

## **ВІДГУК**

офіційного опонента на дисертацію

Жегулович Зінаїди Єгорівни "Ортопедичне лікування, прогнозування та профілактика оклюзійних порушень жувального апарату", представлену на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 - стоматологія до спеціалізованої вченої ради Д 26.613.09 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

### ***Актуальність теми***

Оклюдія зубів є одним з найбільш змінюваних компонентів у зубо-щелепній системі протягом життя. В період формування прикусу внаслідок різноманітних порушень функції (ротове дихання, інфантильне ковтання, слабкість колового м'язу рота тощо) створюються умови для формування нефізіологічних співвідношень зубів у зубних рядах та порушення росту щелеп: скупченість зубів, викривлення оклюзійних кривих, асиметрія зубних рядів.

Наслідками вищеперерахованих впливів є зміни контактів зубів у статичній оклюзії та виникнення перепон у динамічній оклюзії. Окрім того, карієс та некаріозні ураження, нефункціональні реставрації протягом життя впливають на рельєф оклюзійної поверхні. Отже, оклюзійний фактор балансує на межі адаптації та порушень адаптації, і усі компоненти жувального апарату постійно пристосовуються до даних змін. Компенсаційні процеси у оклюзійному компоненті проявляються у вигляді змін положень окремих зубів, їх стирання, рухомості (Магуама Т., 2006; Исхаков И. Р., 2012; В. П. Неспрядько, 2015).

Оклюдійні порушення проявляються частіше усього у вигляді стертих поверхонь зубів, або протезів, псевдопульпів, підвищеної рухомості зубів, сколів емалі, чутливості пришийкових ділянок, клиновидних дефектів, локалізованих захворювань пародонта, обмежених та нерівномірних латеральних рухів нижньої щелепи, центричних та ексцентричних передчасних контактів при змиканні, зниження висоти прикусу. Практично завжди

зустрічаються різноманітні комбінації оклюзійних порушень (Долгалёв А. А., 2009; Ронкин К., 2010; Koichi S., 2011; M. Gavazzi et al, 2014).

Сучасна практична стоматологія потребує розроблених алгоритмів діагностики та лікування оклюзійних порушень жувального апарату з урахуванням стану його компонентів. Раннє усунення оклюзійних порушень може стати профілактикою подальшого пошкодження зубів та зубних рядів і стабілізацією внутрішньосуглобових відносин при покрашенні функції жувальних м'язів. Це і робить проведення досліджень у даному напрямку актуальним.

Виходячи з теорії причинно-наслідкових зв'язків та єдності форми і функцій, розробки алгоритмів діагностики оклюзійних порушень з визначенням факторів ризику виникнення патологічних змін і критеріїв прогнозування захворювань жувального апарату є актуальними завданнями сьогодення.

Отже, тема дисертаційної роботи, мета якої полягає у підвищенні ефективності діагностики, профілактики та реабілітації хворих з оклюзійними порушеннями жувального апарату шляхом наукового обґрунтування, розробки та удосконалення системи диференційованих діагностичних та лікувальних заходів й індивідуалізованої програми профілактики порушень оклюзії є, безумовно, актуальною для сучасної ортопедичної стоматології.

### ***Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами***

Дисертаційна робота виконана відповідно до плану НДР Національного медичного університету імені О.О. Богомольця і є фрагментом НДР кафедри ортопедичної стоматології "Етіологія, ортопедичне лікування та профілактика оклюзійних порушень зубо-щелепного апарату" (№ державної реєстрації 1960V007061), "Функціональна діагностика та мультидисциплінарний підхід до лікування порушень жувального апарату, обумовлених дисфункціональними станами скронево-нижньощелепних суглобів" (№ державної реєстрації 0114U001353) та кафедри стоматології "Наукове обґрунтування оптимізації

діагностики, лікування і профілактики основних стоматологічних захворювань в осіб працездатного віку" (№ державної реєстрації 0115U000907); авторка є співвиконавцем зазначених НДР.

***Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, їх достовірність***

Дисертаційна робота Жегулович Зінаїди Єгорівни є самостійним завершеним науковим дослідженням, виконаним на сучасному методологічному рівні та достатньому клінічному матеріалі. Обґрунтованість наукових положень, висновків обумовлена значною кількістю вивчених наукових джерел, критичною оцінкою їх змісту та інтерпретацією, правильною методологічною побудовою та дизайном роботи.

Достатній обсяг клінічних спостережень: для вирішення поставлених завдань дисертанткою здійснено обстеження стану оклюзії 831 особи віком від 18 до 65 років, з тих що звернулись за стоматологічною допомогою до Стоматологічного медичного центру НМУ, Інституту прогресивних стоматологічних технологій та стоматологічної клініки "Слален". Контрольну групу склали 44 особи з оклюзійними характеристиками, наближеними до нормогнатичної оклюзії, що взяли участь в обстеженні за власним бажанням.

Обстеження ґрунтувалося на застосуванні сучасних клінічних рентгенологічних, функціональних методів дослідження, комп'ютеризованого аналізу оклюзії (для визначення силового балансу зубних рядів при змиканні і розподілу оклюзійної інформації у часі), інструментальних досліджень, а вірогідність отриманих у дослідженні результатів доведена статистичною обробкою.

Використані методи дослідження сучасні, інформативні, адекватні поставленим завданням дисертаційної роботи.

***Наукова новизна і практичне значення отриманих результатів проведених досліджень.***

Дисертанткою науково обґрунтовано класифікацію синдрому оклюзійних порушень та його клінічний перебіг за рівнями клініко-функціональних оклюзійних та м'язово-суглобових змін.

Виділено три ступені за рівнем пошкодження оклюзії та патологічних змін м'язів щелепно-лицевої ділянки і СНЩС шляхом систематизації обсягів патологічних ознак оклюзійних порушень.

Науково доведено силу впливу захворювань зубів і пародонта а також малих дефектів зубних рядів на виникнення і прогресування оклюзійних порушень та на стан компонентів жувального апарату.

Уперше визначено індивідуальні чинники ризиків виникнення оклюзійних порушень та доведено силу впливу їх комбінацій на формування патологічних змін.

Авторкою встановлено достовірні зв'язки предикторів оклюзійних порушень, зокрема, виникнення контактів фронтальних зубів при несилловому змиканні щелеп, з низкою детермінант та їх комбінацій: основними захворюваннями (карієс, генералізований пародонтит, генералізоване підвищене стирання зубів на фоні неперервних зубних рядів та малих дефектів зубних рядів), змінами вертикального перекриття зубів, бруксизмом, присутністю реставрацій зубів, наявністю рецесії ясен, рухомістю зубів, зміщеннями нижньої щелепи під впливом контактів центрального співвідношення щелеп, абразією зубів.

Науково обґрунтовані та розроблені критерії оцінки ризиків виникнення ускладнень після протезування, за результатами яких встановлені показання для спрощеного і реорганізуючого підходів у лікуванні оклюзійних порушень з урахуванням захворювань зубів і пародонта.

Уперше, на основі аналізу показників факторів ризику оклюзійних порушень розроблено математичні моделі прогнозування, що дозволяють передбачати імовірність розвитку патологічних змін оклюзії.

Уперше встановлено кореляційні взаємозв'язки найбільш поширених предикторів оклюзійних порушень: контакти фронтальних зубів при несилловому змиканні, збільшення кількості контактуючих зубів у протрузії, наявність балансуєчих і гіпербалансуєчих контактів, що дозволяє підвищити ефективність лікувально-діагностичних заходів.

Науково обгрунтовано та запропоновано програму профілактики оклюзійних порушень на підставі розробки експертної системи визначення ризиків та прогнозування сили їх впливу на прогресування патологічних змін.

Науково обгрунтовано та впроваджено кодування якісних показників оклюзійних детермінант, за якими проведено порівняльний аналіз чинників ризиків залежно від основних захворювань (карієс, генералізоване підвищене стирання зубів, генералізований пародонтит).

### ***Практичне значення одержаних результатів.***

Отримані результати підтверджують об'єктивність використання запропонованих і застосованих показників оклюзійних детермінант у якості маркерів несприятливих змін стану зубів і пародонта, що, в свою чергу, сприяє вживанню своєчасних попереджувальних лікувально-профілактичних заходів.

Встановлені поширеність дисфункціональних станів жувального апарату і зміни статичної та динамічної оклюзії та мікрооклюзії у осіб з КСП, ГП, ГПСЗ з урахуванням наявних дефектів зубних рядів можуть бути застосовані для коректної оцінки стоматологічного здоров'я дорослого населення України, для виявлення факторів ризику і створення ефективних державних та регіональних програм профілактики захворювань зубів і пародонта.

Запропоновані алгоритми діагностики та критерії визначення рівнів патологічних змін СОП дозволяють більш інформативно оцінити наявний патологічний стан, ніж при стандартному клінічному стоматологічному дослідженні й водночас провести планування обсягів лікування.

Рекомендовано застосування реорганізуючого підходу лікування у осіб з ГП та ГПСЗ. У осіб з КСП залежно від стану оклюзійних детермінант можливе лікування як у спрощеному, так і реорганізуючому підході.

Побудовано експертну систему прогнозування ризику виникнення ОП на основі встановлених взаємозв'язків факторів ризику, пов'язаних з складовими компонентами жувального апарату, що забезпечує можливість диференційованого підходу до обсягів лікувально-профілактичних заходів, а запропоновані діагностичні алгоритми дозволяють своєчасно визначити ступінь СОП, за яким спланувати обсяг і напрямки лікування.

Визначено переваги релаксуючих оклюзійно-суглобових шин з протрузійним та ретрузійним контролем при корекції м'язово-суглобових порушень жувального апарату на підготовчому етапі лікування хворих з м'язово-суглобовими дисфункціями.

Розроблено позиціонуючий пристрій для дозованого системного вибіркового пришліфовування зубів (Патент України на корисну модель № 27732.). Обґрунтовано показання та спосіб встановлення імплантатів з метою балансування оклюзійного навантаження за хірургічним шаблоном з оклюзійною направляючою (Патент України на винахід № 62637).

Дисертанткою розроблено і застосовано алгоритми клінічної діагностики оклюзії і аналізу моделей в артикуляторі (Патент України на корисну модель № 42973; та патент України на корисну модель № 42347).

Результати дисертаційного дослідження впроваджено у навчальний процес на кафедрі стоматології Інституту післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця, на кафедрі ортопедичної стоматології і ортодонції Київського медичного університету УАНМ, в практику ряду стоматологічних клінік, а саме: Стоматологічний центр НМУ, Міждисциплінарний Дентальний Центр імені Ю. В. Опанасюка (Інститут Прогресивних Стоматологічних Технологій), Імплантаційний центр, Стоматологічний центр «Стаміл», клініка «Слален» та ін.

### ***Оцінка змісту роботи та зауваження щодо оформлення***

Дисертаційна робота Жегулович З. Є. на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук написана українською мовою на 412 сторінках комп'ютерного тексту (основний зміст – 308 сторінки), побудована за традиційною схемою і складається зі вступу, аналітичного огляду літератури, програми, матеріалів і методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій. Містить 9 таблиць і 130 рисунків. Список джерел літератури складається з 399 найменувань (164 джерела кирилицею і 235 - латиною). Три додатки включають 68 таблиць і 7 схем.

**Вступ** дисертації викладено на 12 сторінках, де висвітлено актуальність вивчення наукового завдання обраного автором для дослідження, аргументовано вибір мети і завдань, висвітлено наукову новизну і практичне значення отриманих результатів, особистий внесок здобувача та апробацію результатів дисертації.

Зауважень до вступу немає.

**Розділ 1 "Сучасні погляди на оклюзійні порушення та методи їх лікування (аналітичний огляд)"** представлений на 35 сторінках, носить оглядовий характер та складається з 6 підрозділів. У першому підрозділі висвітлено уявлення та сучасні погляди про вплив оклюзії на функціонування скронево-нижньощелепного суглобу. У підрозділі 1.2 наведені сучасні оклюзійні концепції та оклюзійні схеми функціональної оклюзії та їх роль у забезпеченні інтеграції усіх ланок жувального апарату. Підрозділ 1.3 присвячений дослідженню Оклюзійних порушень як загальна характеристика функціональних та структурних патологічних змін оклюзійних детермінант. Підрозділ 1.4 проаналізовані сучасні методи діагностики оклюзійних порушень. У підрозділі 1.5 розглянуто сучасні методи лікування та профілактики оклюзійних порушень

жувального апарату. У підрозділі 1.6 представлено узагальнення аналітичного розділу.

Проведений огляд літератури дозволяє говорити Зінаїді Єгорівні про низку невирішених питань у лікуванні оклюзійних порушень.

Вивчення оклюзійних порушень при захворюваннях зубів і пародонта, їх систематизація, визначення впливу на жувального апарат має перспективне науково-практичне значення. Це обґрунтовує актуальність визначених проблем ортопедичного лікування, прогнозування і профілактики оклюзійних порушень жувального апарату та мотивує мету, завдання та науково-методичний апарат даного дисертаційного дослідження.

Розділ написано послідовно з детальним аналізом в достатньому обсязі літературних джерел і наукових публікацій останніх років.

Результати досліджень, які представлені в розділі, викладені у 1 публікації.

Зауважень до розділу немає.

**Розділ 2 "Програма, методи, об'єкти та обсяги дослідження"** викладений на 28 сторінках, має 8 підрозділів. Розділ розпочато планом виконання роботи, який складався з 5 етапів. У підрозділі 2.1 наведено загальну характеристику груп дослідження із оклюзійними порушеннями.

Особливості клінічного обстеження осіб представлено у підрозділі 2.2, а рентгенологічні методи обстеження, використані при встановленні клінічного діагнозу - у підрозділі 2.3.

У підрозділі 2.4 представлено аналіз оклюзій з використанням артикуляторів і допоміжного обладнання. Аналізували стан оклюзійної поверхні зубів за змінами анатомічного рельєфу. У підрозділі 2.5 описане конділографічне дослідження, що є об'єктивним методом візуалізації траєкторій рухів суглобових головок нижньої щелепи з використанням аксіографів та конділографу.



Аналізу функції нервово-м'язового апарату у пацієнтів з оклюзійними порушеннями використовували метод сумарної (глобальної) електроміографії, що представлений у підрозділі 2.6.

У підрозділі 2.7 описаний комп'ютеризований аналіз оклюзії за допомогою програми T-Scan III, що забезпечує реєстрацію різноманітних даних, пов'язаних зі змиканням і розмиканням зубів.

Методи статистичного аналізу представлені у підрозділі 2.8.

Загалом визначені для дослідження методи сучасні, адекватні поставленим завданням, інформативні. Розділ ілюстровано 2 таблицями та 15 рисунками.

Результати досліджень, які представлені в розділі, викладені у 16 публікаціях та 6 Деклараційних патентів України на корисні моделі.

Зауваження до розділу немає.

***Розділ 3 "Ситуаційний аналіз клініко-функціональних показників оклюзійних порушень"*** представлений на 94 сторінках друкованого тексту, складається з 5 підрозділів, ілюстрований 70 рисунками та 4 таблицями.

У підрозділі 3.1 наведена загальна характеристика етіопатогенетичних чинників розвитку оклюзійних порушень у осіб з патологією зубів і пародонта. Після обстеження виявлено різні статистично достовірні фактори, що впливають на зміну оклюзії.

Підрозділ 3.2 складається з 5 підрозділів. Проведено аналіз стану жувального апарату у пацієнтів за результатами короткого «Гамбурзького» тесту (КГТ), за Оклюзійним Індексом (ОІ), результатами системної пальпації м'язів щелепно-лищевої ділянки, показниками діаграми Поссельта і результатами електроміографічного дослідження. При обстеженні хворих за Оклюзійним індексом авторка виявила поширеність окремих симптомів, визначила суттєві прояви дентальних симптомів і з меншим ступенем – м'язово-суглобових.

Проведені дослідження підтверджують зв'язок парафункції м'язів щелепно-лищевої ділянки зі змінами оклюзії та поставою. Простежується

суттєве розповсюдження ознак парафункціональної активності м'язів при ГП, ГПСЗ. Також наведений аналіз функціонального стану СНЩС за результатами конділографії. Було виявлено у осіб з м'язово-суглобовими дисфункціями у групах спостереження траєкторії рухів суглобових головок СНЩС були асиметричні за формою і за довжиною шляху у протрузії, латеротрузіях і при відкриванні рота. Виявлено ознаки вигинів траєкторій, неспівпадінь точки початку відкривання рота і кінця закривання, що є ознакою дискової патології і дегенеративних змін мищелків.

Крім того, наведений аналіз функціонального стану м'язів за результатами електроміографії. Враховуючи поставлені завдання та специфіку функціонування оклюзійного компонента, визначали також стан жувальних м'язів при ексцентричних положеннях нижньої щелепи – стискання в протрузії і латеротрузіях.

Підрозділ 3.3 складається з 6 підрозділів та присвячений аналізу стану оклюзії при змиканні щелеп та зміни оклюзійних факторів в ексцентричних положеннях.

При обстеженні осіб груп спостереження визначено три основні види протрузії, які відрізнялись як кількістю зубів, так і локалізацією контактів даного ексцентричного положення. Для нормальних рухів у протрузію важливою є анатомія оклюзійної поверхні верхніх фронтальних зубів та ікол, особливо ділянки розташування протрузійних фасеток. Для виведення нижньої щелепи в протрузію важливе розмикання бічних зубів, а дані фактори мають бути забезпечені достатнім рівнем вертикального і сагітального перекриттів зубів і встановленням функціонального міжрізцевого кута.

Також було проведено дослідження мікрооклюзії. Проведені дослідження визначили, що стирання, зміщення зубів, нефункціональні реставрації зубів і стійке зміщення нижньої щелепи змінюють положення контактів ретрузійного контролю (перенос на дистальні моляри), або усувають його (сплощені поверхні).

Аналіз моделей у артикуляторі доповнював клінічний аналіз оклюзії, а отримані результати не відрізнялись при попарному порівнянні показників у клініці і в артикуляторі.

Стан оклюзії в групах спостереження авторка аналізувала за кількісними і якісними показниками. Час змикання (ЧЗ) і час розмикання (ЧР) щелеп за результатами T-Scan є оцінкою стану м'язів щелепно-лицевої ділянки і залежить від стану контактів зубів при змиканні щелеп (ЧЗ) а також характеризує ексцентричні рухи у протрузію і латеротрузію (ЧР). Зважаючи на великий обсяг досліджень і певні взаємозв'язки показників, у даній роботі представлено результати порівняльного аналізу ЧР при рухах у протрузію.

Підрозділ містить достатню кількість прикладів клінічних спостережень з результатами додаткових методів обстеження.

Підрозділ 3.4 складається з 2 підрозділів. Присвячений результатам аналізу локалізації контактів центрального співвідношення щелеп і визначення їх впливу на сковзання нижньої щелепи при змиканні. Проведені дослідження контактних пунктів центрального співвідношення щелеп (КПЦС) і напрямків зміщення нижньої щелепи під час змикання. Представлені результати аналізу моделей в артикуляторі при попарному порівнянні засвідчили співпадіння проаналізованих показників для кожної особи у групах спостереження.

Підрозділ 3.5 присвячений узагальненню результатів. За результатами аналізу стоматологічного анамнезу і загальносоматичного статусу пацієнтів визначено низку факторів, які можуть формувати і посилювати зміни оклюзії на фоні основного захворювання.

За результатами проведених досліджень визначено, що оклюзійні порушення є синдромом, який складається з певної кількості симптомів. На складові синдрому впливають загальні і місцеві чинники, що підтверджується виявленими нами особливостями клінічної картини оклюзійних порушень при ГП, ГПСЗ, КСП.

Запропонований алгоритм діагностики і лікування синдрому оклюзійних порушень I–III ступенів. На підставі проведених досліджень, результатів

аналізу та їх узагальнення запропоновано виділити три ступеня пошкоджень у оклюзійному синдромі.

Загалом весь розділ представлений хорошому рівні, однак є невеликі зауваження

- у підписах до рисунків з наведенням результатів обстеження не вказані номери карт обстеження хворих, чи номери історій хвороб;
- незрозуміло, в яких одиницях проводилося вимірювання амплітуди біопотенціалів досліджуваних м'язів, бо у розділі 2 зазначено, що вимірювання біоелектричної активності жувальних і інших м'язів проводилось у мкВ, а в розділі представлено у мВ;
- в розділі зустрічаються незначні орфографічні помилки.

***Розділ 4 «Тактика індивідуального підходу в лікуванні оклюзійних порушень»*** викладений на 62 сторінках принтерного тексту, складається з трьох підрозділів, ілюстрований 35 рисунками.

Підрозділ 4.1 представлений аналіз лікування осіб у спрощеному підході. Усім пацієнтам, що звертались з метою лікування, на першому етапі поряд з обстеженням, згідно із загальноприйнятою схемою історією хвороби, проводили скорочену клінічну функціональну діагностику, збір анамнезу за схемою ОІ та рентгенологічне обстеження. Також за результатами оклюзіографії вираховували ІДО та використовували схему скороченого аналізу оклюзії власної розробки. Наведені клінічні випадки, на яких ґрунтовно пояснена схема дій.

Підрозділ 4.2 складається з 4 підрозділів, що присвячений обґрунтуванню та проведенню лікування оклюзійних порушень у реорганізуючому підході. Наведений план лікування оклюзійних порушень у реорганізуючому підході, що складається з 8 пунктів.

Проведений аналіз ефективності методів лікування на етапах проведення реорганізації оклюзії. Лікування відбувалося у новому положенні і побудова оклюзійних детермінант формувалася з урахуванням осьового навантаження

згідно норм протрузії та інклинації фронтальних зубів, а також вертикального і сагітального їх перекриття.

Ортодонтичну корекцію проводили з метою покращення стану переднього компонента ведення, виправлення положення ОкП, формування оклюзійного навантаження за вертикальною віссю бічних зубів та корекції положення окремих зубів.

Також наведені методи вибіркового пришліфовування зубів і їх використання при усуненні □ оклюзійних порушень. Пришліфовування поверхонь зубів сприяє легкому ковзанню щелепи, урівноважує баланс сили лівої і правої сторони щелеп, знімає перевантаження і усуває травматичну оклюзію, але не забезпечує стабільність оклюзії. Тому, авторка рекомендує проводити тільки дозоване локальне пришліфовування з метою усунення деформацій і підготовки поверхонь зубів до проведення реставрацій або застосовувати ортодонтичне лікування для змін положення зубів.

Обґрунтовано алгоритм лікування у групах спостереження в реорганізуючому підході. Під час лікування шинами визначили суттєве зменшення рухомості зубів у осіб з ГП, що пояснюється усуненням горизонтального компонента навантаження антагонуючих зубів. У осіб з ГПСЗ релаксуюча шина використовувалась у значенні вертикалізуючої, виконуючи послідовно завдання релаксації м'язів і створюючи умови для нейром'язової адаптації.

Крім того, проведений аналіз змін показників □ оклюзійних детермінант після лікування пацієнтів у реорганізуючому підході.

Узагальненням результатів дослідження стало визначення етапів лікування означених груп хворих. За результатами клінічного спостереження та аналізу результатів проведеного лікування у підрозділі 4.3 було сформульовано перелік критеріїв, за яким може бути визначено обсяг втручань при лікуванні осіб з ОП і м'язово-суглобовою розладами щелепно-лицевої ділянки, і, відповідно, здійснюватиметься диференціювання підходів (спрощений і реорганізуючий).

Зауваження до розділу рекомендаційного характеру:

- бажано було б представити у розділі електроміограми чи їх фрагменти після проведеного лікування та зазначити терміни обстеження після проведеного лікування.

***Розділ 5 «Прогнозування та профілактика □оклюзійних порушень жувального апарату»*** представлений на 27 сторінках друкованого тексту, складається з 2 підрозділів, ілюстрований 8 рисунками та 3 таблицями.

Для встановлення взаємозв'язків факторів ризику, пов'язаних з оклюзійними порушеннями жувального апарату використано метод математичного моделювання, зокрема, побудови та аналізу багатфакторних логістичних моделей регресії. Підсумки проведеного аналізу вказують на взаємозв'язок бруксизму (стискання) і виникнення контактів фронтальних зубів при несилловому змиканні щелеп.

Авторка доводить, що екструзія третіх молярів, аномалії та деформації щелеп і вік найбільш значущими факторами, які збільшують ризики виникнення збільшення кількості зубів у ПРО на фоні основного захворювання (ГП, ГПСЗ, КСП).

Визначила вплив основного захворювання (ГП, НПСЗ, КСП) на поширеність балансуючих контактів, що слід враховувати при дослідженні оклюзійних детермінант у пацієнтів і включати в план лікування усунення виявлених негараздів. Поява ознак змін факторів оклюзії у осіб контрольної групи підтверджує, що оклюзія знаходиться під постійним впливом шкідливих факторів і змінюється.

У підрозділі 5.2 описані профілактичні заходи попередження виникнення оклюзійних порушень і протидії їх розвитку. Існуючий комплексний підхід до реабілітації осіб з захворюваннями зубів і пародонта і відновлення функцій жувального апарату рекомендували проводити з диференціюванням ступенів проявів □оклюзійних порушень (СОП I, СОП II, СОП III). В залежності від рівня СОП змінювали обсяг втручань і правила проведення відновлень. Для вирішення завдань різного рівня спрощений підхід або реорганізацію оклюзії.

На відміну від існуючих алгоритмів профілактики, враховували необхідність усунення факторів виникнення ризиків пошкодження низки □оклюзійним детермінант, чим забезпечували попередження ускладнень і відновлення функції, що доведено порівняльним аналізом груп спостереження до і після лікування у реорганізуючому підході. Розроблена програма профілактики ОП жувального апарату.

Невелике зауважень щодо оформлення розділу :

- в тексті зустрічаються повтори номерів рисунків (рис. 5.7).

**Розділ «Аналіз та узагальнення одержаних результатів»** викладений на 37 сторінках, достатньо переконливо, послідовно та обґрунтовано. Розділ побудований за традиційною схемою, в якому лаконічно висвітлені результати дослідження, отримані при виконанні дисертації згідно до поставлених завдань, а також підведені підсумки роботи з усіх питань, які вивчалися.

У цьому розділі Зінаїда Єгорівна виносить на обговорення отримані результати проведених досліджень, які підтверджують підвищення ефективності діагностики, профілактики та реабілітації хворих з оклюзійними порушеннями жувального апарату шляхом наукового обґрунтування, розробки та удосконалення системи диференційованих діагностичних та лікувальних заходів й індивідуалізованої програми профілактики порушень оклюзії.

Даний розділ написаний із залученням до інтерпретації та аналізу власних наукових результатів, даних літератури вітчизняних та закордонних авторів.

Основні наукові положення відображені у 11 **висновках**, які логічно впливають з результатів дослідження та повною мірою відповідають сформульованим завданням та мають теоретичне та практичне значення, що дозволяє широко використовувати результати роботи в практичній стоматології.

Автореферат відповідає по суті головним положенням дисертації.

Основні результати дисертаційного дослідження відображено у 60 наукових працях, 4 з яких надруковано у книгах, посібниках, методичних рекомендаціях, 4 у іноземних періодичних фахових виданнях, 16 виданнях, які

входять до переліку рекомендованих МОН України фахових видань, 12 – у збірниках міжнародних конференцій та з'їздів, 24 інших друкованих робіт в наукових виданнях України. Дисертанткою отримано 2 деклараційні патенти на винахід та 9 деклараційних патентів на корисну модель.

Незважаючи на виявлені несуттєві недоліки, принципових зауважень щодо оформлення, подання матеріалу в дисертації та суті викладених результатів немає.

**В плані дискусії хотілось почути відповіді на декілька запитань, а саме:**

1. За якою методикою Ви проводили електроміографічне дослідження двочеревцевих м'язів та як визначали моторні точки під час такого дослідження?

2. Крім біоелектричної активності жувальних м'язів існують і інші кількісні параметри і показники ЕМГ, які розкривають координаційні механізми їх діяльності. Чому Ви зупинилися на вивченні тільки активності жувальних м'язів?

3. Які парафункціональні прояви язика були діагностовані Вами і чи проводили Ви їх диференційну діагностику з неврологічною симптоматикою?

4. Чому Ви не виділяли в окрему групу спостереження пацієнтів з патологіями, які супроводжуються оклюзійними порушеннями, а саме вторинними деформаціями зубів, ортодонтичною патологією?

5. Які особливості використання дистанційних шин у різних групах спостереження?

## **ВИСНОВОК**

Дисертаційна робота Жегулович Зінаїди Єгорівни "Ортопедичне лікування, прогнозування та профілактика оклюзійних порушень жувального апарату", представлена на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія, є актуальним, завершеним та



самостійним дослідженням, яке присвячене вирішенню актуального науково-практичної проблеми - підвищення ефективності діагностики, профілактики та ортопедичної реабілітації хворих з оклюзійними порушеннями жувального апарату шляхом наукового обґрунтування, розробки та удосконалення системи диференційованих діагностичних та лікувальних заходів і індивідуалізованої програми профілактики порушень оклюзії.

За актуальністю, науковою новизною, достовірністю, обґрунтованістю отриманих результатів дослідження та практичною значущістю, дисертація Жегулович Зінаїди Єгорівни повною мірою відповідає нормативним вимогам п. 10 "Порядку присудження наукових ступенів...", затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. № 567 (із змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 656 від 19.08.2015), стосовно дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора наук, а її авторка заслуговує на присвоєння наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 - стоматологія.

### Офіційний опонент:

завідувач кафедри ортопедичної  
стоматології з імплантологією  
ВДНЗУ "Українська медична  
стоматологічна академія" МОЗ України,  
доктор медичних наук, професор

В.М. Дворник

