

ВІДГУК

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора Ткаченка Павла Івановича на дисертаційну роботу Григорової Аліни Олександрівни «Лікування і реабілітація при пошкодженнях та запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки із урахуванням психофізіологічного стану пацієнтів», представлену на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія

Актуальність теми

Зовнішні впливи на організм, які змінюють психічну й емоційну діяльність індивідууму, виступають своєрідною агресією у відповідь на яку він активізує різні захисні і компенсаторні механізми чи призводить до дезорганізації діяльності функціональних систем, змін психічного стану людини.

Показником вираженості адаптаційних можливостей організму на вплив цих факторів є переважання симпатичного збудження. Це пояснюється активацією гіпофізарно-надниркової системи, яка мобілізує життєво-охоронні ресурси. Адаптація до подразників запобігає розвитку виразок слизової оболонки шлунка і змінам активності травних ферментів, ушкодженням тканин пародонта й інших органів та систем. Цей факт пояснюється пригніченням стресорної реакції, що обумовлено обмеженням можливостей резервів стрес-реалізуючих систем і підвищенням активності стрес-лімітуючих механізмів. Гіпоталамо-гіпофізарний нейроендокринний комплекс являється вищим нейроендокринним трансмітером організму, який координує ендокринну регуляцію обміну речовин із діяльністю вегетативної нервової системи й інтегральними емоційно-поведінковими реакціями.

Емоції відображають стан душі, а її негативні прояви супроводжують перебіг всіх захворювань, тим паче коли мова йде про травматичне пошкодження чи запалення тканин і органів. Щелепно-лицева ділянка являється потужною рефлексогенною зоною, яка досить чутливо реагує на

різноманітні подразники, особливо больові. За оцінками медиків саме в цьому анатомічному регіоні ноцицептивне сприйняття супроводжується найвищим рівнем болючості, при цьому пацієнти відчують виражене емоційне напруження.

Реакція хворого на майбутнє оперативне втручання значною мірою залежить від типу його нервової системи, індивідуального психоемоційного стану. Вивчення стійкості до емоційного стресу дозволяє визначити, які природні фізіологічні фактори забезпечують резистентність організму, а також накреслити шляхи розробки профілактичних заходів. Чим раніше втрутитися у динаміку патогенезу психосоматичних розладів, тим ефективнішими будуть результати.

На жаль в повсякденній клінічній практиці не звертають належної уваги на психоемоційний стан пацієнтів, що нерідко призводить до непередбачених наслідків, а аспекти стосовно розвитку у них психологічних реакцій висвітлюються дуже рідко та, як правило, без проведення належних біохімічних досліджень, які об'єктивно підтверджують їх наявність в тому числі і складових ротової рідини.

У зв'язку з цим першочерговим завданням в умовах спеціалізованого стоматологічного стаціонару є запобігання негативному впливу психоемоційного компонента на функцію центральної нервової системи, що безпосередньо чи опосередковано впливає як на стан всього організму, так і на органи та тканини порожнини рота. Це і обумовлює актуальність обраного напрямку наукових досліджень.

Дисертація виконана згідно з планом НДР кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Харківського національного медичного університету МОЗ України «Основні стоматологічні захворювання, їх лікування та профілактика (№0110U001808)»; «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань» (№0116U004975) і яка являється окремим фрагментом даних тематичних робіт.

Ступінь обґрунтованості та достовірності наукових положень, висновків і практичних рекомендацій сформульованих в дисертації

Ступінь обґрунтованості, достовірності наукових положень, висновків і практичних рекомендацій ґрунтується на результатах аналітичного узагальнення проведених в значному обсязі клінічних спостережень, які стосуються 179 хворих з травматичним пошкодженням щелепно-лищевої ділянки та 147 з запальними захворюваннями різної анатомічної локалізації, які розподілені за віковими та статевими ознаками відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Для вирішення поставлених завдань були задіяні загально-клінічне обстеження стоматологічного статусу, лабораторні методи які включали хімічні, біофізичні, імунологічні, функціональні дослідження та ті що характеризують психофізіологічні адаптивні реакції. Значна увага відведена вивченню змін біохімічних показників в ротовій рідині, визначенню мітохондріально- біоенергетичного обміну в клітинах букального епітелію. Приведено деонтологічні, біоетичні і правові аспекти проведеної роботи та представлена нейростоматологічна стратифікація пацієнтів з пошкодженнями та запальними процесами щелепно-лищевої ділянки.

Ефективність, яка отримана в результаті застосування індивідуалізованих лікувально-реабілітаційних програм у хворих при травмі і запаленні, з урахуванням їх психофізіологічного стану, вказує на значні переваги даного авторського варіанту комплексного підходу до цієї проблеми, що і лягло в основу головних наукових положень, висновків та практичних рекомендацій.

Наукова новизна

Вперше отримало виважене методологічне забезпечення питання, яке полягає в інноваційному вирішенні питань індивідуалізації лікувально-реабілітаційних програм в системі комплексного лікування хворих з травматичними пошкодженнями та запальними процесами щелепно-лищевої

ділянки за рахунок вивчення у них стоматологічного статусу, кількісних і якісних властивостей ротової рідини, біоенергетичних, психофізіологічних, нейрофізіологічних реакцій на всіх етапах клінічного моніторингу.

Вперше, в динамічному аспекті, за єдиною програмою зареєстровано зростання рівня потреби у лікуванні тканин пародонта у зазначених групах хворих на що вказувало падіння рівня гігієни порожнини рота, прогресуючого зростання індексу РМА та погіршення гемодинамічно-мікроциркуляторного забезпечення в ділянці ясеневого краю в пізньому післяопераційному періоді. Зміни цих показників безпосередньо у хворих з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки характеризуються підвищенням показника індексу РМА при паралельному зростанні індексу гігієни порожнини рота (ОНІ-S), а звідси і потреби у лікуванні запальних явищ пародонта вже на першому етапі іммобілізації. В подальші періоди спостереження виявлено виражене зростання цих складових, що і лягло в основу обґрунтування головних принципів алгоритмів передопераційної / доіммобілізаційної оцінки ризику можливості розвитку у них запальних захворювань тканин пародонта.

Доповнено наукові дані стосовно того, що такий важливий біологічний субстрат як ротова рідина, володіє різним рівнем санологічної впорядкованості і діагностичною значимістю окремих їх складових на всіх етапах лікування хворих. Крім того, вони можуть бути використані в якості відповідних прогностичних тестових показників. З'ясовано, що формування дезадаптивного типу мітохондріально-біоенергетичного обміну в клітинах букального епітелію в значній мірі обумовлено метаболічними параметрами - активність СОД, каталази і імунологічними - вміст в ротовій рідині секреторного імуноглобуліну А та лізоциму.

Встановлено, що частота та характер психофізіологічних реакцій серед пацієнтів з травматичними пошкодженнями та запальними процесами корелює з рівнем потреби у лікуванні тканин пародонта – $56,1 \pm 2,7\%$. При

цьому визначено, що їх зустрічаємість не залежить від нозологічної форми патологічного процесу. Деадаптація у вигляді соматогенного астенічного симптомокомплексу встановлена в $19,6 \pm 2,2\%$ спостережень, але найбільш частими ($27,5 \pm 5,4\%$) вона зареєстрована саме серед пацієнтів із запальними захворюваннями та високим рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту. Серед пацієнтів з рівнем $SPITN < 2$ частота цього симптомокомплексу була майже в тричі менша.

Вперше доведено безпосередній вплив тривалості запалення та стану тканин пародонта вже при первинному обстеженні на психофізіологічний статус пацієнтів з превалюванням у них невротичних розладів із затяжним перебігом. В хворих з травматичним пошкодженням щелепно-лицевої ділянки значно частіше спостерігались порушення цереброваскулярної реактивності, яка поєднувалась з судинно-рефлекторною дисциркуляцією церебральної гемодинаміки ($58,7 \pm 6,2\%$ та $22,6 \pm 5,3\%$, відповідно). Це і стало вагомою підставою для об'єктивного обґрунтування алгоритму стратифікації за типом церебральних гемодинамічних та нейрон-рефлекторних адаптаційних реакцій.

Вперше, на основі узагальненої оцінки динамічних змін стоматологічного статусу, імунометаболічних властивостей ротової рідини, біоенергетичного обміну в клітинах букального епітелію із співставленням їх з характером психофізіологічних та нейрофізіологічних адаптаційних реакцій аргументована необхідність індивідуалізації комплексного лікування за рахунок застосування ранніх реабілітаційних програм. Визначено, що на перебіг запальних процесів найбільший вплив мають стійкі психофізіологічні прояви невротичних розладів з затяжним перебігом, формуванням нейростоматологічних реакцій, що супроводжуються підвищенням ступеню цереброваскулярних порушень та зменшенням виразності аспектів судинно-рефлекторної дисциркуляції.

Доповнено складові стосовно можливостей подальшого розвитку і удосконалення концепції комплексного лікування цих хворих шляхом

запровадження нових лікувально- реабілітаційних заходів. Зокрема, у пацієнтів з запальними захворюваннями виявлена висока ефективність диференційованого підходу по усуненню післяопераційної когнітивної дисфункції. Доведено, що врахування вираженості психофізіологічних реакцій при визначенні тактичних прийомів лікування і його обсягу здатні забезпечити зниження потреби у лікуванні тканин пародонту. При цьому виникає необхідність включення окремих груп фармакологічних засобів на фоні психосоматичної реабілітації.

Вперше науково обґрунтовано використання концептуально нової моделі індивідуалізації лікувально-реабілітаційного комплексу в залежності від обсягів та виду хірургічних втручань з урахуванням стоматологічного статусу, імунометаболічних властивостей ротової рідини, біоенергетичних, нейрофізіологічних і психофізіологічних реакцій пацієнтів на етапах надання спеціалізованої допомоги за рахунок цілеспрямованого добору його складових з обов'язковим урахуванням тяжкості порушень психофізіологічного стану хворого.

Практична значимість

Дисертантом проведена значна робота, що полягає у реалізації системного підходу до встановлення ролі стоматологічного статусу, біоенергетичних, психофізіологічних та нейрофізіологічних проявів реакції пацієнтів у перебізі до – та післяопераційного періодів з оцінкою ефективності лікувально-реабілітаційних заходів в залежності від обсягу та виду хірургічних втручань при травматичних пошкодженнях тканин щелепно-лищевої ділянки і запальних захворюваннях. Проведені клініко-лабораторні дослідження дозволили рекомендувати запровадити застосування в повсякденній клінічній практиці певного набору біохімічних маркерів ротової рідини, біофізичних і функціональних методів дослідження для визначення метаболічних зсувів, імунологічних порушень та

мікроциркуляторних розладів в судинному руслі.

За таких умов до складу методичних заходів автор рекомендує залучати: визначення показників стоматологічного статусу, з метою застосування їх для прогнозування перебігу і встановлення вірогідності виникнення ускладнень при даних нозологічних формах захворювань у пацієнтів з різними типами психофізіологічних реакцій; встановлення закономірностей їх змін при різних психотипах з обґрунтуванням алгоритму оцінки в до – та післяопераційному періодах в залежності від обсягу та виду оперативного втручання; розроблену класифікацію біоенергетичного стану клітин букального епітелію та оцінку типології реакцій з метою обґрунтування їх корекції у вищезазначених періодах; методики нейро-стоматологічної стратифікації пацієнтів з визначенням потреби у застосуванні лікувальних засобів ноотропної, антиоксидантної та вазопротекторної спрямованості.

Крім того, визначення психофізіологічних типів пацієнтів дає змогу на етапах комплексного лікування дотримуватися принципу індивідуалізації лікувально- реабілітаційних заходів з опрацюванням методики оцінки її ефективності за показниками динамічного спостереження, що дозволяє формувати найбільш оптимальні варіанти поєданого фармакологічного впливу препаратів на дані патологічні стани.

Результати дослідження впровадженні у лікувально-діагностичний процес профільних хірургічних та стоматологічних відділень Харківської, Дніпропетровської, Полтавської обласних клінічних лікарень і в навчальний процес кафедр стоматологічного профілю Харківського національного медичного університету, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Дніпропетровської державної медичної академії та ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія».

Оцінка змісту дисертації

Дисертаційна робота викладена на 345 сторінках комп'ютерного тексту, проілюстрована рисунками, таблицями і складається із «Вступу»,

«Огляду літератури», розділів «Матеріали та методи дослідження», чотирьох розділів «Особистих досліджень», «Аналізу та узагальнення отриманих результатів», «Висновків», «Практичних рекомендацій». До списку літератури увійшло 600 джерел наукової інформації. Із них 433 кирилицею та 167 латиницею.

У «Вступі» визначено актуальність дослідження, сформульована мета і завдання, представлені відомості про наукову новизну, практичну значимість, особистий внесок здобувача, апробацію результатів та публікації.

До розділу 1 «Огляд літератури» входять підрозділи у яких в закономірній послідовності представлено відомості про статистичну ситуацію, що стосується травматичних пошкоджень кісток лицевого скелету та запальних процесів щелепно-лицевої ділянки. Автор звертає увагу на багато чисельні причинні фактори, які можуть впливати на виникнення цих патологічних станів, відводячи значну увагу ролі медичних, соціальних факторів, економічної складової, що визначають частоту та характер травматичних пошкоджень і передумови до виникнення гострих запальних процесів.

Значна увага приділена висвітленню функціональних і органічних порушень у хворих цих категорій, що сприяють формуванню несприятливих умов для виникнення і прогресування окремих нозологічних форм стоматологічної захворюваності. Висвітлено особливості впливу цих обставин на методологічну тактику застосування існуючих хірургічно-ортопедичних методів фіксації кісткових відламків та сучасних лікарських засобів. Акцентується увага на класичних варіантах ведення гнійної рани, як на місцевому так і загальному рівні з урахуванням можливості поєднання медикаментозних і арсеналу фізіотерапевтичних заходів на перебіг гнійного запалення.

Особлива увага приділена реактивним змінам слизової оболонки порожнини рота, зубощелепним деформаціям, прояви яких поглиблюються за умов наявності порушень цілісності кісткового остову обличчя і

осередків запального процесу розташованих в різних топографо-анатомічних ділянках. Не є виключенням і тканини пародонту та зубні ряди, адже зниження реактивності кістки по краю щілини перелому в значній мірі впливає на стан оточуючих тканин і вірогідність виникнення в них локалізованого запального процесу з подальшою його генералізацією. Крім того, погіршується гігієнічний стан порожнини рота з витікаючими наслідками – підвищення мікробної контамінації порожнини рота, зміни фізико-хімічних, біохімічних та імунологічних складових ротової рідини.

Окрема увага приділена вивченню стану психофізіологічних і нейростоматологічних особливостей хворих з пошкодженнями та запальними процесами щелепно-лицевої ділянки. Дана характеристика ролі лабільності нервової системи і емоційного стану пацієнтів, які досить чутливо реагують на зміни, що панують в оточуючому середовищі. Ці ситуаційні стани, за певних умов, можуть відігравати досить негативну роль і призводити чи сприяти формуванню невротичних або соматичних розладів. Зокрема, на стадії дистресу спочатку транзиторно, а потім і стійко уражаються механізми саморегуляції різних функціональних систем, що призводить до погіршення біоритмів, змін рівня гармонів, активності вегетативної, симпатичної і парасимпатичної систем регуляції організму.

Існує значна кількість методик, що забезпечують зменшення ризику розвитку функціональних, метаболічних, імунологічних, нейроендокринних, мікроциркуляторних порушень як на загальному так і місцевому рівнях. Це забезпечується застосуванням значної кількості сучасних фармакологічних препаратів різноспрямованої та цілеспрямованої дії, на що і звертає увагу дисертант.

На підставі узагальнення літературних відомостей він робить висновок про необхідність застосування нових комплексних підходів до вивчення взаємозв'язків на підставі залучення принципів доказової медицини для забезпечення стандартизації і визначення орієнтацій на потреби клінічної практики з розробкою патогенетично спрямованих

лікувально-профілактичних та реабілітаційних комплексів, що і лягло в основу актуальності обраного напрямку наукового дослідження.

У розділі 2 «Матеріали та методи дослідження» представлено обґрунтування обраного напрямку дослідження та клінічні методики, які застосовувалися для обстеження хворих з травматичними пошкодженнями і запальними процесами щелепно-лищевої ділянки, яких розподілено за віком відповідно рекомендацій ВООЗ з використанням схеми періодизації онтогенезу. В поглиблену наукову розробку залучено 179 пацієнтів із переломом кісток лицевого скелета та 147 із запальними процесами різної анатомічної локалізації, які і склали основні групи спостереження.

Для встановлення стоматологічного статусу застосовувалися загальноприйняті методики, які зазвичай, висвітлюють стан зубів та тканин пародонту. Визначення швидкості саливації, хімічних, фізико-біохімічних властивостей ротової рідини проводилося за стандартними методиками. Детально описані біохімічні методики дослідження ротової рідини, які в сукупності дозволяють об'єктивно оцінити спрямованість змін її складових та ступінь вираженості дисбіозу порожнини рота.

Окрему увагу приділено вивченню електрофоретичної рухливості ядер букального епітелію для чого робили забір його із внутрішньої поверхні слизової оболонки щоки, викладена послідовність проведення цієї методики.

Досить детально представлено методики, які застосовувалися для оцінки психофізіологічного стану на I – IV етапах клінічного моніторингу при залученні профільних консультантів. При цьому, до якісної і кількісної систематизації залучено 20 психосоматичних симптомів не психотичного реєстру, що дозволило виділити 4 ведучі варіанти психофізіологічних складових.

При оцінці нейрорефлекторних адаптаційних реакцій вивчали цереброваскулярну реактивність та церебральну гемодинаміку. З метою об'єктивізації даних досліджень проводили фізіологічні навантаження, що

виключало реалізацію компенсаторних механізмів регуляції задіяних систем.

Для стандартизації наукового дослідження представлено дані стосовно деонтологічних, біоетичних і правових компонентів дослідження, які виконано в рамках Міжнародних конвенцій та законодавства України. Це доповнюється інноваційними розробками, котрі стосуються нейростоматологічної стратифікації тематичних хворих і які можуть застосовуватися для клінічного моніторингу з метою встановлення виду та обсягу комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у даних категорій хворих.

В кінці розділу представлено статистичні методи, які застосовувалися для обробки отриманих абсолютних величин.

Розділ 3 «Стоматологічний статус пацієнтів з пошкодженнями та запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки на етапах клінічного моніторингу» присвячено оцінці стоматологічного статусу.

Співставлення характеру змін показників стоматологічного статусу груп порівняння дозволило виявити, що при першому обстеженні величини папілярно-маргінально-альвеолярного індексу не відрізнялись за середніми значеннями. В процесі клінічного моніторингу встановлено, що цей показник у пацієнтів з пошкодженнями достовірно погіршувався в першому та другому іммобілізаційному і після іммобілізаційному періодах. При запальних захворюваннях динаміка змін індексу РМА мала іншу закономірність і його зростання зареєстровано у пізньому та віддаленому післяопераційних періодах, що вказувало на наявність більш ранніх та виразніших запальних явищ в тканинах пародонту саме в пацієнтів з травматичним пошкодженням.

Аналіз змін індексу гігієни порожнини рота (ОHI-S) встановив, що на першому етапі він значно не відрізнявся в обох групах спостереження. Проте в процесі моніторингу виявлено, що у хворих з травматичними пошкодженнями він достовірно погіршувався в першому іммобілізаційному періоді, залишаючись практично незмінним при обстеженні на наступних етапах. При запаленні він мав тенденцію до зростання у пізньому

післяопераційному періоді, залишаючись стабільно підвищеним на всіх етапах спостереження. Отже більш значимі порушення гігієни порожнини рота мали місце також у пацієнтів з травматичними пошкодженнями.

Врахування вакуумпресорної зональної стійкості капілярів ясен дозволило виявити, що на першому етапі цей показник в відповідних групах порівняння відрізнявся за середніми значеннями. В процесі моніторингу вдалося встановити, що він погіршувався протягом всіх періодів іммобілізації при травмі кісток, сягнувши 50,8 с. При запальних захворюваннях значення показника вакуумпресорної зональної стійкості мало тенденцію до зростання в пізньому та віддаленому післяопераційному періодах. Таким чином, більш виражені розлади гемодинамічно – мікроцеркуляторного забезпечення прослідковувалося саме у пацієнтів з травматичними пошкодженнями щелепно-лищевої ділянки.

Порівняльний аналіз потреби у лікуванні тканин пародонту (SPITN) встановив, що на першому етапі обстеження обох груп хворих цей показник суттєво не відрізнявся. В подальшому встановлено його погіршення у пацієнтів з травмою, що вказувало на необхідність проведення лікувальних заходів протягом всіх періодів спостереження. При запальних захворюваннях прослідковувалось зростання його середнього значення в пізньому та віддаленому післяопераційному періодах.

Клініко-статистичний аналіз показників SPITN дозволив отримати дисертанту графічну та поліноміальну моделі його змін в групах порівняння. Наявність цих кількісних залежностей дозволила визначити показники потреби у лікуванні тканин пародонту в залежності від термінів тривалості іммобілізації та строків від початку хірургічного втручання.

Таким чином, найбільш значимими та впливовими факторами при цьому виявилися індекс РМА, гігієнічний стан порожнини рота та стійкість капілярів, а потреба в лікуванні тканин пародонту при травматичному пошкодженні кісток зростає після іммобілізації щелеп на 40%. При захворюваннях запального характеру ці показники являються також

ведучими, але необхідність у лікуванні захворювань тканин пародонту у віддаленому післяопераційному періоді зростає лише на 12-18%.

Приведені дослідження, що стосуються факторів ризику формування патології пародонту дозволили виявити понад 30 можливих і 20 із них являються прогностично значимими для обох груп пацієнтів, включаючи наявність спільних факторів. Це демонструє диференційовану прогностичну значимість окремих факторів і може бути свідченням відмінності особливостей патогенетичних механізмів формування окремого виду патології.

Зокрема тригерними факторами формування патології пародонту, при пошкодженнях є ступінь зміщення кісткових фрагментів, наявність зубів у щілині перелому, різні форми інтоксикації та стан гігієни порожнини рота, а при запальних захворювань це серцево-судинні захворювання та інтоксикації різного походження.

Завдяки порівняльному клініко-статистичному аналізу і застосуванню стандартизованої процедури визначення діагностичної цінності та їх прогностичного значення, опрацьовано алгоритм прогнозування ризику формування патології пародонту у пацієнтів цих груп.

Клінічну верифікацію алгоритмів виконано на окремих підгрупах пацієнтів та встановлено, що частота помилок першого роду (α) не перевищує 5,0%, а помилок (β) другого роду – 6,8%. Звідси специфічність прогностичних алгоритмів становить не менше 95,0%, а їх чутливість – 93,2%, що дозволило дисертанту рекомендувати враховувати їх на підготовчому етапі при формуванні груп ризику розвитку патології пародонту у пацієнтів з пошкодженнями та запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.

Отже доведено, що пацієнти обох груп на всіх етапах лікування потребують активного саногенного впливу та цілеспрямованого захисту тканин пародонту, які визначаються ступенем вираженості їх враження та

нозоологічною формою основного стоматологічного захворювання.

Розділ 4 « Властивості ротової рідини та біоенергетика букального епітелію на етапах лікування пошкоджень і запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки» Аналізуючи узагальнюючі результати проведених досліджень, висвітлених в даному розділі, слід відмітити, що буферна ємкість ротової рідини в доопераційному періоді при запальних процесах була значно нижчою на всіх етапах клінічного моніторингу і становила у віддаленому післяопераційному періоді 5,33од. Встановлено також і достовірне зростання їх в'язкості протягом всіх періодів спостереження. Слід зауважити, що зменшення цих показників відбулося на тлі поетапного зниження індексного показника кислотно-лужного балансу ротової рідини. Швидкість салівації при цьому також змінювалась і в доопераційному періоді вона встановила 0,27мм/хв., а у віддаленому - 0,53мм/хв. Ці зміни супроводжувалися зменшенням абсолютної величини активності уреазі в 2,5 рази.

При травматичному пошкодженні буферна ємкість ротової рідини в першому і другому іммобілізаційному періодах була нижчою, ніж на період первинного обстеження, а в після іммобілізаційному періоді вона приходила до початкового рівня. В'язкість зростала в першому та другому іммобілізаційному періодах, про те у післяіммобілізаційному прослідковувалося її зменшення, як і середньостатистичних значень Рн. Це відбувалось на тлі зниження швидкості салівації.

У пацієнтів з запальними процесами виявлено значне зниження ступеня мікробного обсіменіння ротової порожнини, про що свідчили зміни уреазної активності і що відповідало першій субклінічно компенсованій стадії дисбіозу. Активність лізоциму ротової рідини характеризувалась зниженням її рівня у пізньому та віддаленому післяопераційному періодах з паралельним зростанням в ній секреторного імуноглобуліну А. Показники ферментативного спектра антиоксидантного захисту в ній характеризувались зростанням активності СОД у ранньому періоді та

глутатіону відновленого і каталази у віддаленому.

У пацієнтів з пошкодженнями встановлено зростання активності лізоциму у першому періоді та його суттєве зниження у після іммобілізаційному, на фоні зростання ступення мікробного обсеменіння, що відповідало клінічно декомпенсованій стадії дисбіозу.

У пізньому післяопераційному періоді частота дезадаптивних типів мітохондріально-біоенергетичного обміну в букальному епітелії практично не змінювалась. При цьому у осіб з психофізіологічною адакцією частота типів дезадаптивного реагування букального епітелію зростала до 63,8%, тоді як за їх відсутності вона залишалась стабільною.

У осіб з травмою виявлено дезадаптивний тип мітохондріально-біоенергетичного обміну у 43,0% випадків. При цьому у осіб з психофізіологічною адакцією частота типів дезадаптивного реагування біоенергетичного обміну букального епітелію достовірно зростала, тоді як у пацієнтів без нього залишалася практично стабільною протягом усіх періодів спостереження. Але це напряду залежало від тривалості іммобілізації.

Встановлено, що в залежності від етапу лікування ротова рідина мала різний рівень санологічної впорядкованості та діагностичною значимістю окремих індикаторних показників. Шляхом вивчення їх кореляційних взаємозв'язків на етапах лікування з'ясовано, що формування дезадаптивного типу мітохондріально-біоенергетичного обміну букального епітелію було пов'язане в меншій мірі з активністю СОД, каталази, вмістом секреторного імуноглобуліну А і лізоциму, які мали зворотні кореляції середньої сили.

При вивченні кореляційних взаємозв'язків між окремими показниками ротової рідини на етапах лікування пацієнтів з запальними захворюваннями встановлено, що формування дезадаптивного типу мітохондріально-біоенергетичного обміну букального епітелію було пов'язане з активністю лізоциму і вмістом секреторного імуноглобуліну А. Ці фактори автор і рекомендує розглядати у якості індикаторів позитивного впливу лікувальних заходів на гомеостатичні властивості ротової рідини та букального епітелію.

Розділ 5 «Психофізіологічні особливості та відмінності пацієнтів на етапах лікування пошкоджень та запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки». Дослідження частоти та характеру психофізіологічних реакцій дезадаптації серед всіх 326 пацієнтів дозволило виявити їх прояви у 56,1% спостережень, що впливало і на рівень потреби пацієнтів у лікуванні тканин пародонта. При цьому їх частота значно не різнилася від нозологічної форми захворювання. При пошкодженнях вони прослідковувалися у 55,9% спостережень, а при запальних захворюваннях у 57,1%.

Частота дезадаптивних психофізіологічних реакцій у вигляді соматогенного астеничного симптомокомплексу встановлена у 19,6% випадків і найбільш часто вони реєструвалися серед пацієнтів з запальними процесами та високим рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту. При пошкодженнях їх частота була вищою, однак вона не залежала від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту.

Частота дезадаптивних психофізіологічних реакцій у формі гострих невротичних розладів становила 4,3% і дещо частіше вони зустрічались серед пацієнтів з запальними процесами та низьким рівнем потреби у лікуванні тканин пародонту.

Аналіз випадків, що супроводжувалися відсутністю проявів психофізіологічної дезадаптації дозволив виявити, що таких осіб найбільше було серед пацієнтів з травмою кісток і задовільним станом тканин пародонту ($SPITN < 2$). Це дозволило дисертанту дійти висновку, що психофізіологічний статус корелює зі станом тканин пародонта, а відповідно, і з рівнем потреби у лікуванні.

Слід зауважити, що реакції психофізіологічної дезадаптації проявляються переважно астеничним (39,9%), соматофорним (34,4%), дистимічним (16,%) та афективним (8,7%) клінічними варіантами. У пацієнтів з соматогенним астеничним симптомокомплексом реакції психофізіологічної дезадаптації проявлялися переважно астеничним (8,6%),

астено-субдепресивним (3,4%), астено-тривожним (16%) та диссомнічним (4,3%) компонентами.

Астенічний варіант серед пацієнтів з переломами кісток діагностовано однаково часто, не залежно від рівня потреби у лікуванні захворювань ясен. Серед пацієнтів з запаленнями він чітко диференціювався з потребою у лікуванні тканин пародонту і при її зростанні підвищувалась і частота виявлення астенічних варіантів, що пояснюється безпосередньо тривалим плином запальних захворювань.

Астено-субдепресивний варіант серед пацієнтів із запальними процесами діагностовано також однаково часто і це не залежало від рівня потреби у лікуванні тканин пародонту, тоді як серед пацієнтів з травмою при $SPITN < 2$ він виявлявся значно частіше, що можна пояснити більш тяжким психологічним станом цих пацієнтів після отримання травми.

Астено-тривожний варіант діагностувався практично з однаковою частотою, незалежно від нозологічної форми захворювання і при цьому не виявлено залежності цієї ситуації від стану тканин пародонта.

Дистимічний варіант також діагностувався з однаковою частотою (при пошкодженнях 3,9%, при запаленні 2,7%) і його частота також не залежала від стану тканин пародонта.

Нейростоматологічна стратифікація пацієнтів з пошкодженнями щепно-лицевої ділянки дозволила встановити, що на першому етапі клінічного моніторингу 58,7% осіб відносяться до третьої нейростоматологічної групи, адже у них прослідковувалося зниження цереброваскулярної активності, котре поєднувалося з проявами судинно-рефлекторної дисциркуляції мозкового кровообігу. До другої стратифікаційної групи з поодинокими дезінтеграційними адаптаційними нейро-стоматологічними реакціями було віднесено шість осіб, що склало 11,5%. Крім того, серед цих пацієнтів відсутність порушень неврологічної симптоматики (перша стратифікаційна нейро-стоматологічна група) зареєстрована на рівні 17, 0%.

На першому етапі клінічного моніторингу серед пацієнтів з запальними захворюваннями 22,6% хворих відносилися до третьої стратифікаційної нейро-стоматологічної групи. До другої стратифікаційної групи, коли прослідковувалися поодинокі дезінтеграційні адаптаційні нейро-стоматологічні реакції, віднесено 14 осіб, що склало 22,6%. В цій групі спостереження зареєстровано 54,8% хворих, які відповідали першій стратифікаційній групі.

Представлені результати доводять необхідність індивідуалізованого підходу до обґрунтування лікувальних та реабілітаційних програм в клініці хірургічної стоматології. При цьому, процес нейро-стоматологічної адаптації має враховувати не тільки клініко-стоматологічні складові, а й індивідуальні особливості психофізіологічного/ нейрофізіологічного аспектів пацієнта.

Одним із важливих функціонально-фізіологічних компонентів особистості є стан когнітивних функцій, оскільки досягнення результативності реабілітаційних заходів не можливе без безпосередньої активної та усвідомленої участі самого пацієнта.

Аналіз результатів вивчення рівня уваги та простого сприйняття на етапах моніторингу пацієнтів з запальними процесами виявив, що у них в ранньому післяопераційному періоді зменшується кількість вірних відповідей до 89,7% і ця тенденція зберігається до пізнього періоду, а у віддаленому цей показник досягає початкового рівня. Здатність диференціювати лінійні взаємозв'язки фігур та їх елементів поміж собою, що характеризує рівень складного сприйняття, встановлено у 84,1% пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді. Така ситуація відмічена у пізньому періоді і лише у віддалені терміни зареєстровано первинний рівень складного сприйняття інформації.

Аналіз помилок пацієнтів пов'язаних з формулюванням конкретних умозаключень, що характеризувалось через здатність сприймати ними плавні графічні зміни виявив, що у ранньому післяопераційному періоді кількість помилок сягала 69,8%, в пізньому-71,2%, а у віддаленому

zareєстровано початковий рівень. Їх здатність до побудови абстрактних умозаключень зі спроможністю оцінювати складні зміни у графічному просторі сягала до 26,3% помилок в післяопераційному періоді і доходила до 29,4% в пізньому. У віддаленому післяопераційному періоді прослідковувалося досягнення первісного рівня сприйняття.

При вивченні стану аналітико-синтетичного мислення враховували допущені помилки на побудову вищої форми абстракції та динамічного мислення. Дослідженнями встановлено, що у ранньому післяопераційному періоді кількість помилок доходила до 57,0% зі збереженням цієї тенденції у пізньому періоді - 60,3% помилок, з досягненням первісного рівня у віддалені терміни. Психофізіологічний зміст закономірностей, виявлених автором у хворих з запальними процесами зводиться до того, що залежно від етапу маніторингу пацієнти характеризувалися і різним рівнем реалізації психофізіологічних реакцій.

Аналіз результатів вивчення рівня уваги та простого сприйняття на етапах спостереження хворих з травматичними пошкодженнями дозволив виявити у ранньому і пізньому післяопераційних періодах збільшення кількості вірних відповідей (80,0% і 81,1%, відповідно). У віддаленому післяопераційному періоді було zareєстровано фактичне досягнення первісного рівня уваги та простого сприйняття інформації. Їх здатність диференціювати лінійні взаємозв'язки фігур та поєднання їх елементів характеризувалась зменшенням кількості вірних відповідей у ранньому і пізньому післяопераційних періодах (82,6% і 83,4%, відповідно) з відновленням первісного рівня у віддаленому періоді.

Оцінка помилок цієї групи пацієнтів, спрямованих на побудову конкретних умозаключень дозволив виявити, що у ранньому і пізньому післяопераційних періодах кількість вірних відповідей достовірно зменшувалася до 67,7% і 69,7%, відповідно. У віддаленому періоді зафіксовано досягнення первісного рівня. Можливість пацієнтів будувати абстрактні умозаключення характеризувалась зміною кількості вірних

відповідей до 62,1% в ранньому післяопераційному періоді, з тенденцією до зростання у пізньому - 65,4%.

Вивчення стану аналітико-синтетичної мисленої діяльності встановило, що у ранньому і пізньому післяопераційному періодах змінюється кількість вірних відповідей (57,0% і 58,7%, відповідно), з досягненням первісного рівня у віддаленому післяопераційному періоді.

Таким чином, дисертанту вдалося патогенетично обґрунтувати комплекс науково-інноваційного забезпечення нової моделі індивідуалізації лікувально-реабілітаційних заходів при травматичних пошкодженнях кісток лицевого скелету і запальних захворюваннях щелепно-лицевої локалізації з урахуванням взаємозв'язки їх стоматологічного статусу і психофізіологічного стану.

Розділ 6 «Індивідуалізація лікувально –реабілітаційних програм з урахуванням психофізіологічного стану пацієнтів та обґрунтування інформативних критеріїв оцінки його ефективності». На підставі узагальненої оцінки динамічних змін стоматологічного статусу, імунометаболічних властивостей ротової рідини і мітохондріально-біоенергетичного обміну букального епітелію у поєднанні з психофізіологічними особливостями пацієнтів і з врахуванням частоти, характеру психофізіологічних та нейростоматологічних адаптаційних реакцій обґрунтовано складові комплексного лікування за рахунок реабілітаційних програм і врахування особистості психофізіологічних складових.

При цьому встановлено, що суттєвий вплив на стан впорядкованості мали: стійкі психофізіологічні реакції у вигляді невротичних розладів з затяжним перебігом (перше рангове місце), формування у пацієнтів нейростоматологічних реакцій у вигляді підвищення рівня цереброваскулярної реактивності (третє рангове місце) та зменшення виразності судинно-рефлекторної дисциркуляції (друге рангове місце). Синхронно зростало і значення питомого внеску психофізіологічної компоненти у ентропію

системи і в абсолютних значеннях це сягало 16%. В результаті проведеного комплексного лікування пацієнтів з запаленням абсолютна ентропія клініко-інформаційної системи зменшувалась, як і дезорганізація адаптаційних механізмів до 80% та визначило 20% ефективність патогенетичної корекції.

Найбільш виразний вплив на стан впорядкованості психофізіологічної компоненти у пацієнтів з травматичними пошкодженнями мали: реакції психофізіологічної адаптації (перше рангове місце), зменшення частоти та виразності судинно-рефлекторних дисциркуляторних проявів та формування нейростоматологічних реакцій (друге рангове місце), підвищення рівня цереброваскулярної реактивності (третє рангове місце).

Таким чином, психофізіологічна компонента в інформаційній системі клінічних показників хворих з пошкодженнями лицевих кісток являється значимою та найбільш динамічною складовою в оцінці ефективності лікування. З врахуванням виявлених закономірностей розроблено лікувально-реабілітаційні комплекси до яких окрім засобів передбачених клінічними протоколами надання медичної допомоги та програмою психофізіологічної реабілітації додатково включено патогенетично обґрунтований добір груп фармакологічних препаратів: «Лікувальні засоби, що впливають переважно на процеси тканинного метаболізму», «Ангіопротектори та інші капіляростабілізуючі засоби», «Ноотропи та інші ноотропні засоби», «Препарати для лікування захворювань травної системи та жовчовивідних шляхів», «Анксиолітики та інші анксиолітики».

Загалом, при пошкодженнях кісток лицевого скелету було встановлено зростання потреби у лікуванні тканин пародонту, тоді як достовірних статистичних відмінностей для пацієнтів з запальними процесами щелепно-лицевої ділянки не відмічалось. На думку дисертанта результати діагностики з урахуванням психофізіологічної аддукції, слід розглядати у якості додаткових критеріїв індивідуалізації лікувально-реабілітаційних комплексів. У зв'язку з цим, виявлена наявність диференційованої нікотинової психофізіологічної аддикції та залежність від цього обсягу медичної

допомоги, що суттєво впливає на кінцевий результат. Це і довів дисертант своїми науковими дослідженнями.

Аналіз і узагальнення результатів дослідження – представлено узагальнення наукових напрацювань, висвітлених в світових і вітчизняних літературних джерелах, які засвідчують нагальну потребу подальшого проведення наукових пошуків в даному напрямку. В логічній послідовності викладено отримані результати, методологічно спрямовано і сформульовано підсумок загально-клінічних, стоматологічних, функціональних методів дослідження з врахуванням типу психофізіологічних реакцій, основні наукові положення, що витікають зі змісту дисертаційної роботи.

Комплексна оцінка їх і співставлення кінцевих результатів в групах порівняння засвідчує виражену ефективність авторської методики ведення хворих з травматичними пошкодженнями та запальними процесами щелепно-лицевої ділянки за рахунок використання комплексу патогенетично спрямованих лікувальних заходів на загальному і місцевому рівнях. Це дозволило покращити гігієнічний стан порожнини рота, стабілізувати мікробіоценоз порожнини рота, біохімічні, імунологічні, складові ротової рідини, мітохондріально-біоенергетичний обмін в букальному епітелії з нівелюванням мікроциркуляторних розладів мозкового кровообігу за умов наявності судинно-рефлекторної дисциркуляції.

Висновки і практичні рекомендації відповідають основному змісту дисертаційної роботи, меті та поставленим завданням, що підтверджується отриманими позитивними кінцевими результатами.

В авторефераті відображено стислий зміст всіх розділів дисертації, основні напрацювання якої опубліковано в 50 наукових працях, 25 із яких у фахових журналах рекомендованих МОН України і в міжнародних виданнях, представлено 25 робіт апробаційного характеру. Отримано 2 патенти на корисну модель.

Дані дослідження мають перспективу для подальшого впровадження в

спеціалізованих відділеннях, а також можуть бути використані для написання розділу підручника, монографії, оформлення інформаційних листів, нововведень та методичних рекомендацій.

Зауваження

1. В переліку мовних скорочень не представлено всі варіанти їх, які потім фігурують в основному тексті.
2. Необхідно було навести короткі резюме після кожного підрозділу в розділі «Огляд літератури», а не тільки представити узагальнююче по його завершенню.
3. В розділі 2 «Матеріали та методи дослідження» не представлено відомості стосовно контрольної групи – кількість осіб, що входили до її складу та розподіл за статевими ознаками.
4. В розділі 2 «Матеріали та методи дослідження» не вказано, яка класифікація застосовувалася для встановлення нозологічної форми захворювань тканин пародонта.
5. Не слід було б деталізувати методики, що стосуються встановлення фізико - хімічних та біохімічних параметрів ротової рідини, а достатньо передати їх короткий зміст з посиланням на джерело інформації (розділ 2, підрозділ 2.5).
6. Слід було представити відомості про обсяг інфузійної терапії і її тривалість проведення, за показаннями, в залежності від нозологічної форми захворювання, а не обмежуватися посиланням тільки на протокол надання медичної допомоги.
7. Не завадило б акцентувати увагу на необхідності проведення заходів, спрямованих на підтримання гігієнічного стану порожнини рота на належному рівні, окремо при травматичних пошкодженнях і запальних процесах.

8. В практичних рекомендаціях слід було б надати інформацію та звернути увагу на особливостях застосування засобів для підтримання гігієнічного стану порожнини рота та проведення деяких маніпуляцій по його забезпеченню.
9. Мають місце поодинокі стилістичні та орфографічні помилки.

Запитання

1. Чи брали Ви в наукову розробку хворих з пародонти том, чи обмежилися тільки тими у кого був наявний гінгівіт?
2. Яким антибактеріальним препаратам надавали переваги при лікуванні хворих з травматичними пошкодженнями і запальними процесами?
3. Чи були випадки посттравматичного остеомієліту щелепних кісток і яких саме?
4. Чи були відмінності гігієнічного стану порожнини рота в залежності від локалізації і характеру переломів щелепних кісток?

Висновок

Дисертаційна робота Григорової Аліни Олександрівни “ Лікування і реабілітація при пошкодженнях та запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки із урахуванням психофізіологічного стану пацієнтів ” є завершеною науковою працею, виконаною за консультативної участі доктора медичних наук, професора Рузіна Геннадія Пінхусовича, яка містить нові науково обґрунтовані результати, що вирішують актуальну проблему хірургічної і терапевтичної стоматології – обґрунтування концептуальної моделі індивідуалізації лікувально-профілактичних, реабілітаційних заходів у хворих з травматичним пошкодженням кісткового остову обличчя і запальними процесами щелепно-лицевої ділянки з врахуванням особливостей стоматологічного статусу, гомеостазу порожнини рота, психофізіологічних і нейрофізіологічних реакцій на різних етапах спостереження.

Робота виконана з врахуванням сучасної потреби і нормативних вимог. Обсяг клінічних спостережень, застосування високоінформативних методів дослідження, статистичної обробки отриманих кінцевих цифрових результатів із залученням комп'ютерних ліцензійних програм і використання традиційних методів дали змогу сформулювати наукові положення, висновки та практичні рекомендації.

Основні наукові напрацювання висвітлені в авторефераті, 50 публікаціях, із яких 25 статей у фахових журналах рекомендованих МОН України і закордонних виданнях, 25 у вигляді тез. Отримано 2 патенти на корисну модель України, а деякі фрагменти дисертаційної роботи озвучені на вітчизняних і закордонних науково-практичних конференціях різного рівня, впроваджені в клінічну практику.

За своєю актуальністю, науковою новизною, теоретичним та практичним значенням дисертаційна робота Григорової Аліни Олександрівни «Лікування і реабілітація при пошкодженнях та запальних захворюваннях щелепно-лищевої ділянки із урахуванням психофізіологічного стану пацієнтів» відповідає вимогам пункту 10 «Порядку присудження наукових ступенів...», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України за № 567 від 24.07.2013 року стосовно до докторських дисертацій (зі змінами, внесеними згідно Постанов Кабінету Міністрів України №656 від 19.08.2015 і № 1159 від 30.12.2015 р.), а її автор заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 - стоматологія

Офіційний опонент, завідувач кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м.Полтава) доктор медичних наук, професор Підпис професора Ткаченко П.І. засвідчую

Вчений секретар, доцент



П.І. Ткаченко

В.Л. Філатова