внутрішній стент та відновити пасаж сечі, що дозволило уникнути у цих хворих етапного реконструктивно-

відновлювального оперативного лікування.Встановлено, що використання модифікованого способу хірургічного лікування первинної і вторинної обструкції тазового відділу сечоводу у дорослих в стадії уретерогідронефрозу шляхом видалення розширеної нижньої третини сечоводу зі створенням високого уретероцистонеоанастомозу дозволило досягти позитивного результату лікування у 85,7% хворих у порівнянні з 42,9% (фі2=0,20 р<0,01) у пацієнтів з корекцією патологічних змін сечоводу шляхом традиційного способу - його резекції та звуження. Застосування удосконаленого способу хірургічного лікування хворих з двобічною обструкцією тазового відділу сечоводу в стадії двостороннього уретерогідронефрозу шляхом заміни тазового відділу сечоводу петлею здухвинної кишки дозволило досягти позитивного результату лікування у 75,0% хворих. Застосування модифікованого способу vesicopsoas-hitch пластики при розмірах дефекту від 3 до 10 см між дистальним і проксимальним відділами пошкоджених тазового відділу сечоводу дозволило зменшити розвиток сечових нориць і вторинних післяопераційних стенозів та досягти позитивного результату лікування у 94,1% хворих (в групі порівняння 40,8%, фі2=0,20 р<0,01). Для відновлення відтоку сечі із нирки в сечовий міхур при розмірі дефекту між проксимальним і дистальним відділами сечоводу більше 10 см доцільною є аутотрансплантація нирки з виконанням уретероцистоанастомозу.Восстановление в ранние сроки целостности травмированных во время акушерских или гинекологических операций тазовых отделов мочеточников путем наложения уретероуретероанастомоза или снятие лигатуры приводило к развитию послеоперационных осложнений у 45,5% больных и является нецелесообразной. Последнее обусловлено предыдущей операционной травмой, часто, значительной кровопотерей и морфологическими изменениями мочеточников в зонах повреждения. Использование малоинвазивного эндоскопического вмешательства, путем проведения больным с повреждениями тазовых отделов мочеточников видеоуретероскопии позволило в 31,8% случаев под визуальным контролем разбужировать зону перевязки (сдавления), установить внутренний стент и восстановить пассаж мочи, что позволило избежать в этих случаях этапного реконструктивно-восстановительного оперативного лечения.Установлено, что использование модифицированного способа хирургического лечения первичной и вторичной обструкции тазового отдела мочеточников у взрослых в стадии уретерогидронефроза путем удаления расширенной нижней трети мочеточников с созданием высокого уретероцистонеоанастомоза позволило достичь положительного результата лечения в 85,7% больных в сравнении с 42,9% (фи2=0,20 р<0,01) у пациентов с коррекцией патологических изменений мочеточника путем традиционного способа - его резекции и сужение. Применение усовершенствованного способа хирургического лечения больных с двусторонней обструкцией тазовых отделов мочеточников в стадии двустороннего уретерогидронефроза путем замены тазовых отделов мочеточников петлей подвздошной кишки позволило достичь положительного результата лечения у 75,0% больных. Распространение соединительнотканного процесса на 2 - 5 см за границы травмированного во время перевязки или пересечения мочеточника и большие размеры дефекта между рубцово-измененными дистальным и проксимальным отделами мочеточников является причиной развития мочевых свищей и вторичных послеоперационных стенозов при восстановлении проходимости мочеточников традиционными оперативными методами с использованием уретероуретероанастомоза или операции Боари. Применение модифицированного способа vesicopsoas-hitch пластики при размерах дефекта от 3 до 10 см между дистальным и проксимальным отделами поврежденных тазовых отделов мочеточника позволило уменьшить развитие мочевых свищей и вторичных послеоперационных стенозов и достичь положительного результата лечения у 94,1% больных (у группе сравнения 40,8%, фи2=0,20 р<0,01). Для восстановления оттока мочи из почки в мочевой пузырь при размере дефекта между проксимальным и дистальным отделами мочеточника больше 10 см целесообразно выполнять аутотрансплантацию почки с наложением уретероцистоанастомоза.

2. The dissertation is theoretical generalization and new decision of actual scientific task of urology is an increase of efficiency of treatment of patients with one-sided and by bilateral damages and primary and secondary obstruction of pelvic departments of ureters by the rational choice of surgical interference and perfection of the known operative methods taking into account certain new nosotropic factors that influence on development of

postoperative complications.The renewal of integrity of pelvic departments of ureters in the early terms by ureteroureteroanastomosis or removal of squeezing ligature resulted to development of postoperative complications in 45,5% of cases and is inadvisable. This is predefined by a previous operating trauma, often, considerable bleeding and morphological changes of ureters in the zones of damage. The videoendoscopic ureteroscopy allowed to extensive the zone of bandaging(compression) under visual control, to set the internal stent and renew the arcade of urine in 31,8% of patients with the damages of pelvic departments of ureters, that allowed to avoid for these patients of stage reconstructive operative treatment.The use of the modified method of surgical treatment of primary and secondary obstruction of pelvic department of ureters in adults with ureterohydronephrosis by removing of extended lower third of ureters and creation of high ureterocystoanastomosis allowed to attain the positive result of treatment in 85,7% of patients in comparison with 42,9% (?2=0,20 p<0,01) of patients with the correction of pathological changes of ureter by the traditional methods - its resection and narrowing. Application of the improved method of surgical treatment of patients with the bilateral obstruction of pelvic departments of ureters in the stage of bilateral ureterohydronephrosis by the replacement of pelvic departments of ureters by the loop of ileac bowel allowed to attain the positive result of treatment in 75,0% of cases. Distribution of sclerotic process to 2 - 5 cm outside of trauma's location of ureter and largenesses of defect between the cicatrical-changed distal and proximal departments of ureters are reason of development of urinary fistula and secondary postoperative stenosis at the correction in communicating of ureters by traditional operative methods - by ureteroureteroanastomosis or operation by Boari. Application of the modified method of vesicopsoas - hitch at the sizes of defect a from 3 to 10 cm between the distal and proximal departments of the damaged pelvic departments of ureters allowed to decrease development of urinary fistula and secondary postoperative stenosis and to attain the positive result of treatment in 94,1% of patients (in comparison group 40,8%, ?2=0,20 p<0,01). Autotransplantation of kidney with implementation of ureterocystoanastomosis is expedient for restoring of urine flow at the size of defect between the proximal and distal departments of ureters more than 10 cm

Державний реєстраційний номер ДіР:

Пріоритетний напрям розвитку науки і техніки:

Стратегічний пріоритетний напрям інноваційної діяльності:

Підсумки дослідження:

Публікації:

Наукова (науково-технічна) продукція:

Соціально-економічна спрямованість:

Охоронні документи на ОПІВ:

Впровадження результатів дисертації:

Зв'язок з науковими темами:

VI. Відомості про наукового керівника/керівників (консультанта)

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Ухаль Михайло Іванович

2. Ukhal Mykhajlo Ivanovych

Кваліфікація: д.мед.н., 14.01.06

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

VII. Відомості про офіційних опонентів та рецензентів

Офіційні опоненти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Саричев Леонід Петрович
2. Саричев Леонід Петрович

Кваліфікація: д.мед.н., 14.01.06

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Григоренко В'ячеслав Миколайович
2. Григоренко В'ячеслав Миколайович

Кваліфікація: д.мед.н., 14.01.06

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Рецензенти

VIII. Заключні відомості

Власне Прізвище Ім'я По-батькові голови ради Сеймівський Данило Антонович

Власне Прізвище Ім'я По-батькові головуючого на засіданні Сеймівський Данило Антонович

Відповідальний за підготовку облікових документів

Реєстратор

Керівник відділу УкрІНТЕІ, що є відповідальним за реєстрацію наукової діяльності Юрченко Т.А.

