

На правах рукописи

КОСАРЕВ ЕВГЕНИЙ ИГОРЕВИЧ

**ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕТОЧНИКОВ**

14.01.17 – хирургия

14.01.23 – урология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва

2020

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медико-хирургический Центр имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

СТОЙКО
Юрий Михайлович

доктор медицинских наук, доцент

ХАНАЛИЕВ
Бениамин Висампашаевич

Официальные оппоненты:

ВОЙНОВСКИЙ Александр Евгеньевич, доктор медицинских наук, доцент, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), профессор кафедры госпитальной хирургии;

КОСТЮК Игорь Петрович, доктор медицинских наук, доцент, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, доцент кафедры военно-морской хирургии.

Ведущая организация: Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации (143420, Московская область, городской округ Красногорск, п. Новый, 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского, д.1)

Защита диссертации состоится «25» сентября 2020 года в 12.00 часов на заседании объединенного диссертационного совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук Д 999.052.02 на базе ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России и ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского» (105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д.70).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ИУВ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 65) и на сайте www.pirogov-center.ru.

Автореферат разослан «_____» _____ 2020 года.

Ученый секретарь объединенного диссертационного совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук Д 999.052.02 доктор медицинских наук, профессор

Сергей Анатольевич
Матвеев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы данного исследования обусловлена важностью проблемы повреждения мочеточников, встречающиеся при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза и в настоящее время остается одной из сложных проблем в современной урологии. Эти повреждения могут наблюдаться практически при всех видах хирургических вмешательств в проекции мочевых путей.

Несмотря на усовершенствование методов диагностики и профилактики таких повреждений, количество пациентов с данной патологией неуклонно остается на неснижаемом уровне. Это связано, в первую очередь, с расширением показаний к различным радикальным вмешательствам на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, а также с осложнениями, встречающимися при комбинированных и эндоурологических операциях.

Кроме того, следует отметить широкое внедрение и распространение инструментальных методов исследований, при которых могут возникать повреждения мочеточников, что также делает актуальной данную проблему.

Повреждения мочеточников сопровождаются высокой частотой инвалидизации со снижением трудоспособности и качества жизни этих больных. Острота проблемы состоит и в том, что наблюдаемые повреждения мочеточников часто диагностируются несвоевременно, что ведет к росту осложнений и может ухудшить прогноз лечения (Зубань О.Н., Комяков Б.К., Нестеров С.Н.)

На сегодняшний день данная проблема важна и потому, что повреждения мочеточников в акушерско-гинекологической практике, например, наблюдаются преимущественно в трудоспособном и детородном возрасте и причиняют тяжелые моральные и физические страдания больным.

Следует отметить, что повреждения мочеточников могут проходить латентно, без каких-либо клинических проявлений, что в конечном итоге

ведет к необратимым органическим и функциональным изменениям мочевых путей, это подчеркивает необходимость дальнейшего изучения таких осложнений.

Для хирурга чрезвычайно важен вопрос не только обоснования операции при конкретном виде повреждения мочеточника, но и выбор оптимального доступа к поврежденному участку мочеточника. До настоящего времени остается много вопросов относительно определения показаний и противопоказаний к тем или иным реконструктивно-восстановительным операциям на мочеточниках (Лопаткин Н.А., Лоран О.Б., Очеленко В.А.). В связи с этим продолжаются дискуссии по поводу выбора оптимального пластического материала.

Таким образом, отсутствие единого мнения в выборе хирургической тактики лечения повреждений мочеточников, а также разногласия в вопросе оценки эффективности тех или иных видов операций и результатов этих операций, делают эту проблему актуальной и требуют совершенствовать уже известные и изыскивать более усовершенствованные методы лечения этой категории больных.

Цель исследования

Целью исследования являлось улучшение результатов оперативного лечения пациентов с повреждением мочеточников на основе выбора оптимальной хирургической тактики.

Задачи исследования

1. Изучить причины и частоту повреждений мочеточников при проведении операций на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза.

2. Определить показания к различным вариантам операций при повреждениях мочеточников с учетом анатомической зоны повреждения.

3. Провести анализ функциональных результатов реконструктивно-восстановительных операций с оценкой их клинической эффективности.
4. Провести сравнительную оценку результатов и влияние на показатели уродинамики нижних мочевых путей после реконструктивно-восстановительных операций на мочеточниках.
5. Оценить качество жизни после реконструктивных хирургических вмешательствах на мочеточниках с помощью кишечного васкуляризованного сегмента.

Научная новизна

В работе представлены причины, частота и наиболее часто встречающиеся локализации и виды повреждений мочеточников, возникающих во время и после операций на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Клинический материал позволяет обосновать адекватный выбор хирургического лечения больных с повреждениями мочеточников. Дана оценка эффективности реконструктивных операций. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения, а также осложнения, возникающие при различных вариантах этих операций, в частности заместительных пластик мочеточников, в том числе кишечными сегментами. Проведена сравнительная характеристика результатов заместительной пластики тазовых отделов мочеточников собственными тканями и кишечным сегментом и изучено влияние данных вмешательств на показатели уродинамики.

Особое место отведено изучению качества жизни пациентов перенесших операции при повреждении мочеточников. Разработан алгоритм оптимальной диагностики и лечения пациентов с повреждением мочеточников. Это позволит ускорить выявление повреждений мочеточников, уменьшить количество осложнений и улучшить качество жизни пациентов после проведенного хирургического лечения.

Практическая значимость

1. Разработан алгоритм диагностических исследований у больных с повреждениями мочеточников.
2. Обоснованы показания к различным реконструктивно-восстановительным вариантам операций при повреждении мочеточников.
3. Даны рекомендации по выбору наиболее оптимальных методов хирургического лечения, оперативного подхода в зависимости от локализации и протяженности дефектов мочеточников.
4. Изучены осложнения при повреждении мочеточников.
5. Изучено качество жизни пациентов, перенесших операции по поводу повреждений мочеточников.
6. Обозначены причины возникновения нарушений уродинамики нижних мочевыводящих путей после реконструктивно-восстановительных операций на тазовых отделах мочеточников.
7. Разработан комплекс мероприятий по предупреждению ранних и отдаленных осложнений после операций на поврежденных мочеточниках.
8. Обоснована необходимость диспансерного наблюдения за больными перенесшими реконструктивно-восстановительные операции на мочеточниках.
9. Показана эффективность малоинвазивных операций на поврежденных мочеточниках.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Современные представления об интра- и послеоперационных повреждениях мочеточников, встречающихся при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза.

2. Выбор оптимального оперативного лечения больных с повреждениями мочеточников напрямую зависит от локализации повреждения, обширности дефекта и от анатомо-функционального состояния почек и других мочевых путей.

3. Хирургическая тактика определяется локализацией повреждения и его протяженностью. Предпочтительным и универсальным материалом для реконструкции любого дефекта мочеточника является изолированный сегмент подвздошной кишки.

4. Уретероцистоанастомоз в различных модификациях является операцией выбора при повреждениях тазового отдела мочеточников.

5. Эффективность реконструктивно-восстановительных операций на мочеточниках оценивается по наличию или отсутствию ранних или отдаленных осложнений, а также функциональному состоянию мочевыводящих путей и почек.

6. При реконструктивно-восстановительных операциях на мочеточниках могут возникать ранние и отдаленные осложнения. Наиболее часто встречающиеся ранние послеоперационные осложнения – это несостоятельность анастомозов и острая кишечная непроходимость. Наиболее часто встречающиеся отдаленные осложнения – это стриктуры и облитерации мочеточниково-кишечных анастомозов и свищи.

Внедрение результатов работы в практику

Материалы исследования включены в учебную программу кафедры хирургических инфекций, кафедры хирургии с курсами травматологии, ортопедии и хирургической эндокринологии, кафедры урологии и нефрологии Института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Публикации

По теме диссертации опубликованы 5 научных печатных работ, в том числе 4 – в рецензируемых изданиях.

Апробация работы

Основные положения и результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на IV Научно-практической конференции урологов Северо-Западного федерального округа РФ – Санкт-Петербург, 2018 г., Евразийском Конгрессе урологов с международным участием – Уфа, 2019 г., Конкурсе молодых ученых Пироговского Центра в 2019 году.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 143 страницах, состоит из введения, обзора литературы, 6 глав собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 34 таблицами и 7 рисунками. Библиографический указатель включает 222 источников, из них 161 отечественных и 61 иностранных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика клинических наблюдений и методы обследования

Для достижения цели и выполнения задач в собственное клиническое одноцентровое ретроспективное исследование было включено 98 пациентов. Для изучения результатов лечения повреждений мочеточников была использована первичная документация пациентов, которые были комплексно обследованы, оперированы и затем наблюдались в НМХЦ им. Н.И. Пирогова с 2008 по 2019 годы. Диагностика и оценка состояния пациентов в послеоперационном периоде проводились с помощью физикальных, инструментальных и лабораторных методов. Возраст пациентов варьировал от 21 до 78 и в среднем составлял 49,5 лет. Среди всех исследуемых мужчин было - 35 (35,8 %), женщин - 63 (64,2 %).

Все 98 пациентов были разделены на группы. Первую группу составили 76 (77,5%) пациентов, которым проводилась реконструкция мочеточников собственными тканями мочевой системы. По восстановлению целостности мочеточников выполнялись следующие оперативные вмешательства: уретероуретероанастомоз, трансуретероуретероанастомоз, не прямой уретероцистоанастомоз в различных модификациях (операции Боари, Демеля в сочетании с psoas-hitch).

Вторую группу составили 22 (22,5%) пациента, которым была проведена реконструкция мочевых путей с использованием кишечных сегментов. Им пациента были выполнены следующие операции: изолированная пластика мочеточников, илеоуретероцистопластика.

Методы статистической обработки данных

С целью выявления значимых анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных признаков, оказывающих возможное влияние на исследуемые группы, была разработана и в процессе исследования оптимизирована карта обследования больных, представляющая собой формализованную историю болезни, которая отражала все этапы развития заболевания, методы консервативного и оперативного лечения, данные результатов обследования и другие существенные параметры.

Анализ эмпирических данных диссертационного исследования, их систематизация проводились с использованием метода статистической проверки гипотез. Достоверность отличия средних значений оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента. Полученный критерий необходимо правильно интерпретировать, для этого рассчитывали число степеней свободы. Во всех случаях различия считали достоверными при $p < 0,05$. Расчеты проводились на персональном компьютере с применением программ StatSoft Statistica v.6.0. С целью выявления значимых анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных признаков, оказывающих влияние на исход оперативного лечения, была разработана и в процессе исследования оптимизирована карта обследования пациентов, представляющая собой формализованную историю болезни, которая отражала все этапы развития заболевания, методы консервативного и оперативного лечения, данные результатов обследования и другие существенные параметры. После подготовки данных, включающих в себя поиск и исправление ошибок, он импортировался в пакет StatSoft Statistica, и далее обрабатывался в соответствии с поставленной задачей. Графическое представление полученных результатов выполнялось с использованием пакетов StatSoft Statistica v.6.0, Microsoft PowerPoint 2013, Microsoft Excel 2013, Paint.

Результаты исследования

Реконструктивно-восстановительные операции на мочеточниках посредством замещения собственными тканями мочевой системы в урологическом отделении НМХЦ им. Н.И.Пирогова были выполнены 76 (77,5%) пациентам из 98 наблюдаемых. Им были выполнены следующие оперативные вмешательства: (уретероуретероанастомоз – 32, трансуретероуретероанастомоз – 2, операции Боари – 34, Демеля в сочетании с psoas-hitch – 8). Среди них у 28 (36,8%) не прямой УЦА производили чрезбрюшинным, а у 48 (63,1%) – забрюшинным доступом. В 8 (10,5%) случаях операции осуществлены лапароскопическим доступом.

Среди 76 пациентов, которым были выполнены реконструктивно-восстановительные операции собственными тканями мочевой системы, послеоперационные осложнения наблюдались у 10 (13,2%) и чаще они развивались на отдаленных сроках.

В таблице 1, представлены данные о ранних послеоперационных осложнениях в группе пациентов, перенесших не прямой УЦА. Таким образом, ранние послеоперационные осложнения после не прямого УЦА возникли у 3 (3,9%) пациентов, что потребовало проведения повторного вмешательства: обструкция анастомоза наблюдалось у 3 (3,9%) пациентов. Путем трансуретральной эндоуретеротомии со стентированием, удалось достичь проходимость ВМП. Результаты операций были успешными.

Таблица 1 – Ранние осложнения после не прямого УЦА (n=76)

Вид осложнения	Количество пациентов		Способ коррекции
	абс.	%	
Обструкция уретероцистанастомоза	3	3,9	Трансуретральная эндоуретеротомия, стентирование (3)

В отдаленном послеоперационном периоде осложнения развились у 7 (9,2%) пациентов. Сведения о них приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Отдаленные осложнения после непрямого УЦА (n=76)

Вид осложнения	Количество пациентов		Способ коррекции
	абс.	%	
Стриктура мочеточника	2	2,6	Трансуретральная эндоуретеротомия, стентирование (2)
Нейрогенные нарушения МП	3	3,2	Консервативная терапия (3) (холинолитики)
ПМР	2	2,6	Консервативная терапия (2) (режим мочеиспусканий, фитотерапия, антибактериальная терапия)

Из таблицы видно, что среди отдаленных осложнений непрямого УЦА стриктура мочеточника наблюдалась у 2 пациентов (2,6%), они были повторно оперированы. Во всех случаях проходимость УЦА удалось успешно восстановить с помощью трансуретральной эндоуретеротомии с последующей установкой стента. Отдельного упоминания заслуживает высокая частота развития нейрогенной дисфункции МП. Это подтверждает наше мнение, что чрезмерное выделение стенки МП с формированием большого лоскута из стенки детрузора приводят к развитию его дисфункции вследствие его травмы, реконфигурации, частичной деваскуляризации и денервации. Наносимая при этом МП травма приводит к нарушению его функции и ухудшению уродинамических показателей. Для их оценки был проведен сравнительный анализ уродинамики НМП у пациентов после различных реконструктивно-восстановительных операций на тазовом отделе мочеточника.

Реконструктивно-восстановительные операции на мочеточниках посредством замещения кишечным сегментом в урологическом отделении НМХЦ им. Н.И.Пирогова были выполнены 22 (22,5%) пациентам из 98 наблюдаемых.

Таблица 3 – Распределение пациентов перенесших реконструкцию кишечным сегментом

Виды операции	Количество пациентов	%
Реконструкция мочеточника сегментом подвздошной кишки	22	100
Односторонняя пластика мочеточников	21	95,4
в том числе односторонняя пластика левого мочеточника	18	81,8
односторонняя пластика правого мочеточника	3	13,6
Двухсторонняя пластика поврежденных мочеточников	1	4,5

Пациентам, перенесшим реконструктивные операции мочеточников кишечным сегментом, проводилось комплексное обследование через 3, 6 и 12 месяцев после операции для оценки качества хирургического вмешательства.

В послеоперационном периоде в течение 12 месяцев нами наблюдались осложнения, представленные в таблице 4.

Таблица 4 - Осложнения после пластики мочеточников кишечным сегментом

Осложнения	Абсолютное количество	%
Острый пиелонефрит	3	9,38
Стриктура уретероилеоцистанастомоза	1	3,13
Всего осложнений	4	12,5

Острый пиелонефрит наблюдался у 3 (9,38%) пациентов. Оперативного вмешательства данные случаи не потребовали, проводилась консервативная комплексная терапия.

У одного пациента (3,13%) в позднем послеоперационном периоде развилась стриктура уретероилеоцистанастомоза, выполнено антеградное бужирование стриктуры анастомоза, проходимость ВМП восстановлена.

Осложнения, наблюдаемые после заместительной кишечной пластики мочеточников, не представляли опасность для жизни больных и были разрешены консервативными и плановыми оперативными мероприятиями.

Через год после оперативного вмешательства пациентам был выполнен комплекс диагностических исследований, по результатам которых были сделаны выводы как по объективным показателям качества проведенной операции, так и по субъективным оценкам пациентов своего состояния.

Все пациенты подвергались комплексному уродинамическому исследованию, как до так и после оперативного лечения. После оперативного лечения больные обследовались через 14 суток, 3, 6 и 12 месяцев. Пациентам проводилась микционная и ретроградная цистометрия, урофлоуметрия. Уродинамические показатели оперируемых пациентов сравнивались с нормальными показателями здоровых людей. Таким образом, в обследование входила оценка следующих показателей: объем резидуальной мочи, длина уретры, продолжительность мочеиспускания, цистометрический объем (мл), максимальное внутриуретральное давление (см вод. ст.), микционное давление (см вод. ст.), объем жидкости, введенной в мочевой пузырь до появления первого позыва, представленные в таблице 5.

Уродинамические показатели	Виды операций и результаты уродинамики		р-критерий
	Непрямой УЦА	Уретероилеоцистоанастомоз	
Мах объемная скорость потока, мл/с			
Мужчины	24,6 ± 3,5*	27,4 ± 2,1*	0,342
Женщины	28,7 ± 1,2*	27,8 ± 2,3*	0,176
Объем остаточной мочи, мл	23,4 ± 9,4*	14,2 ± 7,5*	0,385
Объем первого позыва, мл	172,6 ± 11,8*	175,3 ± 7,4*	0,097
Мах цистометрический объем, мл	478 ± 29,3*	486 ± 27,3*	0,1
Мах внутриуретральное давление, см вод.ст.	77,4 ± 7,4*	81,1 ± 7,8*	0,173
Микционное давление, см вод.ст.	35,3 ± 2,8*	35,5 ± 4,2*	0,02
Давление первого позывы, см вод. ст.	2,0 ± 1,5*	1,7 ± 1,3*	0,076
Давление при максимальной емкости	17,2 ± 2,4*	16,3 ± 4,3*	0,0092

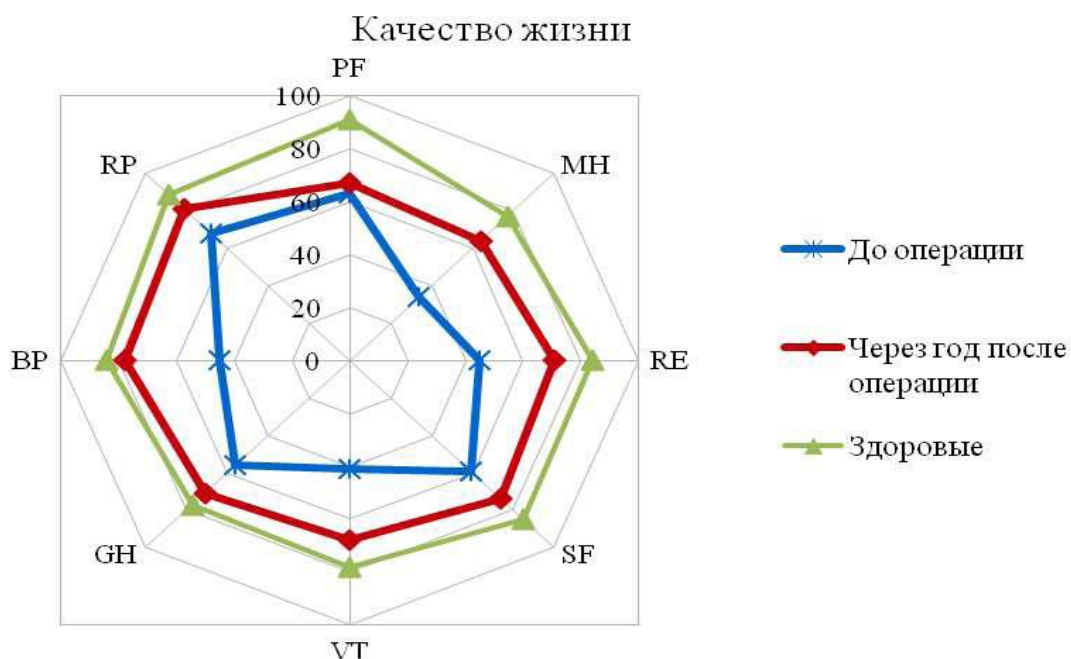
Из таблицы 5 видно, что показатели уродинамики исследуемых пациентов практически одинаковы, и их изменения статистически незначительны ($p > 0,05$). В основном показатели уродинамики в пределах нормальных значений.

После проведенных операций, можно сделать вывод, что у наблюдаемых пациентов, перенесших реконструктивные операции на тазовых отделах мочеточников, уродинамические нарушения нижних мочевых путей выявлялись в 35 %, то есть сравнительно часто. Уродинамические нарушения и их выраженность напрямую зависят от величины травмы мочевого пузыря, нанесенной ему вследствие операций. Атония и гипотония мочевого пузыря наблюдалась реже, чем гиперактивность.

У пациентов, перенесших непрямой УЦА, нарушения уродинамики встречались в 52 % случаев, у пациентов перенесших изоперистальтические пластики кишечными сегментами, нарушения уродинамики встречались реже, чем у вышеказанных пациентов и составляли 3 %.

Вывод: анализируя уродинамику НМП у пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству на нижних отделах мочеточников, нарушения уродинамики возникают в результате нарушений иннервации мочевого пузыря, а при операциях по методике Боари и Демеля – в результате деформации мочевого пузыря. При изоперистальтическом уретероилеоцистоанастомозе уродинамических нарушений практически не отмечается, и функция мочевого пузыря остается хорошей.

Качество жизни пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные операции мочеточников кишечным сегментом оценивалось посредством анкетирования в соответствии с неспецифическим опросником SF-36 через 12 месяцев после операции. Проводилось сравнение качества жизни наблюдаемых пациентов с группой здоровых людей. При этом оценивалось физическое и психологическое состояние здоровья пациентов через 12 месяцев после операции.



Можно сделать вывод о высокой эффективности кишечной пластики мочеточников и указывают на возможность широкого использования данной методики у пациентов с протяженными поражениями мочеточников. Малое количество осложнений, обусловленных адекватным функционированием и использования антирефлюксной методики неуретероцистоанастомоза позволяют надеяться на дальнейшее развитие данного вида реконструкции. Таким образом, результаты комплексного исследования качества жизни свидетельствует о эффективности хирургических вмешательств на мочеточниках.

ВЫВОДЫ

1. Повреждения мочеточников при акушерско-гинекологических операциях на органах малого таза составили - 46,9%, хирургических операциях - 27,5%.
2. Выбор реконструктивно-восстановительных операций на мочеточниках зависит от локализации и протяженности повреждения. Неизменные собственные ткани мочевых путей использовали при повреждении мочеточников до 3 см в поясничном и до 12 см в тазовом отделе. При более протяженных повреждениях выполнялось замещение кишечным сегментом.
3. Реконструкция мочеточников неизменными тканями являются методом выбора при протяженных повреждениях тазового отдела мочеточника. Хорошие функциональные результаты после реконструкции мочеточников в отдаленных сроках получены у 89,1% больных. С увеличением длины повреждения, отмечается значимое нарушение уродинамики нижних мочевых путей в сравнении с операцией Боари (31,1%), более выражено при таких модификациях уретероцистанастомоза, как операция Демеля (81,5%), особенно в сочетании ее с операцией psoas-hitch (86,9%) ($p < 0,05$).
4. Нарушения уродинамики нижних мочевых путей после реконструктивно-пластических операций на тазовых отделах мочеточников выявлены у 35,0% оперированных больных. Нейрогенные нарушения диагностированы у 3 (3,9%). Уродинамические показатели после изоперистальтических пластик существенно не изменялись ($p > 0,05$).
5. Качество жизни пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные операции с использованием кишечного сегмента на мочеточниках, в позднем послеоперационном периоде практически соответствует качеству жизни здоровых людей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При проведении кишечной реконструкции поврежденных мочеточников материалом выбора в качестве трансплантата используется сегмент васкуляризированной подвздошной кишки.
2. При выполнении уретеропластики у пациентов с повреждением мочеточника кишечный сегмент целесообразно располагать внутрибрюшинно в изоперистальтическом положении для комфортных условий мочеточника и адекватной уродинамики.
3. У пациентов с массивным рубцово-спаечным процессом в брюшной полости после ранее перенесенных хирургических вмешательств, при выполнении непрямого уретероцистоанастомоза предпочтительно выполнять чрезбрюшинный доступ.
4. При двусторонних и тотальных повреждениях мочеточников показана изоперистальтическая реконструкция кишечным сегментом.
5. Сегменты толстой кишки, в качестве трансплантата для мочеточника могут рассматриваться, как резервный пластический материал.
6. Качество жизни пациентов перенесших реконструктивно-восстановительные операции на мочеточниках определяется их функциональной и социальной реабилитацией.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

А. Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ:

1. Косарев Е.И. Васкуляризированные кожные лоскуты при пластике гипоспадий, протяженных стриктур и облитераций уретры у мужчин / Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Косарев Е.И. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2018. №3 – С. 50-54.
2. Косарев Е.И. Реконструктивно-пластические операции при нарушении проходимости мочевыводящих путей / Стойко Ю.М., Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Косарев Е.И. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2019. №1 – С. 120-124.
3. Косарев Е.И. Динамика качества жизни пациента после лапароскопической простатэктомии с развившимся мочевым перитонитом на фоне несостоятельности цистуретероанастомоза / Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Косарев Е.И. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2019. №1 – С. 147-149.
4. Косарев Е.И. Пластика мочеточника кишечным сегментом у пациентки с многократными курсами лучевой терапии по поводу рака шейки матки / Нестеров С.Н., Стойко Ю.М., Ханалиев Б.В., Косарев Е.И. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2020. №1 – С. 137-139.

Б. Публикации в прочих изданиях:

5. Косарев Е.И. Результаты хирургического лечения при повреждениях мочеточников во время оперативных вмешательств / Стойко Ю.М., Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Косарев Е.И. // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2019. №5 – С. 371-374.