«УТВЕРЖДАЮ»

и.о. Ректора федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
д.м.н., профессор А.Г. Сонис

«06» ноября 2025г.

ОТЗЫВ ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

о научно-практической значимости диссертационной работы Голикова Дениса Евгеньевича на тему: «Оптимизация диагностики и лечения илеоцекальной инвагинации у детей», представленной к официальной защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 3.1.11. Детская хирургия.

Актуальность

Кишечная инвагинация занимает одно из ведущих мест среди острой абдоминальной патологии у детей. Основным методом консервативного лечения илеоцекальной инвагинации (ИЦИ) в Российской Федерации остаётся пневмостатическая дезинвагинация под рентгенологическим контролем (пневмоирригоскопия) с ограничением применения методики по возрасту (дети младше года) и сроку заболевания (до 12 часов). Однако мировая практика и публикации последних лет в отечественной печати указывают на изменение возрастных характеристик и клинической картины заболевания, а также на возможность отказа от применения рентгенографии в

пользу УЗИ и снятия возрастных и временных ограничений для консервативного лечения.

Таким образом, научное обоснование безопасного (без лучевой нагрузки) и эффективного лечебно-диагностического алгоритма с учётом современных медико-эпидемиологических характеристик заболевания является крайне актуальной задачей для детской хирургии и педиатрии.

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

Научный интерес представляют полученные автором данные об изменении медико-эпидемиологических характеристик заболевания, что позволило обосновать эффективный ЛДА, адаптированный к современным характеристикам заболевания с учетом новых медицинских технологий.

Таким образом, автором доказаны следующие положения:

1. Основной причиной илеоцекальной кишечной инвагинации в настоящее время является мезентериальный лимфаденит у детей раннего возраста.

На современном этапе введение прикорма у детей грудного возраста не играет роли ведущего провоцирующего фактора при илеоцекальной инвагинации, по-видимому, за счет достижений современной нутрициологии. Однако возросла сенсибилизация детского организма к различным патогенам, в том числе, вирусам. Нормальные защитные механизмы детского организма в виде реакции лимфоидной ткани, в том числе мезентериальной, на любой воспалительный процесс у детей раннего возраста носят гиперергический характер, что в свою очередь, приводит к выраженной дискоординации моторики кишечника. Ведущая роль неспецифического мезаденита, как основного риск-фактора заболевания, статистически обоснована автором на основе частотного анализа с построением кластерной диаграммы.

2. Основными причинами рецидивов ИЦИ являются анатомическая причина (29,4%) и терминальный илеит (70,6%).

Определение основных причин рецидивов заболевания позволило автору обосновать необходимость инвазивной диагностики (лапароскопия, колоноскопия) для их верификации и возможного оперативного лечения, и отказ от консервативного лечения в ЛДА при рецидиве заболевания.

3. Частота анатомических причин, как фактора, провоцирующего кишечное внедрение, не имеет различий у детей грудного возраста и у детей старше года, 10,0% и 6,9% соответственно (p=0,565).

Отсутствие различий в частоте фактора, являющегося определяющим в стратегии лечения заболевания, позволило автору обосновать возможность консервативного лечения при неосложненной ИЦИ у детей старше года и кардинально изменить существующий ЛДА. Автором также показано увеличение сроков заболевания без развития осложнений, что позволило отказаться от второго ограничивающего консервативное лечение фактора – срок заболевания более 12 часов.

4. Гидроэхоколоноскопия (ГЭК) без возрастных и временных ограничений эффективна и безопасна как методика консервативного лечения при неосложненной ИЦИ.

В целом, эффективность ГЭК с учётом ранних рецидивов составила 84,4% (без учёта ранних рецидивов - 95,0%) без статистической разницы в группах, стратифицированных по возрасту (95,4% и 93,3%; p=0,216) и длительности заболевания (98,1% и 93,5%; p=0,204).

5. Основными показаниями к хирургическому лечению при неосложненной ИЦИ на современном этапе являются неэффективность ГЭК (3 попытки) и рецидив заболевания.

Хирургическое лечение составило 15,6%: при неэффективности ГЭК – 5,0%, по поводу раннего рецидива после ГЭК -10,6%. Во всех наблюдениях хирургическое лечение начинали с лапароскопии. Лапароскопия оказалась эффективна в 10,6%, в том числе в 5,6% наблюдений была выполнена колоноскопия (при отсутствии интраабдоминальных анатомических причин при рецидиве). Лапаротомия составила 5,0%, причём резекция кишки с

наложение анастомоза была выполнена в 3,75% наблюдение, выведения кишечных стом не потребовалось.

6. Колоноскопия является эффективным и безопасным методов для диагностики и оперативного лечения внутрипросветных анатомических причин, провоцирующих кишечное внедрение, и морфологической верификации путем каскадной биопсии терминального илеита при рецидиве заболевания.

Включение колоноскопии в ЛДА при рецидиве заболевания позволяет не только устранить внутрипроосветные анатомические причины путем применения малоинвазивных хирургических технологий, но и своевременно диагностировать ВЗК и неопластические процессы (например: лимфома Беркитта).

7. На основании полученных данных был разработан и внедрен в практику пошаговый алгоритм диагностики и лечения илеоцекальной инвагинации у детей, лишённый лучевой нагрузки на основе консервативного лечения (84,4%) без возрастных и временных ограничений с пошаговым применением малоинвазивного хирургического лечения (лапароскопии и колоноскопии).

Значимость полученных результатов для дальнейшего развития отрасли

Разработанный и внедренный лечебно-диагностический алгоритм на основе ультразвуковой диагностики с ЦДК и гидростатического расправления инвагината под контролем ультразвукового исследования с поэтапным применением малоинвазивного хирургического лечения в виде лапароскопии, колоноскопии позволяет минимизировать хирургическую агрессию, обеспечить профилактику рецидивов заболевания и своевременно диагностировать неопластические процессы, провоцирующие кишечное внедрение.

Достоверность полученных результатов

В исследовании были изучены данные 200 пациентов с илеоцекальной инвагинацией, что вполне достаточно для получения достоверных

результатов. Работа выполнено в дизайне одноцентрового сплошного интервенционного ретроспективно-проспективного исследования. Следует отметить высокий методический уровень и многозадачность в исследовании проблемы. Работа представлена 3 основными этапами, в которых последовательно с целью обоснования ЛДА выполнено несколько самостоятельных клинических исследований. Для оценки медико-эпидемиологических, клинико-лабораторных и эхографических характеристик заболевания проведено ретроспективно-проспективное аналитическое исследование. При оценки основных причин возникновения ИЦИ проведен частотный анализ и построена кластерная диаграмма связей. Для оценки эффективности ГЭК без возрастных и временных ограничений выполнены два сравнительных клинических исследования со стратификацией групп по возрасту (группа 1 - дети до года; группа 2 – дети старше 1 года) и сроку заболевания (группа 1 – анамнез заболевания до 12 часов; группа 2 – анамнез заболевания более 12 часов). Для оценки причин неэффективности ГЭК выполнен логистический регрессионный анализ с построением ROC-кривой. Для разработки лечебно-диагностического алгоритма на современном этапе проведен детальный анализ обоснованности показаний (анатомическая причина, некроз инвагината) во всех случаях хирургического лечения. Для оценки эффективности и безопасности предложенного ЛДА без временных и возрастных ограничений выполнено проспективное клиническое исследование с ретроспективным контролем (с традиционным ЛДА с учетом возрастными и временных ограничений) в котором оценивали методы хирургического лечения и их обоснованность.

В работе использованы современные методы статистического анализа. Описание количественных показателей выполняли с расчетом среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (Sd), качественных – с указанием абсолютных значений и процентных долей. Межгрупповые сравнения выполнены с использованием критерия $\chi 2$ и t- критерия

Стьюдента. Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Таким образом, полученные результаты являются научно обоснованными и отвечают правилам доказательной медицины.

Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертационной работы

Работа выполнена в ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии - Клиника доктора Рошаля» ДЗМ, набор пациентов проходил на базе отделения гнойной хирургии и отделения анестезиологии-реанимации. Результаты исследования внедрены в клиническую практику отделения гнойной хирургии и отделения анестезиологии и реанимации ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии - Клиника доктора Рошаля» ДЗМ; отделения гнойной хирургии ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница». Результаты работы могут быть опубликованы в виде методических рекомендаций для врачей детских хирургов, педиатров, а также использованы в образовательном процессе в качестве учебного материала на кафедрах детской хирургии, курсах тематического усовершенствования врачей и программах ординатуры.

Замечания и вопросы

Принципиальных замечаний по диссертационной работе нет. При ознакомлении с диссертаций вопросов не возникло.

Заключение

Таким образом, диссертационная работа Голикова Дениса Евгеньевича на тему: «Оптимизация диагностики и лечения илеоцекальной инвагинации у детей», выполненная под руководством д.м.н. Карасевой Ольги Витальевны, представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 3.1.11. Детская хирургия, является законченной научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальной научной задачи по повышению эффективности лечения илеоцекальной кишечной инвагинации с использованием консервативных и малоинвазивных

технологий без учета возраста пациента и времени от начала заболевания, имеющей существенное значение для практического здравоохранения.

Работа по своей актуальности, научной новизне, теоретической и практической значимости, достоверности полученных результатов, полноте изложения материалов диссертации в публикациях, полностью соответствует квалификационным требованиям пункта 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г., № 842, предъявляемым Министерством науки и высшего образования РФ к диссертационным исследованиям на соискание ученой степени кандидата наук, а её автор, Голиков Денис Евгеньевич, заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.11. Детская хирургия.

Отзыв о диссертационном исследовании Голикова Дениса Евгеньевича обсужден и одобрен на заседании кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет" Минздрава России, протокол № 3 от 31.X 2025г.

Профессор кафедры детской хирургии
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет"
доктор медицинских наук, профессор
Румянцева Галина Николаевна

Почтовый адрес: 170100, Тверская область, г. Тверь, ул. Советская, 4.
E-mail: info@tvgmu.ru
Сайт: https://tvgmu.ru
Телефон: 8(482) 232-17-79

Подпись доктора медицинских наук, профессора Румянцевой Г.Н. заверяю:

Зам. начальника управления Е.Е. Лучникова

Ученый секретарь
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет",
доктор медицинских наук, профессор
Мурга Владимир Вячеславович