

ВІДГУК

офіційного опонента

доктора медичних наук, професора **Смаглюк Любові Вікентіївни** на дисертаційну роботу **Михайловської Лариси Олександрівни** на тему: **«Удосконалення методів профілактики та лікування дистального прикусу у дітей з порушенням функції змикання губ»**, подану на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 221 «Стоматологія» до спеціалізованої вченої ради з правом прийняття до розгляду та проведення разового захисту, створену в НУОЗ України імені П. Л. Шупика (витяг з протоколу №8 від 11.10.2023 р.)

Актуальність теми. Поширеність дистального прикусу серед усіх зубощелепних аномалій у дітей, підлітків і дорослих – одна з найвищих, і складає 24,9-38,1% спостережень. Серед загальної кількості пацієнтів, які звертаються і знаходяться на ортодонтичному лікуванні, пацієнти з дистальною оклюзією становлять від 65% до 80%. На думку значної частини дослідників, найчастіше цей вид патології прикусу зустрічається в період змінного прикусу, що пов'язано, насамперед, із превалюванням у них шкідливих звичок та некомпенсованих дефектів зубів і зубних рядів. Складність дистального прикусу зумовлена естетичними змінами обличчя, зниженням функціональної активності жувального апарату, утрудненнями функцій мовлення, ковтання, дихання, змикання губ, характерними невідповідностями форми, розмірів і положення верхньої й нижньої щелеп у сагітальному напрямку й низкою супутніх змін із боку положення та функції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). Патологія прикусу, не усунена на етапі свого формування, а саме в період тимчасових зубів, набуває більш виражених і важких форм з віком дитини, ускладнюючись загальними розладами організму.

Все це завдає істотної шкоди не тільки фізичному здоров'ю дитини, але і її соціальній адаптації у суспільстві та формуванню характеру особистості.

У літературі немає однозначної відповіді на запитання щодо термінів початку та обсягу лікувально-профілактичних заходів пацієнтів з ортодонтичною патологією. В той же час, ВООЗ рекомендує приводити дитину на огляд до ортодонта не пізніше семирічного віку. Сучасні підходи до лікування і профілактики ЗЩА різноманітні, але більш сприятливі вони в періоди активного росту та розвитку щелепних кісток. Для корекції дистального прикусу використовуються різні види ортодонтичних конструкцій механічної та функціональної дії, хоча останніми роками відбувається їх інтеграція та поєднання. Незважаючи на значні зміни, розроблені нові конструкції ортодонтичних апаратів, нові методичні критерії щодо принципів лікування аномалій і деформацій прикусу, питання етіології, клініки, ранньої діагностики, лікування та профілактики дистального прикусу залишаються актуальними.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри стоматології НУОЗ України імені П. Л. Шупика «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій в комплексному лікуванні та реабілітації основних стоматологічних захворювань» (номер державної реєстрації 0117U 006451), автор є безпосереднім виконавцем фрагменту теми.

Обґрунтованість і достовірність наукових положень, висновків і практичних рекомендацій, сформульованих у дисертації. Виконання мети дослідження – підвищення ефективності ортодонтичного лікування дистального прикусу у дітей 6-9 років із порушенням функції змикання губ в періоді раннього змінного прикусу шляхом обґрунтування, розробки та впровадження запропонованого лікувального алгоритму (поєднаного застосування механічно-діючої апаратури, міогімнастики та власне розробленої вестибулярної пластинки) забезпечено декількома напрямками, кожен із яких був спрямований на вирішення низки послідовних завдань. Проведений змістовний аналіз наукових джерел, ретроспективний аналіз

даних про ефективність діагностики, профілактики та лікування пацієнтів із дистальним прикусом, комплексне стоматологічне обстеження 86 дітей віком 6-9 років із дистальним прикусом та порушенням функції змикання губ. Результати досліджень стали підставою для впровадження запропонованого клінічного алгоритму лікування з подальшим порівняльним аналізом результатів та оцінкою ефективності лікування пацієнтів із застосуванням запропонованого автором методу.

Дисертанткою було оглянуто та проліковано 86 дітей віком 6-9 років, які були розділені на дві основні групи: до I-ої групи увійшли діти із дистальним прикусом та порушенням функції змикання губ, у яких визначений ротовий тип дихання (47 осіб). До II групи – з аналогічною патологією прикусу, порушенням функції змикання губ та визначеним змішаним типом дихання (39 осіб).

Згідно з обраною методикою ортодонтичного лікування пацієнти дослідних груп були додатково поділені на 2 підгрупи. В 1 підгрупі обох груп увійшли діти, лікування яких проводилось за запропонованою методикою, до других підгруп – за стандартною. Групу контролю склали 15 дітей аналогічного віку без ортодонтичної патології та порушення функції змикання губ із фізіологічним типом дихання. Ступінь обґрунтованості і достовірності наукових положень, висновків та практичних рекомендацій дисертаційного дослідження забезпечені достатньою кількістю та рівнем сучасних клінічних та параклінічних методів (антропометрія, фотометрія, динамометрія, капнометрія та рентгенологічні дослідження). Для аналізу статистичних даних використані сучасні статистичні програми. Все вище викладене дозволяє судити про достатню міру обґрунтованості та достовірності основних положень дисертації.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що у ході дослідження доповнені дані клініко-антропометричних та функціональних показників зубощелепної системи (ЗЩС) у дітей з дистальним прикусом в період раннього змінного прикусу при патології змикання губ. Автором проведений аналіз показників дихання при його ротовому та змішаному

типах. Уточнені дані щодо показників функціональної активності жувальних і м'язів у груп пацієнтів, що вивчаються.

На підставі клініко-морфологічних результатів дослідження, у співавторстві розроблена вестибулярна пластинка Лихоти-Михайловської (декларційний патент України на корисну модель № 152016 від 12.10.2022 р.) для усунення шкідливих звичок, нормалізації функції м'язів навколоротової ділянки; балансу, трансверзального та вертикального росту щелеп; функції змикання губ у пацієнтів із дистальним прикусом та порушеній функції колового м'яза.

Науково обґрунтована і впроваджена в медичну практику комплексна методика лікування дистального прикусу і патології змикання губ в залежності від типу дихання та ступеня звуження щелеп із застосуванням поєднання ортодонтичної апаратури та розробленої міогімнастики.

Практичне значення результатів дослідження. Отримані результати дослідження є підставою для оптимізації клінічних підходів до комплексного лікування дистального прикусу при порушеній функції змикання губ, ротовому типі дихання і в залежності від ступеня звуження щелеп.

Проведені дослідження дозволили обґрунтувати запропоновану методику лікування дистального прикусу при порушенні функції змикання губ та ротовому типі дихання у періоді раннього змінного прикусу із застосуванням механічно-діючої знімної ортодонтичної апаратури, авторської міофункціональної вестибулярної пластинки та міогімнастики для колового м'язу.

Результати дисертаційного дослідження впроваджені у навчальний процес на кафедрах стоматології, ортопедичної стоматології та стоматології дитячого віку НУОЗ України імені П. Л. Шупика та в лікувальний процес КНП «Київська стоматологія».

Апробація результатів дисертації. Результати дисертаційного дослідження викладено і обговорено на українських та зарубіжних наукових форумах та викладені в 12 наукових роботах, в тому числі у виданнях, що

індексуються в міжнародних наукометричних базах Scopus та Web of Science, оформлено 1 деклараційному патенті України на корисну модель.

Публікації. Основні положення дисертації викладені в 12 наукових роботах, з яких 1 одноосібна у науковому фаховому виданні, рекомендованому МОН України, 1 – у виданні, що індексується в міжнародній наукометричній базі Scopus, 1 – у виданні, що індексується в міжнародній наукометричній базі Web of Science, 1 – в зарубіжному виданні країн Європейського союзу, 7 тезах доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій, 1 деклараційний патент на корисну модель.

Загальні відомості про роботу. Дисертація викладена українською мовою на 135 сторінках комп'ютерного тексту. Складається з анотації, змісту, вступу, огляду літератури, розділу «Матеріали та методи дослідження», 2 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків та практичних рекомендацій. Робота ілюстрована 17 таблицями та 29 рисунками. Список використаних першоджерел містить 133 посилання.

Оцінка змісту роботи, її значення в цілому. Недоліки дисертації щодо її змісту та оформлення. У вступі дисертації визначено актуальність та обґрунтовано доцільність виконання обраного напрямку дослідження, акцентовано увагу на невирішених питаннях. Сформульовані мета і завдання наукового дослідження, його наукова новизна та практична значимість отриманих результатів, особистий внесок автора у виконання даного дослідження, впровадження та апробація дисертаційних матеріалів, повнота їх викладення в опублікованих працях.

Розділ 1. «Морфо-функціональна характеристика дистального прикусу при різних етіологічних чинниках. (Огляд літератури)» складається з трьох підрозділів, в яких представлено аналіз доступної літератури щодо функціонального стану щелепно-лищевої ділянки у дітей із дистальним прикусом та порушенням змикання губ, профілактики виникнення зубощелепних аномалій та сучасним методам ортодонтичного

лікування дистального прикусу. Розділ дає повне уявлення про стан проблеми на сьогоднішній день з посиланнями на вітчизняних і закордонних авторів. Матеріал, в цілому, викладений логічно, без зауважень.

Розділ 2. «Матеріали і методи дослідження» представлений в 9 підрозділах, в яких зосереджено увагу на: загальній характеристиці обстежених пацієнтів, методології проведення клінічного обстеження, параклінічних методів дослідження: антропометричних (біометрії контроль-діагностичних моделей, фотометрії дослідження обличчя), рентгенологічних, динамометрії, капнометрії, електроміографії (ЕМГ) м'язів. Детально описана запропонована методика лікування дітей із дистальним прикусом та порушенням функції колового м'язу рота та методика статистичної обробки отриманих результатів.

Зауваження: розділ можна скоротити за рахунок зменшення загально-відомої інформації. В той же час, бажано було б надати цифрові дані по кожному з використаних методів дослідження. В розділі зустрічаються невдалі вирази. Наприклад, «Величина IFM (індекс фаціальний морфологічний) в I-й групі була гіршою».

Розділ 3. «Характеристика анатоμο-функціональних параметрів зубощелепної системи дітей з дистальним прикусом і порушенням функції змикання губ» представлений в 7-ми підрозділах: 3.1. Результати клінічного обстеження пацієнтів; 3.2. Результати дослідження гігієни порожнини рота, стану твердих тканин зубів і пародонту у дітей дослідних груп; 3.3. Результати аналізу контроль-діагностичних моделей щелеп у пацієнтів дослідних груп; 3.4. Результати фотометрії обличчя; 3.5. Результати рентгенологічного обстеження пацієнтів; 3.6. Результати ЕМГ дослідження пацієнтів; 3.7. Результати капнометрії у пацієнтів дослідних груп.

В підрозділах автор послідовно наводить дані обстеження зубо-щелепової системи 86 дітей віком від 6 до 9 років з дистальним прикусом при патології функції змикання губ. Пацієнти були розподілені на дві основні групи: до I-ої групи увійшли діти із дистальним прикусом, порушенням функції змикання

губ та ротовим типом дихання (47 дітей), до II групи – діти з аналогічною патологією прикусу, порушенням функції змикання губ та визначеним змішаним типом дихання (39 осіб). Контрольну групу склали 15 дітей аналогічного віку із санованою порожниною рота, без ортодонтичної патології та нормальним типом дихання.

Проведене ЛОР-обстеження дітей засвідчило аденоtonsиллярну гіпертрофію у 62,8%, звуження носових ходів – у 22,1% та викривлення носової перегородки – у 20,9% осіб, гіпертрофію нижніх носових раковин у 15,1 %.

У всіх дітей із ротовим типом дихання спостерігали постійно відкритий рот, прокладання язика між зубами – у 10,6%, гіперактивність підборідного м'язу – у 14,9%, інфантильне ковтання – у 36,2% осіб. Суттєве порушення функції колового м'язу рота виявляли 78,9% пацієнтів I-ої та 63,8% дітей II-ої групи.

Індексна оцінка (GI – $1,98 \pm 0,33$ та $1,2 \pm 0,22$; РМА – $40,2 \pm 0,19\%$ і $26,4 \pm 0,19\%$ ($p \leq 0,05$); SBI – $12,11 \pm 0,02$ і $10,25 \pm 0,04$; PI – $2,3 \pm 0,12$ і $0,98 \pm 0,4$ відповідно до I-ої та II-ої груп) засвідчила у дітей наявність хронічного гінгівіту середнього ступеню тяжкості без порушення цілісності зубо-епітеліального прикріплення.

В обох групах спостерігали значне зниження швидкості слиновиділення: у I-й групі $0,63 \pm 0,12$ мл/хв., у II-й – $0,89 \pm 0,15$ мл/хв ($p < 0,005$).

Проведені автором антропометричні вимірювання виявили збільшення довжини переднього зубного відрізка у всіх обстежених дітей. За даними індексу Tanaka-Jonston, дефіцит місця для прорізування бічної групи зубів спостерігався у 88,9% осіб I-ої та 71,9% II-ої групи. Наявність звуження зубних рядів в I-й групі виявили у 85,1% дітей на верхній та у 80,9% – на нижній щелепі.

Доповнені дані щодо фотометричного дослідження з аналізом отриманих результатів в залежності від типу дихання. Найбільше відхилення величини профільного кута за Schwarz ($<T$) стосовно групи контролю

виявили при ротовому типі дихання ($19,28 \pm 0,2^\circ$), а при змішаному – $18,00 \pm 0,3^\circ$ ($p < 0,05$).

За даними ЕМГ, у всіх дітей біоелектрична активність колового м'яза рота та всіх жувальних м'язів в спокої була вище норми ($\leq 2 \mu V$). Темпоральний тип жування виявляли у 77,9% дітей. Усі ЕМГ-показники виявилися суттєво гіршими у дітей I-ої групи порівняно з II-ою ($p \leq 0,05$), що корелювало із ступенем тяжкості ортодонтичної патології.

Вперше проаналізовані показники дихання у пацієнтів із дистальним прикусом та порушенням функції змикання губ. Результати капнометрії засвідчили збільшення частоти дихальних рухів у 80,2% при оцінці базового дихання, у 74,4 % – при оцінці дихання з рівною спиною, у 63,9 % – при оцінці медитативного дихання та у 97,6% дітей – при оцінці дихання після 5 хвилин активних фізичних навантажень.

Розділ достатньо ілюстрований 10 таблицями і 8 рисунками, суттєвих зауважень до розділу не виникає.

В 4 розділі «Результати лікування пацієнтів із дистальним прикусом та порушенням функції змикання губ», який представлений 6-ма підрозділами, автором наведені результати проведеного ортодонтичного лікування пацієнтів дослідних груп із дистальним прикусом і порушенням функції змикання губ із застосуванням запропонованої і загальноприйнятої методик лікування. Ефективність проведеного ортодонтичного лікування пацієнтів із дистальною оклюзією та порушенням функції змикання губ визначали за допомогою клінічних, антропометричних, функціональних та рентгенологічних методів дослідження, які вивчалися до та після проведених лікувальних заходів.

Так за результатами спостереження в групах: I-1, II-1 та II-2 на відміну від групи дослідження I-2 сила колового м'яза через 18 місяців повністю нормалізувалась; суттєво покращились пародонтальні індекси (РМА, %, кровоточивості, проба Шіллера-Писарєва) та індекси гігієни порожнини рота (Silness-Loe).

Швидкість слиновиділення в I-2 групі через 12 та 18 місяців була суттєво зниженою і становила $0,61 \pm 0,18$ мл/хв. та $0,61 \pm 0,18$ мл/хв. проти показників I-1 групи – $1,15 \pm 0,05$ мл/хв. і $1,17 \pm 0,06$ мл/хв. ($p \leq 0,05$) при показниках контрольної групи $1,18 \pm 0,09$ мл/хв.

Через 16 місяців позитивна динаміка антропометричних показників відбулася в II-1 та II-2 групах, незалежно від методики лікування, та у частини дітей I-1 групи. Через 12 місяців ширина зубної дуги між іклами в I-1 групі склала $29,0 \pm 0,5$ мм, а через 18 місяців – $31,1 \pm 0,15$ мм, що повністю відповідало показникам контролю ($31,3 \pm 0,22$ мм) та мала значно кращу динаміку порівняно із I-2 групою ($28,1 \pm 0,2$ мм і $29,1 \pm 0,2$ мм через 16 і 18 місяців відповідно) ($p \leq 0,05$).

Результати фотометрії в I-й групі значною мірою відрізнялися в залежності від обраної методики ортодонтичного лікування. Через 18 місяців в I-1, II-1 та II-2 групах зміни пропорційності обличчя, величина фаціально-морфологічного індексу (IFM), лицевого кута Downs, профільного кута за Schwarz, губного кута, глибина губно-підборідної борозни та кута I-Ul-pg, який саме і засвідчує порушення функції колового м'язу та змикання губ, прийшли до норми. В той же час, застосування виключно міофункціональної апаратури в I-2 групі не привело до гармонізації обличчя ні через 12, ні через 18 місяців. Фотометричні показники хоча і мали деяку позитивну динаміку, але суттєво відрізнялися порівняно з результатами контролю і всіх інших груп спостереження ($p > 0,05$). Пацієнти потребували подальшої ортодонтичної корекції.

У пацієнтів I-1, II-1 та II-2 груп після лікування симетрія роботи жувальних м'язів визначена як задовільна, а колового м'язу – як висока. У 91,8% дітей в I-1 групі спостерігали врівноважений тип жування. Натомість, ЕМГ-показники дітей I-2 групи під час ковтання виявили переважання активності нижньої частини колового м'язу. У 44,4% дітей I-2 групи виявляли темпоральний тип жування, у 33,3 – змішаний, а у 22,3% – масетеріальний.

Через 16-18 місяців у пацієнтів I-1, II-1 та II-2 груп відбувся перехід до нормального носового типу дихання, в той час, як в групі I-2 тип дихання залишався ротовим.

В кінці розділу наводиться клінічний випадок. Розділ містить 7 таблиць та 6 рисунків.

Зауваження щодо представлених підписів до рисунків і якості фото стану прикусу представленого клінічного випадку.

У розділі «Аналіз і узагальнення результатів дослідження» автор аналізує фактичний матеріал, зіставляє його з даними літератури і підходить до основних теоретичних узагальнень та практичних рекомендацій. Цей розділ є логічним узагальненням дисертаційної роботи.

Висновки та практичні рекомендації логічно витікають із проведених досліджень та відображають суть наукових здобутків дисертаційної роботи.

В опублікованих працях автор достатньо повно відобразив основні положення дисертації. При розгляді роботи не було виявлено порушень академічної доброчесності.

Зауваження до змісту та оформлення дисертаційної роботи. Принципових зауважень щодо оформлення і викладеного матеріалу дисертаційної роботи немає.

В той же час, при ознайомленні з роботою до автора виникло декілька запитань:

1. Якими діагностичними критеріями Ви визначали порушення функції змикання губ?

2. Який відсоток пацієнтів із порушенням функції дихання мав шкідливу звичку дихати ротом, а який – проблеми з прохідністю повітря через ніс (ЛОР-патологію)?

3. Які форми дистального прикусу Ви вивчали і які були виключені з Вашого дослідження?

ВИСНОВОК

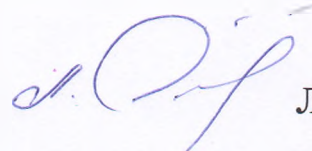
Дисертаційна робота Михайловської Лариси Олександрівни на тему: «Удосконалення методів профілактики та лікування дистального прикусу у дітей з порушенням функції змикання губ» на здобуття ступеня доктора філософії носить характер завершеної, кваліфіковано і самостійно виконаної на сучасному рівні науково-дослідної роботи, що вирішує практичне завдання ортодонції – підвищення ефективності лікування дистального прикусу у дітей із порушенням функції змикання губ в періоді раннього змінного прикусу шляхом обґрунтування, розробки та впровадження запропонованого автором лікувального алгоритму.

За актуальністю теми, новизною і практичним значенням отриманих результатів, сучасним методичним рівнем виконання, обґрунтованістю наукових положень і висновків, їхньою достовірністю та повнотою викладу в опублікованих працях, дисертаційна робота Михайловської Лариси Олександрівни повністю відповідає п. 6 «Порядку присудження ступеня доктора філософії...», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 44 від 12.01.2022 року, та вимогам до оформлення дисертації, затверджених наказом МОН України № 40 від 12.01.2017 року.

Михайловська Лариса Олександрівна має потрібний рівень наукової кваліфікації і заслуговує на присудження наукового ступеня доктора філософії з галузі знань 22 – Охорона здоров'я за спеціальністю 221 – Стоматологія.

Офіційний опонент:

завідувач кафедри ортодонції
Полтавського державного
медичного університету,
доктор медичних наук, професор



Любов СМАГЛЮК

Підпис засвідчую:

Вчений секретар
Полтавського державного
медичного університету,
кандидат біологічних наук, доцент




Валентина ФІЛАТОВА