

ВІДГУК

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора Смаглюк Любов Вікентіївни на дисертаційну роботу Петриченко Олександри Володимирівни за темою «Обґрунтування ефективності раннього лікування та профілактики зубощелепних аномалій у дітей з мовними порушеннями», подану до офіційного захисту на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія у спеціалізовану вчену раду Д 26.613.09 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України

Актуальність теми дослідження. Високий відсоток розповсюдженості зубо-щелепних аномалій та деформацій на рівні 70-80% обумовлює важливість і актуальність проблеми надання ранньої ортодонтичної допомоги населенню України. Серед етіологічних чинників патологічного розвитку структур щелепно-лицевої ділянки найбільший відсоток припадає на порушення функцій (ковтання, мовлення, дихання, жування, змикання губ, СНЩС). Фактори впливу функціонального подразнення, як стимулятора росту та формування анатомічних структур щелепно-лицевої ділянки, починають діяти після народження дитини і мають вплив протягом всього життя людини, але з найбільшим акцентом на період тимчасового та змінного прикусів. Спотворене функціональне навантаження у вигляді дитячих шкідливих звичок (ротове дихання, інфантильне ковтання, неправильна вимова звуків, лінощі жування, в'яле змикання губ та ін.) призводять до формування зубо-щелепних аномалій. В той же час, необхідно відмітити, що аномалії прикусу, які розвинулись і поєднуються з порушеннями положення язика під час виконання ним функцій (ковтання, мовлення), характеризуються високим ступенем складності патології. Своєчасна діагностика і раннє лікування зубощелепних аномалій у дітей з парафункціями язика, і зокрема порушеннями мовлення, забезпечують нормалізацію як процесів росту і розвитку кісткових

структур щелепно-лищевої ділянки, так і психо-емоційного розвитку дитини, що зумовлюється міждисциплінарною співпрацею ортодонта, психолога і логопеда.

Все вище викладене обумовлює важливість і актуальність вибраної теми, завдань і мети дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана у відповідності до Програми фундаментальних та прикладних наукових робіт МО України, Державної програми будівництва та розвитку ЗС України та згідно з планами проведення науково-дослідних робіт Департаменту охорони здоров'я МО України в рамках науково-дослідних робіт, що виконувались в Українській військово-медичній академії «Розробка медико-організаційних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в аспекті профілактики неінфекційних та інфекційних захворювань серед військовослужбовців ЗС України», шифр «Здоров'я-3», номер державної реєстрації 0114U003804. Автор є безпосереднім виконавцем фрагментів зазначеної науково-дослідної роботи.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, їх достовірність. Наукові положення, висновки і рекомендації, сформульовані у дисертації, цілком обґрунтовані, об'єктивні, впливають зі змісту роботи. Достовірність наукових положень та висновків підтверджується верифікацією результатів. Робота базується на всебічному обстеженні 106 дітей 3-8 років, у яких спостерігалися зубощелепні аномалії у поєднанні з механічною дислалією з використанням клінічних, антропометричних, рентгенологічних, логопедичних, функціональних (електроміографічних, палатографічних) і статистичних методів діагностики.

Наукові положення, висновки та рекомендації, що наведені в кінці кожного розділу дисертації, є чіткими та інформативними, впливають зі змісту роботи, достатньо обґрунтовані доказовим матеріалом і дають рекомендації щодо їх використання. При оцінці отриманих даних застосовувались об'єктивні критерії та методи варіаційної статистики.

Таким чином, достовірність результатів, висновків і практичних рекомендацій ґрунтується на достатньому обсязі клінічних досліджень і підтверджується положеннями та результатами дисертаційної роботи, які були оприлюднені на: засіданні кафедри щелепно-лицевої хірургії та стоматології та спільному засіданні кафедр Української військово-медичної академії МОЗ України; ІХ науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні аспекти ортодонтії», м. Київ (2012р.); 1-му Національному українському стоматологічному конгресі, м. Київ (2012р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасна ортодонтія – шлях професійного розвитку», м. Київ (2012р.); 90-му конгресі Європейської асоціації ортодонтів, Польща, Варшава, (2014р.); засіданні секції молодих науковців в рамках науково-практичної конференції "Сучасна ортодонтія - перспективи розвитку", м. Київ (2015р.), конференції "Ортодонтичний статус – показник стоматологічного здоров'я", присвяченій 90-річчю від дня народження професора Л.П. Григор'євої, м. Полтава (2017р.); конференції молодих ортодонтів, м. Київ (2017р.).

Новизна основних положень і висновків дисертації, її наукове і практичне значення. Наукова новизна дослідження полягає в тому, що автором на основі проведених досліджень уточнено наукові дані щодо основних факторів, які сприяють виникненню зубощелепних аномалій, клінічних особливостей проявів патології прикусу у дітей з різними видами порушень звуковимови. Визначені основні порушення артикуляційної моторики у обстежених дітей в залежності від виду патології прикусу. Так, у 90,9% дітей 3-5 років та 95,2% - 6-8 років при мезіальному прикусі, у 82,6% і 86,2% відповідно віку при дистальному прикусі - порушувалася вимова свистячих та шиплячих звуків. У пацієнтів 6-8 років у 53,2% з дистальним прикусом спостерігали фрикативну вимову [P, P'], заміну її на звуки [Г, Г']. Вперше визначено зростання ступеню тяжкості логопедичної патології з віком пацієнтів із зубощелепними аномаліями ($p \leq 0,05$).

На підставі вивчення комп'ютерної оклюзіографії виявлені особливості оклюзіограм у обстежених груп пацієнтів, а саме: зростання індексу асиметрії відносної сили між сторонами зубних рядів, передчасні контакти, неправильне

розташування траєкторії сумарного вектора оклюзійного навантаження та збільшення часу максимальної кількості зубних контактів ($0,42 \pm 0,02$ сек., $0,57 \pm 0,04$ при дистальному прикусі в I і II групах спостереження порівняно із контролем – $0,27 \pm 0,02$ сек. і $0,24 \pm 0,03$ сек.) ($p \leq 0,05$).

На підставі отриманих клініко-лабораторних досліджень автором розроблена методика лікування зубощелепних аномалій у пацієнтів з мовними порушеннями в періоді тимчасового та раннього змінного прикусів із використанням ортодонтичних апаратів, модифікованої міогімнастики, тейпування обличчя та оцінена її ефективність. Вперше систематизовано комплекс артикуляційної міогімнастики для дітей з порушеннями звуковимови, що включає вправи для нормалізації тонуся язика і кругового м'язу рота.

Запропонована методика дозволила нормалізувати клініко-рентгенологічні, антропометричні показники, усунути шкідливі звички, відновити артикуляційну моторику язика і функціональну активність м'язів щелепно-лицьової ділянки. Підвищення ефективності лікування доведено за рахунок скорочення загального терміну лікування у пацієнтів групи дослідження.

Основні наукові та практичні положення дисертаційної роботи впроваджені в лікувальну практику КП «Міська стоматологічна поліклініка», в учбовий процес Української військово-медичної академії, Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

Оцінка змісту дисертації та її завершеність. Дисертаційна робота Петриченко О.В. на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук викладена українською мовою на 166 сторінках комп'ютерного тексту. Дисертація оформлена згідно останніх вимог МОН України (наказ № 40 від 12.01.2017 р. «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації») і складається з анотацій, вступу, огляду літератури, розділу «Матеріал та методи дослідження», двох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, переліку використаних джерел, що містить 150 джерел (119 написаних кирилицею та 30 латиницею).

В **анотаціях**, які викладені на 9 сторінках, на державній та англійській мовах представлено коротке резюме основних результатів дослідження із зазначенням наукової новизни та практичного значення роботи. Наприкінці анотацій наведено список публікацій здобувача за темою дисертації.

«**Вступ**» викладений автором на 6 сторінках. Тут детально обґрунтовано актуальність теми дисертаційної роботи, зв'язок з науковими програмами, планами та темами, визначено мету та завдання дослідження, донесено наукову новизну та практичне значення одержаних результатів. Відповідно до мети та завдань роботи, опрацьовано і визначено методи, об'єкт і предмет дослідження.

Матеріали дисертаційної роботи всебічно висвітлені у наукових працях (11) та виступах на конференціях і з'їздах. Всі підрозділи вступу сформульовані стисло і зрозуміло.

Розділ 1 «Огляд літератури» базується на аналізі 150 тематичних літературних джерел і висвітлює сучасний стан проблеми. Розділ викладений на 20 сторінках і складається з шести підрозділів.

У *підрозділі 1.1 «Взаємозв'язок аномалій і деформацій прикусу з функціональним станом щелепно-лицевої ділянки»* автор детально аналізує дані літературних джерел щодо питання етіології, клініки та патогенезу аномалій і деформацій щелепно-лицевої ділянки. Наведені автором наукові дослідження підтверджують взаємозв'язок між всіма функціями щелепно-лицевої ділянки і їх вплив на розвиток кісток лицьового відділу черепа, щелеп і прикусу. Водночас, автор концентрує увагу на важливості в цьому аспекті функції мовлення. Автор зупиняється на взаємозв'язку між механічними і функціональними проблемами артикуляційного відділу: щелеп, твердого та м'якого піднебіння, язика, губ, щік.

У *підрозділі 1.2 «Вплив логопедичних порушень на зубощелепні аномалії у дітей»* автор чітко зауважує на взаємозв'язку між анатомічними порушеннями щелепно-лицевої ділянки при ЗЩА та різними проявами порушень мовлення. Один із важливих висновків, який висловлює автор – важливість інтеграції різних фахівців – ортодонтів, логопедів, психологів в наданні ранньої допомоги таким пацієнтам.

Методи дослідження анатомічних та функціональних порушень щелепно-лицевої ділянки автор описую в *підрозділі 1.3*. В *підрозділах 1.4, 1.5 та 1.6* надається коротка інформація що до методів ортодонтичної корекції порушень функції мовлення методами: міогімнастики; сучасними стандартним ортодонтичними апаратами та корекції функції м'язів щелепно-лицевої ділянки методом тейпування.

В цілому, огляд літератури достатньо інформативний, всебічно висвітлює обраний напрямок дослідження, написаний чітко і послідовно, складає 19% об'єму основної частини тексту дисертації. Зауважень до розділу немає.

Розділ 2 «Матеріал та методи дослідження» викладений на 18 сторінках і складається з 7 підрозділів. *Підрозділ 2.1* надає загальну характеристику по розподілу 106 пацієнтів, взятих на обстеження і лікування віком від 3 до 8 років, на дві вікові групи (I група - 3-5 років – 47 дітей; II група - від 6 до 8 років - 59 дітей). Кожна група розподілена на дві підгрупи: А та В в залежності від патології прикусу (дистальний і мезіальний). Групу контролю склали 23 дитини без ЗЩА та мовних порушень віком від 3-х до 5-ти років (11 осіб) і від 6-ти до 8-ми років (12 осіб).

Підрозділи 2.2-2.5 присвячені характеристиці клінічних, антропометричних, рентгенологічних та функціональних методів дослідження. Використані методи сучасні, інформативні, адекватні меті та завданням, забезпечують отримання чітких та достовірних результатів, на основі яких зроблені відповідні висновки.

В *підрозділі 2.6* «Методи лікування пацієнтів із сагітальними зубощелепними аномаліями, ускладненими дислалією в різних вікових групах» надається детальна інформація по лікувальній програмі в різних, як за віком, так і патологією прикусу групах пацієнтів.

Статистична обробка матеріалу проводилась з використанням комп'ютерних програм Microsoft Excel 2010 та Origin Pro 7.5 з оцінкою критеріїв Стьюдента.

Розділ побудовано логічно і послідовно, матеріал викладено доступно.

Зауваження. Не в усіх підрозділах надається інформація по кількості проведених досліджень.

Розділ 3 «Клінічна характеристика морфо-функціональних параметрів зубощелепної системи ортодонтичних пацієнтів із мовними порушеннями», викладений на 31 сторінці і складається з 9-ти підрозділів.

Підрозділ 3.1. **«Результати анамнестичного та клінічного обстеження пацієнтів досліджуваних груп»** присвячений детальному аналізу визначених автором патології м'яких тканин порожнини рота і навколоротових м'язів; стану зубів, форми зубних дуг; поширеності шкідливих дитячих звичок. Результати дослідження довели, що найбільший відсоток серед етіологічних факторів виникнення ЗЩА в поєднання з мовними порушеннями припадає на зміни тонузу колового м'язу рота: 56% у пацієнтів I-ої групи і 63,2% - пацієнтів II-ої групи з дистальним прикусом. Друге місце серед етіологічних чинників займає порушення тонузу язика – від 48% в групі I-A до 57,1% в групі II-B. Автор зауважує, що з віком від 3-х до 8-ми років відбувається збільшення кількості випадків з порушенням параметрів, що вивчаються.

Зауваження: «Ви говорите про порушення тонузу певних м'язів (колового м'язу рота і м'язу язика). Для такого висновку необхідно використовувати тонометрію. Згідно з даними клінічного обстеження, Ви можете оцінити тільки функціональний стан цих м'язів».

Підрозділ 3.2. «Результати аналізу контрольно-діагностичних моделей щелеп пацієнтів досліджуваних груп» автор в 100% випадків відмічає зміни розмірів зубних дуг, згідно з вимірами за Долгополовою в I-й віковій групі і за Pont A. (з поправками Linder, Hart) і G. Korkhaus в II-й віковій групі.

Оцінка палатограм 106 пацієнтів, що представлено в *підрозділі 3.3*, виявила зміщення «злизаних ділянок» при вимові звуків «С» і «Т» в напрямку м'якого піднебіння в 56% і 64%, та і 63,2% і 68,4% в I і II-й вікових групах відповідно у пацієнтів із дистальним прикусом; в напрямку верхньої фронтальної групи зубів переважно спостерігали у пацієнтів із мезіальним прикусом: у 63,6% і 54,5% відповідно в I-й віковій групі і 71,4% і 66,6% в II-й. Відмічено значне погіршення топографії «злизаних ділянок» під час ковтання у пацієнтів II групи порівняно із особами I групи. Так, їх розташування в напрямку верхньої фронтальної групи

зубів при ковтанні спостерігали у 84,0 % осіб в I групі і у 94,7% осіб II групи з дистальним прикусом. При мезіальному прикусі аналогічні показники склали 40,9 % і 52,4 % відповідно.

В *підрозділі 3.4*. «Результати рентгенологічного обстеження пацієнтів», який займає 1 сторінку автор надає лише описову інформацію по 59 панорамних рентгенограмах без узагальнюючого висновку.

Підрозділах 3.5 «Оцінка залежності порушень звуковимови від виду зубощелепних аномалій», *3.6* «Результати дослідження артикуляційної моторики у пацієнтів досліджуваних груп» і *3.7* «Результати дослідження мовлення у пацієнтів досліджуваних груп» автор зупиняється лише на особливостях положення язика під час вимови певних звуків, оцінці артикуляційної моторики і стану звуковимови за певною бальною шкалою у пацієнтів із патологічними видами прикусу (дистальний і мезіальний), не порівнюючи отримані результати із групою контролю. В цілому ці підрозділи можна було б об'єднати в один.

Дослідження функціонального стану жувальних м'язів (*підрозділ 3.8*: «Дослідження функціонального стану жувальних м'язів у пацієнтів досліджуваних груп») виявили зниження середньої амплітуди біопотенціалів м'язів, як при пробі стиснення, так і при проведенні проби довільного жування. Так, при проведенні проби максимального стиснення, показники при дистальному прикусі склали відповідно до правого і лівого жувальних м'язів $366 \pm 6,9 \text{ мкВ}$ і $368 \pm 12,1 \text{ мкВ}$ проти $535,0 \pm 12,3 \text{ мкВ}$ і $483,0 \pm 12,8 \text{ мкВ}$ аналогічних показників контрольної підгрупи ($p \leq 0,05$). Показники коефіцієнта «К» значно погіршувалися і становили при дистальному прикусі - $1,23 \pm 0,04$ і $1,26 \pm 0,03$ відповідно до правого і лівого жувального м'язів, а при мезіальному - $1,34 \pm 0,02$ і $1,29 \pm 0,04$. Автор відмічає погіршення, як якісних, так і кількісних показників ЕМГ з віком пацієнтів.

В *підрозділі 3.9* «Динаміка оклюзійних співвідношень зубощелепної системи за даними оклюзіографії та електроміографії» автор вказує на визначені оклюзійні порушення у пацієнтів I та II груп спостереження в порівнянні із контрольною групою (передчасні оклюзійні контакти на природніх зубах, зміни напрямку траєкторії сумарного вектора оклюзійного навантаження). Так, у дітей

із патологією прикусу, через нефізіологічний перерозподіл жувального тиску індекс асиметрії в досліджуваних групах значно зростав порівняно із показниками контрольних підгруп і становив стосовно I і II груп - $14,7 \pm 3,9\%$, $23,2 \pm 2,7\%$ при дистальному прикусі проти показників контролю - $5,1 \pm 1,2\%$ і $6,4 \pm 1,2\%$ відповідно ($p \leq 0,05$). Відмічалось зростання проміжку часу від першого до стабільного множинного оклюзійного контакту у разі дистального прикусу - $0,28 \pm 0,04$ сек і $0,33 \pm 0,02$ сек - при мезіальному прикусі проти $0,22 \pm 0,03$ сек. У пацієнтів II групи аналогічні показники склали $0,37 \pm 0,01$ сек і $0,38 \pm 0,03$ сек проти показників контролю - $0,16 \pm 0,01$ сек ($p \leq 0,05$). Час дисклюзії також значно зростав.

У всіх пацієнтів із патологією прикусу спостерігали збільшення часу настання максимальної кількості зубних контактів. Так, у осіб із дистальним прикусом I і II вікових груп ці показники становили - $0,42 \pm 0,02$ сек., $0,57 \pm 0,04$ сек., а в групі контролю – $0,27 \pm 0,02$ сек і $0,24 \pm 0,03$ сек відповідно ($p \leq 0,05$).

При проведенні аналізу в порівнянні із показниками ЕМГ визначена пряма кореляційна відповідність між часом дисклюзії (DT) і функціональною активністю жувальної мускулатури, а саме – одночасно із збільшенням часу дисклюзії у пацієнтів із патологією прикусу подовжувалася фаза активності і зменшувалася фаза спокою жувальної мускулатури, показники коефіцієнта «К» зазнавали значних змін.

На нашу думку, підрозділ 3.8. і 3.9 могли б бути об'єднані в один.

Розділ 4 «Результати лікування пацієнтів з зубощелепними аномаліями, які ускладнені мовними порушеннями» складається з 8-ми підрозділів і викладений на 32 сторінках.

В підрозділі 4.1 автором представлено матеріали щодо термінів лікування пацієнтів двох вікових груп в залежності від патології прикусу і вибраної методики лікування. Підрозділ ілюстрований 7 таблицями. Більшу клінічну ефективність ортодонтичного лікування за терміном лікування та нормалізацією артикуляційної моторики визначено в підгрупах, в яких використовували запропоновану автором методику. Так, за авторською методикою, найбільший процент ді-

тей мали позитивний результат через 6-12 місяців лікування (в I групі – 72,8% і в II -79,3%) на відміну від підгруп, де лікування проводилось за стандартною методикою (60% і 23,3% відповідно).

Результати визначення змін форми зубних дуг у пацієнтів досліджуваних груп в динаміці ортодонтичного лікування (*підрозділ 4.2.*) довели також ефективність запропонованої автором методики лікування з використанням міогімнастики й тейпування. Так, серед пацієнтів, які лікувалися за запропонованою методикою, на відміну від стандартної методики лікування з використанням тільки ортодонтичних пристроїв, патологічні форми зубних дуг через 12 місяців не діагностувались в жодної особи. Результативність авторської методики доведена і даними антропометричних вимірювань діагностичних моделей щелеп (*підрозділ 4.3.*).

В *підрозділі 4.4.* «Визначення показників палатограм в динаміці ортодонтичного лікування пацієнтів досліджуваних груп» доведено погіршення стану положення язика як при вимові, так і при ковтанні у пацієнтів зі збільшенням віку. В той же час, за представленими автором відсотковими показники результатів палатограм досліджуваних груп пацієнтів, складно проаналізувати ефективність лікування порівнюваних груп.

Підрозділи 4.5 і 4.6 присвячені визначенню показників артикуляційної моторики і мовлення в динаміці ортодонтичного лікування. Автором відзначене значне погіршення артикуляційної моторики та показників дослідження мовлення як зі збільшенням віку досліджуваних, так і щодо осіб, яких лікували за допомогою загальноприйнятої методики. Однак, результати дослідження також представлені в таблицях в відсотках без визначених показників середньостатистичної похибки.

Проведене електроміографічне і оклюзіографічне дослідження (*підрозділи 4.7 і 4.8*) засвідчили, що нормалізація оклюзійних порушень у пацієнтів відбувалася паралельно із нормалізацією функціональної активності жувальної мускулатури у всіх пацієнтів, яким було проведено ортодонтичне лікування. Проте, значно швидше нормалізувалися як якісні, так і кількісні показники оклюзіогра-

фії і ЕМГ у пацієнтів, яким застосовували запропоновану методику ортодонтичного лікування як в I, так і в II групі дослідження.

Для ілюстрації результатів лікування автор наводить клінічний приклад пацієнта Л.8 років (амб. картка 229).

Зауваження до розділу: більшість результатів дослідження, які представлені в таблицях розділу надані без середньостатистичної похибки.

Розділ «Аналіз та узагальнення отриманих результатів» представляє резюме проведеної роботи і викладений на 25 сторінках комп'ютерного тексту. У ньому автор надає стисло інформацію про мету та завдання дослідження, описує методи дослідження, проводить аналіз та надає обґрунтовані пояснення результатам своєї роботи, порівнюючи їх з даними інших дослідників. Зауважень до даного розділу немає.

Висновки дисертації логічно завершують висвітлений матеріал і не викликають сумнівів.

Принципових зауважень до змісту, оформлення і стилю дисертації немає. Зміст автореферату ідентичний основним положенням дисертації.

Зауваження та дискусійні питання:

1. Яким чином на функцію мовлення можуть впливати м'язи під'язикової групи і які методи їх дослідження?
2. Чи не досліджували Ви стан і положення під'язикової кістки?
3. З якою метою Ви використовували тейпування в ділянці кругового м'язу рота і під'язикової групи м'язів?
4. Чим Ви можете пояснити зниження активності жувальних м'язів у пацієнтів досліджуваних груп?
5. В чому полягає різниця в термінах, які Ви використовуєте: «механічна дислалія», «порушення звуковимови» і «мовні порушення»?

ВИСНОВОК

Дисертаційна робота Петриченко Олександри Володимирівни за темою «Обґрунтування ефективності раннього лікування та профілактики зубощелеп-

них аномалій у дітей з мовними порушеннями», яка подана на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія, є завершеним науковим дослідженням, виконаним на сучасному науково-методичному рівні. Отримані нові обґрунтовані результати, сукупність яких вирішує актуальне завдання сучасної стоматологічної науки – підвищення ефективності лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями, ускладненими мовленевими порушеннями шляхом розробки і впровадження авторської методики.

За актуальністю теми, обсягом досліджень, обґрунтованістю й достовірністю наукових положень та висновків, науковою новизною і практичним значенням отриманих результатів дисертація Петриченко Олександри Володимирівни відповідає вимогам п. 11 «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 567 від 24.07.2013 р. (із змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 656 від 19.08.2015 р.), а її автор заоголошує присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія.

Офіційний опонент:

завідувач кафедри ортодонції

Української медичної стоматологічної академії

доктор медичних наук, професор,

Заслужений лікар України

Підпис засвідчую:

Секретар Вченої ради

Української медичної стоматологічної академії

доцент, кандидат медичних наук



Л.В. Смаглюк



В.Л. Філатова