

**ОТЗЫВ на автореферат  
диссертации Изосимова А.Н. "Улучшение  
результатов диагностики и хирургического лечения  
острой кишечной непроходимости у детей",  
представленную на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук  
по специальности 14.01.19. – детская хирургия.**

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость относится к наиболее трудным для диагностики заболеваниям, характеризуется тяжелым клиническим течением и имеет самую высокую летальность среди больных, оперированных по поводу острой патологии живота.

Наиболее часто спаечная кишечная непроходимость возникает после операции по поводу острого аппендицита (около 80 %).

Особенностью острой кишечной непроходимости является фактор времени, во многом определяющий исход болезни. Только ранняя диагностика и своевременная операция обеспечивают благоприятный исход заболевания.

Кишечная инвагинация, как самый частый вид острой кишечной непроходимости, имеет особое значение, так как чаще всего встречается у детей до года и характеризуется трудностью диагностики и тяжестью течения.

Все эти проблемы требуют новых подходов к диагностике и поиск новых решений в хирургической и консервативной тактике у детей с этой опасной абдоминальной патологией. Раннее восстановление функций желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде является важным фактором скорейшего выздоровления пациента и уменьшает риск развития спаечного процесса в брюшной полости.

На основании экспериментального и клинического исследований автором предложены способы пункционной и дренажной декомпрессии кишечника, имеющие ряд преимуществ перед известными методами.

Методы электростимуляции кишечника способствуют более раннему восстановлению перистальтики в послеоперационном периоде.

Способ определения жизнеспособности кишки позволяет достоверно определять границы резекции сегмента кишки и максимально сохранить жизнеспособный участок.

Разработан новый автоматизированный способ электронной диагностики инвагинации кишечника - «АЭСДИ-ОМП», который позволяет сократить время диагностики и консервативного расправления инвагинации с  $65 \pm 4,1$  минут до  $4,1 \pm 1,2$  минут и исключить лучевую нагрузку на пациента и персонал. На основе способа предложен алгоритм диагностической и лечебной тактики при кишечной инвагинации.

На основе выполненного исследования автором делается вывод, что анестезиологическое обеспечение максимально адаптированное к оперативному вмешательству, выполняемому лапароскопически, способствует более быстрому восстановлению функций организма ребенка в послеоперационном периоде, а энтеральное питание, с использованием специализированных смесей в ранние сроки после операции приводит к благоприятному течению послеоперационного периода и уменьшению объема трансфузионной нагрузки.

Автором обоснована необходимость применения эффективных методов профилактики спаечной болезни брюшины и стимуляции моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта. Разработаны и внедрены в клиническую практику оригинальные методы и не стандартные подходы к решению накопившихся проблем, которые позволили значительно повысить качество диагностики и лечения детей с острой кишечной непроходимостью.

Материалы исследования, представленные в работе, используются как в практическом здравоохранении, так и в процессе обучения студентов, интернов, клинических ординаторов и курсантов.



