

Відгук

офіційного опонента доктора медичних наук, завідувача кафедри ортопедичної стоматології та ортодонції ПВНЗ «Київський медичний університет» професора Дорошенко Світлани Іванівни на дисертаційну роботу Дорошенко Наталії Миколаївни «Використання рухомих похилих площин при лікуванні сагітальних аномалій прикусу» подану на здобуття наукового ступеня кандидата 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

I. Актуальність теми

Сагітальні аномалії прикусу, особливо дистальний прикус, мають досить високу розповсюдженість як серед дитячого, так і дорослого населення. Їх поширеність за даними досліджень різних авторів значно варіює, що залежить в певній мірі від контингенту обстежуваних, їх віку, а також регіону, в якому вони проживають. При цьому були різні підходи щодо застосування відомих класифікацій зубощелепних аномалій при визначенні діагнозу. Проте показники дистального прикусу до 50 %, а мезіального – до 24 % залишаються високими. Найбільш розповсюджені зубощелепні аномалії та деформації в дитячому віці коли превалюють шкідливі звички, порушення функції дихання, у зв'язку ЛОР-захворюваннями, та функції жування, внаслідок ранньої втрати тимчасових зубів. Своєчасно не усунені чинники в подальшому призводять до розвитку стійких форм зубощелепної патології.

Найбільш сприятливим періодом для ортодонтичного лікування, як відомо, є змінний період прикусу, тобто коли продовжується ріст щелепних кісток та формування зубощелепно-лицевого комплексу. Лише в цей період,

як вважають клініцисти, можна досягнути при апаратурному лікуванні сагітальних аномалій прикусу позитивних та стабільних його результатів.

В ортодонтичній практиці при лікуванні сагітальних аномалій прикусу використовуються різні конструкції ортодонтичних апаратів як знімних, так і незнімних. Більшість фахівців віддають перевагу знімним апаратам, лікування якими ефективно саме в змінному періоді прикусу, посилаючись на те, що у пацієнтів в цьому віці ще не зріла емаль зубів та не повністю сформовані верхівки їх коренів для фіксації незнімної апаратури, зокрема брекет-системи.

Останнім часом ортоданти стали часто використовувати знімні функціонально-направляючі апарати, направляючими елементами яких слугують: похила площина, накушувальна площина, оклюзійні накладки, похило-накушувальна площина, напрямні петлі, функціональна магнітна система, пружна похила площина, твін-блоки.

Похилі площини в знімних апаратах (чи то на верхню, чи на нижню щелепу) виконують одну із основних функцій – зміщують нижню щелепу вперед (мезіально), у разі лікування дистального прикусу, або назад (дистально), у разі лікування мезіального прикусу. Разом з тим похилій площині, розташованій у фронтальній ділянці апарата на нижній щелепі, верхні різці зміщуються вестибулярно, змінюючи свій осьовий нахил. При цьому відбувається також їх вколочування, тобто інтрузія, що може сприяти виникненню відкритого фронтального прикусу. Окрім того, похила площина роз'єднує прикус у бокових ділянках, що призводить до зубоальвеолярного видовження бокових зубів з витікаючими наслідками. Всі вищеперераховані механізми дії похилої площини слід враховувати при лікуванні певної аномалії прикусу. Похила площина може бути виготовленою із різних матеріалів: пластмаси або металу (металевою, суцільнолитою, стрічковою). Протяжність її залежить від кількості задіяних в процес зубів. Вона також повинна мати відповідний кут нахилу (від 30° до 45°). Суцільну пластмасову

похилу площину необхідно корегувати самотвердіючою пластмасою. Неправильно виготовлені похилі площини можуть викликати не тільки небажаний нахил зубів та надмірне їх вколювання, тобто відкритий прикус, а й дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба та інше.

Враховуючи високу поширеність сагітальних аномалій прикусу, особливо в змінному періоді прикусу, дослідження що стосуються подальшого розвитку функціональної терапії, яка дозволить розпочати своєчасно раннє ортодонтичне лікування, слід вважати перспективними та необхідними. Це ще раз підкреслює актуальність проведеного дисертантом дослідження та його велику значимість у практичній охороні здоров'я, зокрема в ортодонтичній практиці.

II. Достовірність та новизна наукових положень, висновків і рекомендацій, наукове та практичне значення дисертаційної роботи

Дисертаційна робота Дорошенко Наталії Миколаївни «Використання рухомих площин при лікуванні сагітальних аномалій прикусу» виконана на сучасному науковому рівні, а також достатньому клінічному та лабораторному матеріалі. Вона присвячена вирішенню важливої задачі стоматології, зокрема ортодонції – підвищенню ефективності лікування сагітальних аномалій прикусу шляхом удосконалення діагностики, розробки нових ортодонтичних апаратів з рухомою похилою площиною і визначення показань до їх застосування в період змінного прикусу.

Для досягнення поставленої мети та вирішення наукової задачі автором були поставлені конкретні завдання дослідження. Проаналізована та дана оцінка існуючим методам лікування сагітальних аномалій прикусу функціонально-направляючими ортодонтичними апаратами. Вивчена поширеність сагітальних аномалій та деформацій зубощелепного апарату у

змінному періоді прикусу. Розроблено новий ортодонтичний апарат з рухомою похилою площиною для лікування сагітальних аномалій прикусу. Проведено механіко-математичні дослідження дії ортодонтичного апарата з рухомою площиною. Науково обґрунтовані нові підходи до лікування сагітальних аномалій прикусу. Розроблено алгоритм лікування сагітальних аномалій прикусу за допомогою ортодонтичного апарата з рухомою похилою площиною та оцінена його ефективність.

Для вирішення поставлених у дисертації завдань автором проведені клінічні, антропометричні, рентгенологічні, функціональні, механіко-математичні та статистичні методи дослідження.

Отримані результати дисертаційної роботи, проведених наукових досліджень, висновки та практичні рекомендації базуються на достатній кількості клінічних спостережень (обстежено 724 осіб віком від 6 до 12 років в дошкільних закладах та школах м. Києва, Київської та Житомирської областях, а також 98 пацієнтів з сагітальними аномаліями прикусу, що звернулися за ортодонтичною допомогою на кафедру ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології НМУ імені О. О. Богомольця) та лабораторних досліджень. Використані методи сучасні, адекватні поставленим завданням дисертаційної роботи та дозволяють отримати достовірні результати, які оброблені математичними методами за допомогою персональних комп'ютерів.

Наукова новизна одержаних результатів

Доповнено наукові дані про поширеність та клінічні особливості сагітальних аномалій прикусу у дітей в змінному періоді прикусу. За допомогою механіко-математичних методів проаналізовано механізм дії ортодонтичних апаратів з рухомою похилою площиною, що використовуються для лікування сагітальних аномалій прикусу у дітей. Запропоновано конструкцію нового ортодонтичного пристрою для лікування

сагітальних аномалій прикусу – апарата з рухомою похилою площиною. Вперше визначено клінічні критерії для його застосування.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що розроблена дисертантом конструкція нового ортодонтичного апарата з рухомою похилою площиною дозволяє підвищити ефективність ортодонтичного лікування сагітальних аномалій прикусу у дітей.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в практичну діяльність та навчальний процес кафедри ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології та Стоматологічного медичного центру НМУ імені О. О. Богомольця, дитячої стоматологічної поліклініки Подільського району м. Києва, Житомирської обласної стоматологічної поліклініки, дитячої стоматологічної поліклініки м. Житомира, кафедри стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

Отримані результати проведених досліджень відображені в достатній кількості (15) наукових праць, в тому числі, із них 6 статей у наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 1 – в іншому виданні, 3 – у зарубіжних фахових виданнях, 5 публікацій у матеріалах з'їздів та науково-практичних конференцій. Отримано один Деклараційний патент на корисну модель.

III. Оцінка змісту роботи, її значення в цілому, зауваження щодо оформлення

Дисертаційна робота Н.М. Дорошенко «Використання рухомих похилих площин при лікуванні сагітальних аномалій прикусу» побудована за традиційною схемою і складається зі вступу, огляду літератури, розділу

«Матеріали та методи дослідження», 3 розділів власних досліджень, аналізу і обговорення результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних літературних джерел, який містить 236 бібліографічних джерел (із них 101 іноземних авторів). Обсяг основного тексту – 214 сторінок (із них 24 сторінки списку літератури). Фактичні дані наведені у 38 таблицях та ілюстровані 51 рисунком.

У «Вступі» автор на підставі вивчення найважливіших джерел літератури останніх років обґрунтовує актуальність теми дисертації, достатньо чітко формулює мету та практичне значення роботи, впровадження її результатів в практику, ступінь опублікованості у друкованих виданнях. Вступ викладено на 7 сторінках. Особливих зауважень не містить, окрім деяких уточнень, а саме: на 23 стор. в публікаціях – 1 друкована робота – «в іншому виданні» – якому? «Ортодонтчна патологія» (стор. 18) – невдалий вираз, на наш погляд, краще писати «зубощелепна патологія».

Розділ 1 «Огляд літератури» складається із 7 підрозділів, в яких висвітлюються поширеність сагітальних аномалій прикусу в період змінного прикусу (1.1.); етіологія аномалій прикусу в сагітальній площині (1.2.); ріст лицевого скелету в аспекті сагітальних аномалій прикусу (1.3.); особливості клінічних проявів сагітальних аномалій прикусу у змінному періоді (1.4.); діагностика сагітальних аномалій прикусу (1.5.), що включає антропометричні методи діагностики (1.5.1.), функціональну діагностику жувальних та м'язових м'язів (1.5.3.); методи профілактики та лікування сагітальних аномалій прикусу у змінному періоді (1.6.), зокрема з використанням похилих площин в ортодонтії (1.6.1.); застосування методів механіко-математичного моделювання в ортодонтії (1.7.).

В цілому розділ 1 викладений досить інформативно на 45 сторінках. Розділ написаний змістовно з висвітленням дисертантом проблеми що вивчалася. Щодо зауважень то вони наступні:

- розділ досить об'ємний, особливо підрозділ 1.7. про застосування методів механіко-математичного моделювання в ортодонтії (на 11 сторінках), тоді як «Цефалометричні методи діагностики» - на 1 сторінці;

- невдалі вирази: «ортодонтична патологія», «частота аномалій», «приросту ортодонтичної патології» (стор. 25 та ін.), «складна етіологія», «комплексна патологія» (стор. 29), «центрами зростання служать синхондрози і хрящі» (стор. 34).

Розділ 2 «Матеріали та методи дослідження» складається із 4 підрозділів: представлено структуру проведених досліджень (2.1.); клінічні та додаткові методи досліджень (2.2.), які включають клінічне обстеження (2.2.1.), антропометричні дослідження (2.2.2.), рентгенологічні методи дослідження, зокрема цефалометрію (2.2.3.), функціональні методи діагностики, включаючи електроміографію (2.2.4); клініко-лабораторні етапи виготовлення ортодонтичних апаратів з рухомою похилою площиною при лікуванні сагітальних аномалій прикусу (2.3.); методику механіко-математичного моделювання лікування сагітальних зубощелепних аномалій за допомогою ортодонтичних апаратів з рухомою похилою площиною (2.4.), зокрема методику розрахунку основних параметрів кручення (2.4.1.).

Розділ 2 викладено на 42 сторінках, містить 5 таблиць та 11 рисунків. Щодо зауважень то вони наступні:

- не коректно представляти форо дисертанта в класі з учнями та викладачем (стор. 70).

- Метод Nance для визначення довжини зубної дуги у пацієнтів з сагітальними аномаліями прикусу, саме в змінному періоді прикусу, не зовсім підходить у зв'язку зі зміною зубів та появою дефектів зубного ряду. А метод Hyskaba, який базується по розрахункам за формулою з урахуванням розмірів перших постійних молярів та премолярів саме на ортопантомограмах не зовсім точний за відомих причин.

- не доцільно описувати в «Цефалометричних дослідженнях» так детально всі точки та орієнтири застосованих дисертантом методів розшифровки цефалограм, а тільки ті що вивчалися;

- відстань від ANS до PNS не може характеризувати розмір тіла верхньої щелепи, бо передня носова ость (ANS) у кожного пацієнта має різну довжину (від точки А до ANS).

Розділ 3 «Поширеність сагітальних аномалій прикусу в період змінного прикусу» викладено на 7 сторінках, містить 6 таблиць та 5 рисунків. Автором наведені дані обстеження 724 осіб віком від 6 до 12 років в дошкільних та шкільних закладах. Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій представлена у віковому аспекті, але є зауваження до даного розділу, а саме:

- доцільно було би представити розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій не тільки за віком, а й за регіоном проживання (Київ, Київська та Житомирська області), а ці дані, сподіваємося, у дисертанта є;
- застосовуються некоректні вирази: «частоти та розповсюдженості ЗЩА» (або, або) – це різні поняття; «патології не виявлено у 83 (11,43 %) дітей»; «декілька патологій»; «інші патології», які? «множини кожної з патологій склали» (стор. 102-103); «прирост патологій» та ін.

Розділ 4 «Механіко-математичне моделювання ортодонтичного лікування з використанням апаратів з рухомою похилою площиною» викладений на 17 сторінках, містить 5 таблиць та 12 рисунків. Розділ складається із трьох підрозділів, а саме: «Розподіл зусиль у зубощелепному апараті при лікуванні мезіального прикусу за допомогою функціонально-направляючих апаратів з рухомою похилою площиною» (4.1.); «Розподіл зусиль у зубощелепному апараті при лікуванні дистального прикусу за допомогою функціонально-направляючих апаратів з рухомою похилою

площиною» (4.2.) та «Стабільність ортодонтичних сил у функціонально направляючих апаратах з рухомою похилою площиною» (4.3.).

Весь розділ 4 поданий на високому професійному рівні і зауважень до розділу немає.

Розділ 5 «Діагностика і лікування сагітальних аномалій прикусу рухомими похилими площинами у змінному періоді прикусу» представлено на 43 сторінках і складається із п'яти підрозділів.

У першому підрозділі (5.1.) представлена клінічна діагностика 98 пацієнтів віком від 6 до 12 років з сагітальними аномаліями прикусу. Дисертант звертає увагу на наявність шкідливих звичок у дітей, притаманних певній формі сагітальних аномалій прикусу, підкреслює важливість раннього виявлення порушень в зубощелепному апараті, роль санації порожнини рота.

Другий підрозділ «Алгоритм лікування пацієнтів із сагітальними аномаліями прикусу» (5.2.) викладений на 5 сторінках. Автор підкреслює важливість мотивації у пацієнтів до ортодонтичного лікування. Знову детально описує запропоновані нею апарати, їх дію та показання до застосування, а також переваги.

Третій підрозділ «Антропометричний аналіз ефективності застосування апаратів з рухомою похилою площиною» (5.3.) представлено на 7 сторінках, містить 8 таблиць. Дисертант підкреслює важливе діагностичне значення антропометричних вимірювань контрольних гіпсових моделей, особливо у дітей молодшого віку, і доводить доцільність розподілу пацієнтів у різні підгрупи, в залежності від результатів початкових даних. Це дозволяє, як вказує автор, визначати не тільки ступінь невідповідності довжини та ширини зубних дуг, а й прослідкувати динаміку їх змін в процесі лікування запропонованими нею апаратами з рухомою похилою площиною у пацієнтів із сагітальними аномаліями прикусу.

В четвертому підрозділі представлено «Функціональне дослідження м'язів зубощелепного апарату під час лікування» (5.4.). підрозділ викладено на 10 сторінках, містить 4 таблиці та 3 рисунки. Дані проведеного дисертантом дослідження показали, що у пацієнтів з мезіальним прикусом спостерігається переважання власне жувальних м'язів, порушення м'язової рівноваги та порушення їх скоординованої рефлекторної діяльності. У пацієнтів з дистальним прикусом спостерігалися ознаки перевантаження скроневих м'язів, наявність спонтанної активності їх в стані фізіологічного спокою та біоелектричної активності. У результаті аналізу та порівняння даних електроміографії після лікування запропонованими автором апаратами доведено, що у пацієнтів з мезіальним і дистальним прикусом відбувалася нормалізація жувального циклу (на 100 %), збільшення кількості жувальних циклів (на 96,1 %), відсутність ознак парафункціональних проявів у м'язах зі зникненням спалахів спонтанної активності у стані спокою (на 100 %).

У п'ятому підрозділі представлено «Цефалометричний аналіз ефективності застосування апаратів з рухомою похилою площиною» (5.5.). підрозділ викладено на 21 сторінці, містить 6 таблиць та 10 рисунків. В ньому представлені дані цефалометричного дослідження 96 цефалограм 48 пацієнтів до та після лікування апаратами з рухомою похилою площиною. Результати дослідження цефалограм пацієнтів з мезіальним та дистальним прикусом наведені в окремих таблицях. Окремо представлено «Цефалометричну діагностику скронево-нижньощелепного суглоба» (5.5.1.). Аналіз цефалограм за методом Sassouni Plus засвідчив, що у пацієнтів як з мезіальним так і дистальним прикусом превалювали скелетні форми зубощелепної аномалії. Застосування запропонованих дисертантом апаратів з рухомою похилою площиною дозволяло покращити міжрізцеві співвідношення на зубоальвеолярному рівні за рахунок зміни нахилу фронтальних зубів та зміщення нижньої щелепи вперед – при дистальному прикусі або назад – при мезіальному прикусі з відповідними змінами в скронево-нижньощелепному суглобі, зокрема в положенні суглобових

головок. Так суглобовий кут (\angle N-S-Ar) при мезіальному прикусі після лікування дещо збільшувався, що свідчило про незначне зміщення суглобових головок дистально, а при дистальному прикусі даний кут зменшувався (від 1° до 4°), що вказувало на зміщення суглобової головки, а значить і самої нижньої щелепи, вперед. Вертикальні зміни суглобової головки характеризувала величина \angle H, яка до лікування у пацієнтів з сагітальними аномаліями прикусу мала тенденцію до зменшення, що свідчило про супрапозицію суглобової головки, а після лікування спостерігалось збільшення даного кута, тобто зміщення суглобової головки донизу. В даному підрозділі (5.5.1.) дисертант наводить приклади лікування пацієнтів, окремо з мезіальним та дистальним прикусом, до та після лікування, демонструючи співвідношення зубів з апаратом, а також цефалограмами та таблицями, тобто проводить детальну оцінку результатів апаратного лікування. Всі рисунки високої якості та демонструють позитивні результати лікування. Проте до розділу 5 є деякі зауваження, а саме:

- велику кількість таблиць, що займають 1/3 тексту, доцільно було би перенести у додаток;
- враховуючи значний діапазон віку пацієнтів (з 6 до 12 років) слід було виділяти групи за віком (наприклад: з 6 до 9 років та з 10 до 12 років), щоб представити зміни вимірюваних параметрів у віковому аспекті, тобто в процесі формування зубощелепного апарату;
- критикуючи методи розшифровки цефалограм, які базуються на даних кутових та лінійних вимірювань, дисертант також вдається до лінійних вимірювань, характеризуючи ступінь невідповідності довжини щелеп за Sassouni Plus;
- некоректні вирази: «діагностичні моделі верхніх щелеп пацієнтів з мезіальним (дистальним) прикусом були розподілені на дві групи» (стор. 130);

- при визначенні довжини тіла верхньої щелепи не можна керуватися величиною відстані від точки “SNP” до “SNA”, тому що підносова точка “SNA” розташована дещо далі від точки “A” – передньої точки основи верхньої щелепи.

В заключному аналізі та обговоренні результатів, викладеному на 18 сторінках, автор достатньо повно аналізує фактичний матеріал, зіставляє його з даними літератури і підходить до основних теоретичних узагальнень та практичних рекомендацій. Практичні рекомендації є чітко сформульованими та доступними для практичної реалізації в закладах охорони здоров'я.

В авторефераті та опублікованих працях автор достатньо повно відобразила основні положення дисертації.

Вказані у відгуці зауваження не принципові і не знижують великого науково-практичного значення роботи.

В плані дискусії прошу дати відповіді на такі запитання:

1. За допомогою яких цефалометричних параметрів Вами визначалась величина щелеп?
2. Які були показання до застосування запропонованих Вами апаратів з рухомими похилими площинами у пацієнтів з сагітальними аномаліями прикусу і чи мав значення при цьому тип росту лицевого черепа?
3. Чи спостерігалися ускладнення і які, а також рецидиви після лікування?
4. Які показники цефалометричних вимірювань свідчать про скелетну форму аномалії?
5. Сагітальні аномалії прикусу, як відомо, можуть бути ускладнені порушеннями у вертикальній площині. Якою була Ваша тактика лікування при цьому?

Висновок

Дисертаційна робота Наталії Миколаївни Дорошенко «Використання рухомих похилих площин при лікуванні сагітальних аномалій прикусу», представлена на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія, являє собою закінчене наукове дослідження присвячене вирішенню актуальної наукової задачі – підвищенню ефективності лікування сагітальних аномалій прикусу шляхом удосконалення діагностики, розробки нових ортодонтичних апаратів з рухомою похилою площиною і визначення показань до їх застосування в період змінного прикусу. За своєю актуальністю, метою та завданням дослідження, достовірністю та обґрунтованістю отриманих результатів, висновків та практичному значенні дисертація Н. М. Дорошенко повністю відповідає вимогам пункту 11 «Порядку присудження наукових ступенів та присвоєння вчених звань старшого наукового співробітника», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України № 567 від 24 липня 2013 року (із змінами внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 656 від 19 серпня 2015 року), а її автор Дорошенко Наталія Миколаївна заслуговує на присвоєння наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія.

Офіційний опонент:

завідувач кафедри ортопедичної

стоматології та ортодонції

ПВНЗ «Київський медичний університет»

д.мед.н., професор



Дорошенко С.І.

*Підписи засвідчено
начальником відділу кадрів*



О. Браймун