

ВІДГУК

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора Дрогомирецької Мирослави Стефанівни на дисертаційну роботу Савіцької Тамари Дмитрівни «Удосконалення профілактики і лікування зубощелепних аномалій у дітей з дитячим церебральним паралічем», подану для захисту на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія у спеціалізовану вчену раду Д.41.563.01 в Державній установі «Інститут стоматології НАМН України»

Актуальність теми дослідження. Підвищити якість життя дітей хворих на дитячий церебральний параліч (ДЦП) можливо лише при об'єднання зусиль батьків, лікарів, логопедів, педагогів і соціальних працівників. Відомо, що діти із ДЦП відрізняються дискоординацією між антагоністичними групами м'язів, що приводить до розвитку патологічного рухового стереотипу, контрактур і деформацій, порушенню іннервації та виражених нейтротрофічних змін.

Дані літератури свідчать, що у дітей з ДЦП активно розвиваються стоматологічні захворювання – карієс зубів, захворювання пародонту і слизової оболонки порожнини рота, формуються зубощелепні аномалії, порушуються функції мови, жування і ковтання. За рахунок неконтрольованих рухів нижньої щелепи, губ і язика зубощелепні аномалії у дітей з ДЦП діагностуються у два рази частіше аніж у решти дітей. Порушення функції мимічних і жувальних м'язів, неправильне жування і ковтання часто є причиною патологічної оклюзії II класу і відкритого прикусу.

Дослідження функціонального стану жувальних і мимічних м'язів у дітей із спастичною і гіперкінетичною формами ДЦП підтверджують тонічну напругу цих груп м'язів у стані спокою внаслідок їх неповного розслаблення, обумовленого порушеннями нервово-рефлекторної регуляції з боку центральної нервової системи. Саме тому, для ортодонтичного лікування таких хворих деякі автори пропонують використовувати функціонально-діючі апарати в комплексі з масажем і гімнастичним вправами для лицьових м'язів.

У публікації останніх років багато уваги приділяється мультидисциплінарному підходу до реабілітації хворих на ДЦП з

використанням різноманітних методик впливу на пацієнта. Проте, досить часто у практичній ортодонтії використовуючи апаратурне лікування, при виборі методик сенсорної стимуляції у дітей з ДЦП більшість фахівців віддає перевагу аудіальній або візуальній стимуляції, натомість інтраоральна сенсомоторна стимуляція досі знаходить лише обмежене використання.

Таким чином, дана робота, мета якої полягає у підвищенні ефективності профілактики і лікування зубо-щелепних аномалій у дітей з дитячим церебральним паралічем шляхом поетапного застосування моноблокових міофункціональних апаратів та індивідуальних назубних кап є актуальною як з теоретичної так і практичної точки зору.

Дисертаційна робота є фрагментом сумісної науково-дослідної роботи кафедри ортодонтії Одеського національного медичного університету і ДУ «Інститут стоматології НАМН України»: «Розробити методи корекції кісткового метаболізму при проведенні лікувально-профілактичних заходів у дітей з карієсом зубів, флюорозом, гінгівітом та зубо-щелепними аномаліями» (№ ДР 0107U000907), де автор була виконавцем окремих фрагментів зазначеної теми.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій. Дисертаційна робота виконана на сучасному науковому рівні та достатній кількості клінічного матеріалу. Для вирішення поставлених задач автором проведені клінічні, антропометричні, функціональні, біометричні, рентгенологічні та статистичні дослідження. Автором використані сучасні методи дослідження, які повністю відповідають меті і задачам дослідження, що підтверджує достовірність отриманих результатів.

Для досягнення мети і реалізації задач дослідження обстежено 242 дитини у віці 3-10 років: 102 дитини з ДЦП та 140 практично здорових дітей. Комплексне клініко-лабораторне обстеження проведено 59 дітям у віці 6-10 років: 23 дітям з ДЦП та зубо-щелепними аномаліями (основна група), 24 дітям із зубо-щелепними аномаліями без соматичної патології (група порівняння), 12 дітям із фізіологічним прикусом без соматичної патології (група контролю).

Проведено біометричні вимірювання 35 пар діагностичних моделей щелеп, аналіз 45 ортопантомограм дітей, які перебували на ортодонтичному лікуванні, із них 21 дитина з діагнозом ДЦП. Поверхневу електроміографію жувальних м'язів проведено 59 дітям у віці 6-10 років. Результати клінічних спостережень, електроміографічних і біометричних досліджень були статистично оброблені.

Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях та авторефераті

Отримані автором результати проведених досліджень відображені в достатній кількості друкованих праць: за темою дисертаційної роботи опубліковано 10 друкованих праць, з них 5 статей (4 статті у наукових фахових виданнях України, 1 стаття у науковому виданні Польщі), 1 патент України на корисну модель, 3 тез доповідей в матеріалах науково-практичних конференцій, 1 посібник.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження

Встановлено високу частоту аномалій прикусу у дітей з дитячим церебральним паралічем: 52,9% у період молочного прикусу і 61,7% у період змінного прикусу. У період молочного прикусу спостерігається прогресуюче збільшення дітей з відкритим прикусом (з 5,9% у 3 річному віці до 43,5% у 5 річному віці, у середньому 25,4%), тоді як у період раннього змінного прикусу кількість дітей з відкритим прикусом (у середньому 23,4%) з віком практично не змінюється.

Показано, що у дітей з дитячим церебральним паралічем спостерігається затримка у формуванні коренів постійних зубів у всіх вікових періодах у порівнянні з практично здоровими дітьми.

Встановлено вищі показники амплітуд біопотенціалів власне жувальних і скроневих м'язів у дітей з дитячим церебральним паралічем і зубо-щелепними аномаліями в стані фізіологічного спокою, у порівнянні з дітьми із фізіологічним прикусом, тоді як при вольовому стисканні щелеп і при

максимальному стисканні ватного валику показники біопотенціалів жувальних м'язів значно переважали у дітей з фізіологічним прикусом.

Вперше запропоновано міофункціональний моноблоковий апарат для лікування аномалій прикусу у дітей з дитячим церебральним паралічем, який поєднує одночасне співставлення щелеп у конструктивному прикусі і сенсомоторну терапію (за рахунок масажних елементів) для впливу на м'язи язика, щік і губ.

Доведено ефективність поетапного застосування міофункціонального моноблокового апарату для лікування аномалій прикусу дітям з дитячим церебральним паралічем та індивідуальної назубної капи (заповненої лікувально-профілактичною зубною пастою) для профілактики ураження твердих тканин зубів і запальних процесів у тканинах пародонту.

Практична значимість роботи. Розроблено і апробовано в клініці ортодонції спосіб ефективного лікування аномалій прикусу і профілактики ураження твердих тканин зубів і запальних процесів в тканинах пародонту в дітей з дитячим церебральним паралічем і зубо-щелепними аномаліями.

Розроблений індивідуальний міогімнастичний моноблоковий ортодонтичний апарат, що дозволяє одночасно встановлювати щелепи у конструктивному прикусі і коректувати розташування язика та тонус мимічних і жувальних м'язів.

Оцінка змісту роботи, її значення у цілому, зауваження щодо оформлення.

Дисертаційна робота Савіцької Т.Д. «Удосконалення профілактики і лікування зубощелепних аномалій у дітей з дитячим церебральним паралічем» викладена українською мовою на 141 сторінці принтерного тексту і складається зі вступу, огляду літератури, 4 розділів власних досліджень, розділу аналізу та узагальнень результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, що містить 236 джерел (із них 113 написано латиницею). Дисертація містить 31 таблицю, ілюстрована 36 рисунками.

Вступ починається з актуальності теми роботи. Мета, задачі, об'єкт і предмет дослідження сформульовані конкретно і чітко та повністю узгоджуються з подальшими дослідженнями.

Розділ 1, «Зубощелепні аномалії у дітей з дитячим церебральним паралічем та методи їх лікування» - огляд літератури складається з трьох підрозділів. У першому підрозділі автор наводить дані літератури про розповсюдженість, етіологію і патогенез дитячого церебрального паралічу у дітей. У другому підрозділі автор аналізує стоматологічний статус дітей з ДЦП. У третьому підрозділі описані сучасні способи лікування зубощелепних аномалій у дітей з ДЦП. Суттєвих зауважень до розділу не має, хоча зустрічаються поодинокі граматичні описки і орфографічні неточності.

У **розділі 2 «Матеріали, об'єкти і методи дослідження»** автором надано характеристику досліджуваних груп дітей, викладено методи стоматологічного обстеження. Описані методи клінічних, антропометричних, функціональних, біометричних та рентгенологічних досліджень.

Зауваження до розділу: немає необхідності описувати детально гігієнічний індекс Федорова-Володкіної

Розділ 3 «Розповсюдженість зубощелепних аномалій, стан гігієни порожнини рота, пародонту і твердих тканин зубів у дітей з ДЦП» складається із двох підрозділів. Перший підрозділ присвячений вивченню розповсюдженості та структури зубощелепних аномалій у дітей із ДЦП у порівнянні із результатами обстеження соматично здорових дітей. Автор констатує, що майже у кожній другій дитині з ДЦП у молочному і змінному періодах прикусу є аномалії прикусу. Найчастіше (24,5%) діагностовано відкритий прикус, у змінному періоді прикусу спостерігається збільшення кількості випадків аномалій зубних рядів (27,6%), в основному за рахунок звуження зубного ряду і скупчення зубів. На думку автора, причиною цього може бути переважно ротове дихання та сповільнення інтенсивності росту щелеп.

У другому підрозділі надано результати визначення стану гігієни порожнини рота, пародонту і твердих тканин зубів у дітей з ДЦП, у якому автором встановлені високі показники інтенсивності карієсу зубів (кп – $7,2 \pm 1,3$, КПВ – $1,08 \pm 0,11$), визначено поганий рівень гігієни порожнини рота, що супроводжується запальними процесами у пародонті (РМА – 11,37 %, проба Шиллера-Писарева – $0,98 \pm 0,07$ бали, індекс кровоточивості – $0,78 \pm 0,41$ бали).

Розділ достатньо ілюстрований таблицями і рисунками. Зауважень до розділу не має

Розділі 4 «Клініко-лабораторні етапи виготовлення міофункціонального апарату і назубних кап» складається з двох підрозділів. У першому підрозділі обґрунтовується доцільність розробки міофункціонального апарату для профілактики і лікування ЗЩА у дітей з ДЦП. У другому підрозділі детально описано клініко-лабораторні етапи виготовлення міофункціонального апарату та назубних кап. Розділ ілюстровано рисунками, що значно допомагає в візуальній оцінці розробленого апарату. Зауваження до розділу не має.

Розділ 5 «Обґрунтування ефективності комплексного лікування зубощелепних аномалій у дітей з ДЦП» складається з 5 підрозділів. Автор спершу обґрунтовує доцільність комплексного лікування зубощелепних аномалій у дітей з ДЦП та надає узагальнену характеристику дітей взятих на ортодонтичне лікування.

Аналізуючи 24 ортопантомограми дітей з ДЦП і дітей із зубо-щелепними аномаліями без соматичної патології дисертант показала, що у дітей з ДЦП спостерігається незначна затримка у формуванні коренів постійних зубів у всіх вікових періодах, порушення строків прорізування зубів і пізні їх прорізування у змінному періоді прикусу.

Електроміографічними дослідженням показано, що у дітей з ДЦП і зубощелепними аномаліями були найвищі показники амплітуд БП в стані фізіологічного спокою власне жувальних і скроневих м'язів, тоді як у групі дітей із фізіологічним прикусом були найнижчими. При вольовому стисканні

щелеп і при максимальному стисканні ватного валику показники амплітуд БП жувальних м'язів значно переважали у дітей з фізіологічним прикусом.

Запропоноване комплексне ортодонтичне лікування зубо-щелепних аномалій у дітей з ДЦП включало використання міофункціонального ортодонтичного апарату та назубних кап на верхню і нижню щелепу, одну з яких один раз на тиждень заповнювали ременералізуючим гелем (зубною пастою «Lacalut fitoformula»).

За даними автора використання міофункціонального моноблокового апарату і назубних кап на верхню і нижню щелепу дозволило істотно зменшити тонус жувальних м'язів у дітей з ДЦП в стані фізіологічного спокою (зниження середніх показників амплітуд БП при відкритому прикусі *m. masseter* на 10,4 % (з правого боку) і на 8,8 % (з лівого боку), *m. temporalis* – відповідно на 2,8 % і на 2,2 %, при дистальному прикусі – відповідно *m. masseter* – на 17,4 % і на 12,8 %; *m. temporalis* – відповідно на 11,3 % і на 13,2 %), нормалізувати розташування язика, покращити пережовування їжі. Крім того, застосування зубних паст «Lacalut alpin» і «Lacalut fitoformula» для профілактики основних стоматологічних захворювань дітьми з ДЦП під час ортодонтичного лікування покращує стан гігієни порожнини рота (зниження індексу Федорова-Володкіної – на 27,3 %) та зменшує запальні процеси у тканинах пародонту (зменшення індексу РМА на 44,0 %, проби Шиллера-Писарева – на 14,5 %, індексу кровоточивості – на 53,6 %).

Розділ містить велику кількість таблиць і рисунків, наведено схему комплексного лікування зубощелепних аномалій у дітей з ДЦП.

Зауваження. Підрозділи 5.1 і 5.2 можна було об'єднати, а також доцільно результати аналізу ортопантомограм перенести у розділі 3.

У розділі “Аналіз та узагальнення результатів дослідження” автор підсумовує і аналізує результати клінічних та лабораторних досліджень. Зауважень до розділу не має.

Висновки, їх 6, повністю характеризують результати проведених досліджень, викладені обґрунтовано, у відповідності до поставлених задач дослідження.

Практичні рекомендації є доступними і конкретними та можуть бути використані у практичній роботі лікарів-стоматологів, спрямовані на попередження виникнення карієсу та хвороб пародонту на етапах ортодонтичного лікування дітей з ДЦП

В авторефераті та опублікованих працях автором достатньо повно відображено основні положення дисертації.

У роботі зустрічаються поодинокі друкарські описки та невдалі стилістичні вислови, які не мають принципового значення і суттєво не впливають на загальне позитивне враження від наукової праці, як за змістом, так і за оформленням.

Дисертаційна робота оформлена у відповідності до вимог, результати досліджень обґрунтовані і їх достовірність не викликає сумнівів.

У плані дискусії пропонується дисертанту відповісти на деякі питання:

1. Які із етіологічних факторів, на Вашу думку, найбільше впливають на виникнення аномалій прикусу у дітей з ДЦП?
2. Який терапевтичний ефект був при застосування назубних кап для лікування аномалій прикусу у дітей з ДЦП?
3. Чому при розпрацюванні профілактичного комплексу Ви вибрали зубні пасту «Лакалут»?
4. Чи можна застосовувати запропонований Вами лікувально-профілактичний комплекс дітям без соматичної патології?

Відповідність дисертації вимогам, які пред'являються до наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертаційна робота Савіцької Тамари Дмитрівни «Удосконалення профілактики і лікування зубощелепних аномалій у дітей з дитячим церебральним паралічем», на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія, є завершеним науковим

