

## **Відгук**

офіційного опонента на дисертаційну роботу Єгорова Ростислава Ігоровича «Оцінка ефективності велоластики в залежності від методики операції та стану м'язів м'якого піднебіння», яка представлена на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.22 – стоматологія

**Актуальність теми дисертації.** Вроджені незрощення піднебіння залишаються однією з частіших та складних в лікуванні вроджених вад розвитку. Спроби успішного усунення таких дефектів робились, починаючи з середини XIX сторіччя. Але прогрес в успішній ліквідації цієї вади досягнутий в другій половині минулого століття і протягом десятиліть поточного. Складнощі лікування і його ефект полягає в тому, що досягнення відновлення анатомічної форми твердого та м'якого піднебіння ще не визначає достатнє відновлення і формування мови, акту ковтання, дихання. Ці процеси залежать від якості рухливості м'якого піднебіння, його довжини, форми язичка, стану м'язів м'якого піднебіння і язичка. Ці аспекти залишаються актуальними. Не можна не враховувати і соціальні завдання повної реабілітації дитини для подальшого нормального розвитку і положення в суспільстві.

Якраз саме поліпшенню функціонального компонента і присвячена дана робота.

### **Наукова новизна та достовірність отриманих даних.**

Робота заснована на детальному аналізі архівного матеріалу видів втручання, його термінів, результатів лікування 3118 пацієнта протягом 30 років (1980-2010) в клініці хірургічної стоматології КНМУ ім. О. О. Богомольця та 123 хворих пролікованих за участю автора.

Новизна роботи, перш за все, полягає в розробці нових хірургічних методик для поліпшення умов формування м'якого піднебіння (три деклараційних патенти). Запропоновано, на підставі вивчення експресії генів, що регулюють репаративні процеси в м'язовій тканині, оптимізація цього

процесу шляхом передопераційного застосування глютамінової кислоти (1 патент). Удосконалено та уточнено методику логопедичної реабілітації. Ретроспективний аналіз архівного матеріалу дав можливість оцінити еволюцію розвитку, впровадження, удосконалення методик стафіловелопластики протягом 30-ти років.

Новизна полягає у використанні отриманих даних в комплексному лікуванні дітей з вродженими незрощеннями неба. Кількість спостережень, використані методи обстеження, відповідна статистична обробка дозволила автору отримати досить репрезентативні і достовірні результати.

### **Значення для науки і практики висновків і їх достовірність.**

В роботі наводяться як дані аналізу результатів лікування за матеріалами архіву, так і дані власних досліджень, заснованих на аналізі результатів лікування 123 дітей, оперованих з приводу різних варіантів незрощень твердого та м'якого піднебіння. Автором зіставлені результати оперативних втручань в групах дітей у віці від 8 місяців до 4-х років, розподілених на чотири групи в залежності від характеру втручання. За запропонованим авторськими методиками прооперовано 63 дітей (51,2%).

Робота завершується п'ятьма висновками, відповідними поставленим завданням. У зв'язку з великим обсягом інформації висновок №1 було б розділити на два, щоб підкреслити еволюцію методів лікування. У другому більш конкретно вказати, що дало зміни напрямків і локалізації розрізів. У п'ятому варто було б, крім своєї цифри, привести середні існуючі. У практичних рекомендаціях викладених досить чітко і конкретно варто було б вказати в якому віці можна отримати найбільш оптимальні результати.

### **Загальна характеристика роботи.**

Дисертація викладена за класичним типом, українською мовою і містить всі необхідні розділи. Мета і завдання сформульовані коротко і чітко і зауважень не викликають.

Огляд літератури складається з 4 підрозділів. У першому наводиться докладний історичний аналіз розвитку хірургічних методів лікування

вроджених незрощень неба від 18 століття до наших днів. Дані вельми цікаві, але бажано було б більше уваги приділити сучасним методикам. У другому підрозділі аналізуються хірургічні методики, спрямовані на відновлення анатомічної цілісності і функції м'якого піднебіння і язичка. Думаю, що ці підрозділи можна було б об'єднати і додати дані літератури останніх років. У третьому підрозділі аналізуються можливості об'єктивної оцінки результатів операції. Наведено цікаві дані спірометрії, ендоскопії. Тут вже приведені сучасні можливості комп'ютерних програм. Останній підрозділ присвячений новому, маловідомому стоматологам методу оцінки механізмів міогенезу з вивченням ролі стовбурових клітин, функцій міогеніну і міостатіну в репаративної регенерації м'язових тканин м'якого піднебіння після операції. У короткому резюме дана критична оцінка сучасного стану проблеми лікування вроджених незрощень неба.

У другому розділі детально описані характеристики як архівного матеріалу, що включає в себе аналіз 3118 історій хвороби за 30 років, так і 123 пацієнта лікованих автором. Наведено інформативні таблиці за віковими характеристиками, видам незрощень, обсягом досліджень термінах і видах оперативного лікування. Немає сенсу в даному розділі приводити патенти (стр.52). Детально викладено методику визначення експресії міостатіна і міогеніна в групах хворих. Описана методика комплексного лікування і терміни профілактичного застосування глютамінової кислоти. Завершується розділ описом статистичного аналізу. Кількість хворих, методи обстеження та лікування дозволяють зробити висновок, що цього цілком достатньо для отримання достовірних результатів.

Третій розділ містить дані ретроспективного аналізу 3118 історій хвороби дітей з вродженими незрощеннями неба, оперованими протягом 30 років (1980-2010). У розділі наводяться дані про еволюцію видів оперативного лікування, зміну термінів втручання в сторону більш ранніх і більш сприятливих. Так, з наведеної таблиці видно, що в останні 10-20 років збільшилася кількість операцій, що проводяться у віці до 2-4 років. Інтерес

представляють дані, що свідчать про переваги двоетапної стафіловелопластики. Аналізуються причини і характер ускладнень, методи їх усунення, позитивні дані по оптимізації результатів в зв'язку з впровадженням щадних втручань. Наприклад, реоперацій з приводу велофарінгеальної недостатності до 1999 року проведено у 23 хворих, а з 2000-2010 всього у 8 хворих. Цікавий розділ, що дозволяє об'єктивно судити про еволюцію тактики в лікуванні цієї групи хворих.

Основний, четвертий розділ присвячений результатам комплексного лікування дітей з незрощеннями неба. Розділ складається з трьох підрозділів. У першому підрозділі в свою чергу розділеному на два, наводяться дані про результати хірургічного лікування та логопедичної реабілітації. Автор наводить докладні описи технології операцій із зображенням їх схематичних малюнках. В основу операцій покладено оригінальні, захищені патентом види розрізів, що дозволяють знизити ризик травматизації щелепи. Інший варіант спрямований на зниження ризику виникнення післяопераційного дефекту в зоні переходу твердого піднебіння в м'яке, методика третього варіанту спрямована на більш ефективну ретротранспозицію і формування більш вираженого язичка м'якого піднебіння. Чомусь автор наводить лише ускладнені результати (табл.4), але не вказує яка кількість дітей і за якою методикою прооперовано. Виникає питання: які показання, тобто при якій формі незрощення проводиться одна із запропонованих методик, тому що, на схемах I і II варіанти схема повного наскрізного незрощення. (Рис 4.1-4.3, 4.4-4.6), а при III - приведена схема незрощення м'якого піднебіння. Автор на стор. 76 вказує, що з 63 оперованих по запропонованим методикам відзначено тільки 3 післяопераційних дефекти, позитивний результат склав 95,3%.

Автор справедливо підтримує значення ретротранспозиції тканин неба для формування достатньої довжини м'якого піднебіння, яке має забезпечувати його множинні функції при ковтанні, мови, диханні, табл. 4.2-4.3, містять дані про вихідні розміри і отриманий прирост довжини в

залежності від варіанту пластики. Автор підкреслює перевагу Z-пластики, що дає найбільший приріст.

Однак, говорячи про операції за різними методиками, які проведені у 123 хворих ці методики не наведено, що і викликає наступне питання: За яких незрощень, який оперативний метод забезпечує найбільший приріст? У наведених клінічних прикладах опису операцій повинні йти від Вашого імені «застосовано», «проведено», і т.д. (стор. 79, 81). Підрозділ 4.1.2 присвячений можливостям логопедичної реабілітації дітей в післяопераційному періоді. Без сумніву, порушення мови, труднощі вимови окремих букв вимагають тривалих логопедичних занять. Тобто, тісного контакту хірурга і логопеда для проведення комплексного впливу на тканини м'якого піднебіння в післяопераційному періоді у вигляді масажу, можливих фізіопроцедур. Однак, автором не зовсім чітко показана саме організація цього процесу в післяопераційному періоді. Мало б сенс отримані результати систематизувати у вигляді таблиці, вказати які терміни, в яких умовах, як довго проводилися логопедичні заняття. Ці дані наведені в уривчастому вигляді (стор. 83, 84), що ускладнює їх сприйняття і викликає відповідно питання: 1) як конкретно була організована логопедична реабілітація? 2. Чи існує взаємозв'язок між видом оперативного втручання і ефективністю логопедичного лікування? Цікаві дані про 100% відновлення мовлення у дітей з незрощеннями неба (якої форми?), оперованих до року.

У підрозділі 4.2 наведені дані по вивченню експресії генів міогеніну і міостатіну в м'язовій тканині. Ці показники обрані автором для об'єктивної оцінки потенційної здатності м'язової тканини до регенерації. Дослідження проведені у дітей різного віку та ізольованими і наскрізними незрощеннями неба в зіставленні з дітьми, що мають травматичні ушкодження м'якого піднебіння. Виявлено значне зниження рівня експресії цього гена. У дітей з незрощеннями, а також і різницю в показниках у дітей різного віку та форми незрощення. Найбільш вони низькі у дітей старшої групи з наскрізним незрощенням неба, що автор пояснює функціональними і анатомічними

порушеннями м'язів м'якого піднебіння. Проведене дослідження стало підставою для проведення медикаментозної передопераційної підготовки для кращих умов післяопераційного зрощення (регенерації) м'язової тканини м'якого піднебіння. Цим ісследовнаіям присвячений останній 4.3 підрозділ, де вивчена роль глутамінової кислоти, як фактора, що поліпшує потенційні репаративні можливості м'язової тканини. Т.к глутамінова кислота застосовується протягом місяця до операції і навряд чи має сенс вживати термін «лікування». Використання даного препарату забезпечило кращі умови регенерації, що підтверджується показниками експресії мРНК міостатіна і міогеніна. Підрозділ закінчується коротким резюме саме цього підрозділу. На мій погляд, бажано і узагальнюючий всю главу докладний висновок. Слід зазначити, що матеріали останніх підрозділів вельми цікаві і перспективні в подальшій роботі. У заключному підрозділі стисло викладені дані по аналізу роботи, показано, що запропоновані методики забезпечують більш високі результати лікування, а застосування глутамінової кислоти оптимізує репарацію м'язової тканини.

Дисертація закінчується п'ятьма висновками і практичними рекомендаціями, про які вже було сказано вище.

В процесі рецензування, крім уже наведених питань хотілося б отримати відповідь на:

1. Чи вивчено віддалені результати формування зубної дуги при наскрізних незрощеннях?
2. Який вік і при якому вигляді незрощення Ви вважаєте оптимальним для операції?

Автореферат повністю відповідає необхідним вимогам. Кількість публікацій, доповіді на різних форумах говорять про достатню обговорення положень дисертації. Наявність ряду невдалих виразів, окремих помилок, зроблені зауваження не знижують загальної позитивної оцінки роботи.

### **Заключення.**

Дисертаційна робота Єгорова Ростислава Ігоровича «Оцінка ефективності велопластики в залежності від методики операції та стану м'язів м'якого піднебіння», є завершеною самостійною науковою працею, в якій вирішена задача поліпшення якості лікування дітей з вродженими незрощеннями неба шляхом впровадження оригінальних хірургічних методик стафіловелопластики з використанням глютамінової кислоти для оптимізації репаративних процесів м'язів м'якого неба.

Дисертація цілком відповідає п. 11 Порядку присудження наукових ступенів, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 №567 (із змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України №656 від 19.08.2015 і №1159 від 30.12.2015р., №40 від 12.01.2017 р.), а її автор заслуговує присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.22 – стоматологія.

Професор кафедри хірургічної стоматології  
та щелепно-лицевої хірургії  
Харківського національного  
медичного університету  
доктор медичних наук, професор



Рузін Г. П.