

**Відгук**  
**на дисертаційну роботу Кикоша Генадія Вікторовича**  
**«Оптимізація лікування рецидивів уродженої еквіноварусної**  
**клишоногості в дітей віком 3–10 років»**  
**на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук**

Актуальність теми. Уроджена еквіноварусна клишоногість входить в перші позиції по частоті нозологічних форм дитячої ортопедичної патології. При цьому даній патології в Україні і, зокрема, в ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України» в науковому плані не приділяли особливо багато уваги. Єдиною дисертацією стосовно цієї патології була робота С. С. Беренштейна, заочного аспіранта з м. Маріуполь, яку він виконав під керівництвом професора С.Д.Шевченка. Хоча в практичному плані в інституті завжди існувала система досконалого консервативного і хірургічного лікування вродженої клишоногості. Я є свідком даного процесу принаймні з 1974 року і це було задовго до того, як з'явилися публікації Понцеті. Як і тоді, так і зараз основним ускладненням був рецидив деформації, що виникав в процесі росту дитини. Чому вона виникає приблизно в 30 %, і які механізми лежать в їх основі — не розкрито. Актуальність в цьому питанні очевидна.

Зв'язок теми дисертації з науковими програмами. Вона є частиною «Програми соціально-гігієнічного моніторингу стану здоров'я та профілактики патології стоп у молоді» в складі Державної цільової програми «Молодь України» (держреєстрація № 0114U003021).

Наукова новизна та її значущість. Ступінь обґрунтованості та достовірності положень, що виносяться на захист. Дисертаційна робота, починаючи з аналізу даних літератури і закінчуючи висновками спрямована на з'ясування механізму виникнення рецидиву патологічної форми стопи. В цьому складному процесі може існувати декілька варіантів, їх доцільно шукати в анатомо-морфологічній структурі м'язів, сухожилків та зв'язок та їх здатності пропорційно зростати зі скелетом. Я з

таким напрямком наукової гіпотези повністю погоджуюсь. В цьому плані автор своїми клінічними, біомеханічним, графоаналітичними дослідженнями довів, що в механізмі повторного деформування стопи головну роль відіграють індивідуальні особливості прикріплення сухожильної частини переднього великогомілкового м'яза. Чим дистальніше на плюсневій кістці розташоване місце прикріплення сухожилка, тим є більшим за величиною боковий силовий вектор (за умов існування залишкового приведення переднього відділу стопи). Дана закономірність патогенезу рецидиву виглядає логічною і достатньо об'єктивно обґрунтована анатомічними та біомеханічними дослідженнями.

Наукове дослідження Г. В. Кикоша засноване на значному клінічному матеріалі у вигляді 166 хворих дітей, які лікувалися в інституті з приводу клишоногості, в тому числі 65 дітей з рецидивом деформації, серії спеціальних досліджень, що включали клініко-анатомічні, графо-математичні, динамометричні та стабілографічні вимірювання. Результати проаналізовано статистично, що дає підставу вважати їх достовірними.

Практична значущість результатів дослідження. Основну увагу автор приділив удосконаленню методик лікування, рецидивів деформації клишоногості. Лікування рецидиву проводити навіть складніше ніж первинну деформацію незважаючи на те, що вона має значно меншу ступінь вираженості.

Автором запропоновано ряд патогенетично обґрунтованих методик у вигляді відкритого пересічення ретрагованих зв'язок, подовження та пересадку сухожилків, корегуючих остеотомій скелету стопи, а також ортопедичної профілактики спеціальними ортопедичними пристроями. Це має важливе практичне значення.

Висновки витікають із результатів дослідження а автореферат відповідає змісту дисертації.

Повнота викладення матеріалів дисертації. Наукові матеріали за темою дисертації з 2010 року регулярно висвітлювалися на профільних кворумах різного рівня в Україні та за кордоном, а основні наукові положення містяться в статтях опублікованих в профільних фахових виданнях.

Цікаво почути відповіді на наступні запитання:

1. Відомо, що консервативне лікування клишоногості етапними гіпсовими пов'язками використовують давно, з часів існування приватної клініки Фінка а потім лікаря Зеленіна. Що конкретно в методиці лікування клишоногості належить Понцеті?

2. На запропонованих Вами ортопедичних пристроях (брейсах) кріплення розпорки розташовані на опорній поверхні, і не дають змогу хворій дитині ходити. До того ж Ви пишете, що дитина має їх носити 23 години на добу.

Питання: як при такій ситуації природня функція може впливати на формування стопи у дитини? Чи не виникає у Вас підозри про те, що така профілактика рецидиву має і негативну сторону?

3. Яку роль Ви відводите задньому великоомілковому м'язу та згиначам пальців у патогенезі рецидиву клишоногості

Висновок. Дисертаційна робота Кикоша Генадія Вікторовича «Оптимізація лікування рецидивів уродженої еквіноварусної клишоногості в дітей віком 3–10 років» на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, є завершеною, самостійно виконаною науковою роботою, в якій отримано нові науково обґрунтовані дані про патогенез рецидиву вродженої клишоногості і патогенетично обґрунтовані методики лікування повторної деформації. В сукупності це є суттєвим досягненням в ортопедичній хірургії стопи.

Наукове дослідження за своєю актуальністю, науковим та прикладним значенням відповідає вимогам п. 11 «Порядку присудження наукових ступенів...» постанови КМУ № 567 від 24 липня 2013 року, а здобувач гідний присудження йому наукового ступеня кандидата медичних наук.

Офіційний опонент


Професор кафедри травматології і ортопедії

Харківської медичної академії післядипломної освіти,

доктор медичних наук, професор

  
О. К. Попсуйшапка

Підпис \_\_\_\_\_ засвідчую  
Вчений секретар  
03.07.19р.



Нагірний 20  
ради 03.07.19р.