

Відгук

офіційного опонента, доктора медичних наук, завідувача кафедри дитячої стоматології факультету післядипломної освіти Вищого Державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» Шешукової Ольги Вікторівни на дисертаційну роботу Прокопової Марії Вячеславівни на тему «Профілактика та лікування карієсу зубів та захворювань тканин пародонта у дітей з вродженою глухотою», представленій на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія до спеціалізованої вченої ради Д 64.600.02 при Харківському національному медичному університеті МОЗ України

Актуальність теми.

Не викликає сумніву актуальність вибраної для дослідження теми – адже в дитячому віці закладаються основи подальшого здоров'я дитини в цілому та твердих тканин зубів і тканин пародонту зокрема. У дітей особливо яскраво виражена взаємодія причин формування патології та умов для їх реалізації. Діти-інваліди, до яких відносяться глухі діти, є особливою категорією стоматологічних пацієнтів. Такі діти мають свої відмінні риси фізичного, функціонального і психічного розвитку. Ураження слуху призводять до цілої низки вторинних порушень - затримки мовленнєвого розвитку, пізнавальних процесів, що зумовлює особливості психомоторної сфери зазначеної категорії дітей. В Україні стоматологічний статус та проблеми надання стоматологічної допомоги дітям із вадами слуху, зокрема з вродженою глухотою, є мало вивченими.

Тому ґрунтовне дослідження, яке мало за мету підвищення ефективності лікування та профілактики карієсу зубів та захворювань тканин пародонта у дітей з вродженою глухотою шляхом клініко-лабораторного обґрунтування комплексу лікувально-профілактичних заходів є актуальним, своєчасним і заслуговує на увагу

Для досягнення вказаної мети були визначені завдання, що передбачають вивчення стану твердих тканин зубів та пародонта у дітей з вродженою глухотою; дослідження біохімічних та імунологічних властивості

ротової рідини; проведення мікробіологічного дослідження зубної бляшки; аналіз особливостей їх психоемоційного статусу; розробку лікувально-профілактичного комплексу для профілактики і лікування карієсу зубів та захворювань тканин пародонта оцінку його ефективності.

Зв'язок із науковими програмами.

Дисертаційна робота є самостійним фрагментом теми науково-дослідної роботи кафедри стоматології Харківського національного медичного університету МОЗ України «Удосконалення та розробка нових індивідуалізованих методів діагностики та лікування стоматологічних захворювань у дітей та дорослих» (державна реєстрація № 0112U002382). Дисертант була безпосереднім співвиконавцем теми.

Наукова новизна роботи. Наукова новизна одержаних результатів. Дістало подальший розвиток питання щодо рівня стоматологічного здоров'я дітей з вродженою глухотою. Показано, що серед найважливіших складових структури стоматологічного здоров'я дітей з вродженою глухотою домінує карієс зубів (83 %) та гінгівіт (91 %). Підтверджено наукові дані щодо більш високої розповсюдженості каріозного процесу в постійних зубах у дітей з вродженою глухотою (74 %) порівняно зі здоровими однолітками (55 %). Встановлено, що поширеність карієсу постійних зубів у дітей з вродженою глухотою була вищою за таку в контрольній групі в 1,4 рази, інтенсивність каріозного процесу – в 2,7 рази, гострий та ускладнений перебіг каріозного процесу зустрічався частіше відповідно у 18 та 4 рази ($p < 0,01$).

Розширено наукові дані щодо рівня стоматологічного здоров'я дітей з вродженою глухотою. Доведено, що розповсюдженість хвороб пародонта у всіх вікових групах дітей з вродженою глухотою була вищою за таку в дітей контрольної групи в 1,2 рази, середній ступінь катарального гінгівіту – в 2,3 раза, важкий ступінь катарального гінгівіту – в 11 разів, індекс РМА – в 2,5 раза, індекс СРІТN – в 1,5 раза.

Доповнено наукові дані щодо причин розвитку основних стоматологічних захворювань у дітей з вродженою глухотою. Встановлено, що незважаючи на те, що показники ГІ за Федоровим-Володкіною, за Stallard та за Silness і Loe у дітей з вродженою глухотою були гіршими за аналогічні показники у здорових дітей відповідно в 1,6, 1,8 та 1,7 рази ($p < 0,01$), не виявлено кореляційний зв'язок між рівнем гігієни порожнини рота та особливостями стану твердих тканин зубів та пародонта в дітей з вадами слуху.

Доповнено наукові дані щодо особливостей мікроекології порожнини рота у дітей зі слуховою депривацією. Встановлено істотне збільшення персистенції у вказаному біотопі як представників резидентної мікрофлори порожнини рота, так і облігатних анаеробних бактерій (*Fusobacterium spp*, *Bacteroides spp*, *Prevotella spp*, *Porphyromonas spp*), ентеробактерій, неферментуючих грамнегативних бактерій (*Acinetobacter spp*, *P. aeruginosa*), *S. aureus* та *S. pyogenes*. Вилучення карієсогенних штамів *S. mutans* були у 2 рази ($p < 0,01$) частіше у концентрації, яка статистично перевищувала значення, одержані при обстеженні дітей групи порівняння.

Розширено наукові дані про стан здоров'я порожнини рота дітей з вродженою глухотою. Встановлено, що у дітей основної групи порівняно зі здоровими однолітками показники Δ рН були вищі в 7,2 рази, швидкості слиновиділення були нижчі в 1,3 рази, кількість ТБК - активних продуктів була вища в 1,4 рази, активність ферментів антиоксидантної системи була нижче в 1,5 рази, антиоксидантно-прооксидантний індекс був нижчим в 2,2 рази, кількість секреторного імуноглобуліну А була нижче в 1,5 рази, активність лізоциму нижче в 1,8 разів, активність уреазі - більшою в 3,3 рази, співвідношення відносних уреазі і лізоциму перевищувало в 6 разів ($p < 0,001$) показники контрольної групи.

Уперше розроблено патогенетичну схему профілактичних заходів для дітей з вродженою глухотою, яка дозволила досягти високого рівня

гігієни порожнини рота, редукцію приросту карієсу зубів на 82 %, отримати 22 % карієспрофілактичної ефективності, нормалізувати стан тканин, відновити біохімічні та імунологічні властивості ротової рідини, покращити мікроекологію порожнини рота.

Уперше запропоновано спосіб оцінки ефективності лікування та профілактики карієсу твердих тканин зубів та захворювань тканин пародонта у дітей з вродженою глухотою шляхом вивчення біохімічних показників ротової рідини (рівня ТБК-активних продуктів, каталази, супероксиддисмутази та антиоксидантно-прооксидантного індексу).

Практичне значення отриманих результатів. Розроблено схему профілактичних заходів для дітей з вадами слуху, що включає в себе професійну чистку зубів, навчання правилам догляду за порожниною рота, добір засобів та методів гігієни, застосування фітоадаптогенного препарату та лізоцимвмісного ополіскувачу.

Використання запропонованого методу лікування та профілактики в групі дітей з вродженою глухотою дозволило протягом 12 місяців спостереження статистично достовірно досягти відсутності зростання поширеності карієсу зубів, знизити показники КПВз+кпз та КПВз на 10 %, індекси гігієни в 2,2 (за Федоровим-Володкіною), у 4,6 (за Stallard) та 4,4 рази (за J. Silness і H. Loe), індекси РМА та СРІТН відповідно в 8,0 разів та 3,2 рази, Δ рН в 5,9 разів, підвищити швидкість слиновиділення на 16 %, знизити кількість ТБК - активних продуктів на 33,9 %, збільшити активність каталази на 44,7 % та супероксиддисмутази на 43,2 %, антиоксидантно-прооксидантний індекс в 2,2 рази, рівень sIgA на 30,7 % та активність лізоциму на 58,1 %, зменшити активність уреазу на 52,6 %, показник ступеня дисбіозу на 71,7 %, отримати достовірне зниження популяційного рівня *S. mutans*, *Haemophilus spp*, *Prevotella spp*, *Fusobacterium spp* ($p < 0,05$), повністю елімінувати персистенцію гнієрідних коків - *S. pyogenes* та *S. aureus*, деяких видів ентеробактерій, підвищити частоту вилучення представників аутохтонної мікрофлори –

некарієсогенних стрептококів (*S. mitis*, *S. oralis*, *S. salivarius*) у 2 – 4 рази, пришвидшити елімінацію карієсогенних стрептококів, ентеробактерій, пародонтопатогенних та неферментуючих грамнегативних бактерій.

Практична значущість підтверджена 2 державними патентами на корисну модель. : «Спосіб оцінки ефективності лікування та профілактики карієсу твердих тканин зубів та захворювань пародонта у дітей з вродженою глухотою» (патент на корисну модель UA № 90216), «Спосіб профілактики та лікування карієсу твердих тканин зубів та захворювань пародонта у дітей з вродженою глухотою» (патент на корисну модель UA № 90217). Видано інформаційний лист №121-2014 «Спосіб оцінки ефективності лікування та профілактики карієсу твердих тканин зубів та захворювань пародонту за станом мікробіоценозу зубної бляшки у дітей з вродженою глухотою».

Одержані в процесі виконання дисертаційної роботи результати впроваджені і в практичну стоматологію, і в навчальний процес на додипломному та післядипломному рівнях підготовки лікарів-стоматологів.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації. Для досягнення поставленої мети автором чітко сформульовані завдання дослідження, застосовані сучасні методики дослідження, використаний достатній обсяг спостережень, що дозволяє вважати подані автором наукові положення і висновки вірогідними і науково-обґрунтованими. Достовірність результатів наукових досліджень, висновків і практичних рекомендацій, сформульованих у дисертації, підтверджуються використанням сучасних методів статистики, успішною клінічною апробацією запропонованих методів діагностики і лікування. Всі положення, що містяться у дисертаційній роботі, є науково обґрунтованими та достовірними, логічно впливають із результатів проведених досліджень.

Повнота викладення основних результатів дисертації в наукових і фахових виданнях. За темою дисертації опубліковано 14 наукових робіт, у тому числі 7 статей у фахових наукових виданнях (1 стаття – в зарубіжному виданні), 5 тез у матеріалах міжнародних та 6 вітчизняних наукових конференцій, отримано 2 деклараційні патенти України на корисну модель. Основні результати дослідження доповідались і обговорювались на науково-практичних конференціях і семінарах.

Відповідність дисертації профілю спеціалізованої вченої ради. Мета, завдання, методи дослідження, основні результати та висновки дисертаційної роботи Прокопової Марії Вячеславівни на тему «Профілактика та лікування карієсу зубів та захворювань тканин пародонта у дітей з вродженою глухотою» відповідають спеціальності 14.01.22 - стоматологія та профілю спеціалізованої вченої ради Д 64.600.02 при Харківському національному медичному університеті МОЗ України

Обсяг і структура дисертації. Обсяг і структура дисертації. Загальний обсяг дисертації становить 202 сторінки друкованого тексту. Дисертація складається зі вступу, огляду літератури, опису об'єктів та методів дослідження, двох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел і додатків. Список літератури містить 151 джерело, із них кирилицею - 107, латиницею – 44 (загалом 16 сторінок). Робота проілюстрована 49 таблицями та 64 малюнками.

Оцінка змісту дисертації.

Вступ. У вступі автор обґрунтовує актуальність теми, наводить зв'язок з науковими програмами і темами, викладає мету та завдання дослідження, новизну, теоретичне та практичне значення роботи, впровадження, особистий внесок, дані апробація результатів дослідження, публікації. *Зауважень немає.*

Розділ 1. «Огляд літератури» складається з 4-х підрозділів і викладений на 28 сторінках.

У підрозділі 1.1. «Особливості стану стоматологічного здоров'я дітей з вадами слуху» підкреслена актуальність обраного напрямку, виходячи із аналізу наукових праць, присвячених вивченню стоматологічного статусу у дітей-інвалідів, в тому числі із вадами слуху. Автором проаналізовані відомості щодо стану твердих тканин, тканин пародонту, гігієни порожнини рота та наявності ортодонтичної патології у таких дітей, отримані науковцями і лікарями у всьому світі. Підкреслено, що іноді дані мають суперечливий характер, а в Україні проблеми стоматологічного здоров'я і надання стоматологічної допомоги глухим дітям майже не вивчалась. Підрозділ написаний аргументовано, наведені наукові дані підтверджують актуальність обраного напрямку.

Підрозділ 1.2 «Особливості психоемоційного статусу дітей з вадами слуху» висвітлює проблему емоційної і сенсорної депривації у глухих дітей на різних етапах їх зростання, яка веде до формування психічних розладів, що проявляються у вигляді симптомів астено-субдепресивних розладів, неврастеній із переважанням емоційних порушень. Підрозділ є важливим для розуміння особливостей психіки та потреб у дітей із вродженою глухотою.

Підрозділ 1.3. «Роль психоемоційних факторів у розвитку основних стоматологічних захворювань» розглядає вплив психогенного стресу на функцію слинних залоз, а саме на зміни гомеостазу порожнини рота. Автор обґрунтовує необхідність вивчення окремих показників неспецифічної резистентності порожнини рота у осіб, що перебувають у стані хронічного стресу, а саме у глухих дітей.

Підрозділ 1.4. присвячений аналізу особливостей проведення профілактичних заходів на сучасному етапі розвитку стоматології. У результаті аналізу сучасних методів стоматологічної профілактики автор приходить до висновку, що найбільш ефективним способом підвищення рівня загальної та місцевої неспецифічної резистентності є нормалізація

адаптаційних реакцій в організмі. У підрозділі дещо занадто докладно розглянуте одне з проаналізованих автором джерел [84].

Автором продемонстровано ґрунтовне розуміння проблеми, аргументована її актуальність та доведена важливість вирішення задач даного дослідження. Розділ закінчується резюме, що висвітлює актуальність обраної для вирішення проблеми.

Зауваження. Розділ не має назви та автор майже не дає критичну оцінку проведеним дослідженням інших науковців.

Другий розділ “Об’єкти і методи дослідження” викладений на 15 сторінках складається з 6-ти підрозділів. Детально описані методи, які застосовані у дослідженні, представлений обсяг досліджень. Розділ написано досить повно, представлені методики відповідають змісту дисертації.

Особливих зауважень до розділу не виникло. Однак, деякі загальновідомі методики дослідження недоцільно наводити детально, слід подати тільки посилання на її автора. В розділі представлено обґрунтування власного розробленого лікувально-профілактичного комплексу, але його доцільність стає зрозумілою тільки після ознайомлення із першим розділом власних досліджень автора. Розділ доцільно було б завершити узагальнюючою таблицею, що значно полегшило б ознайомлення з представленою роботою

За розділом виникає питання – Чому у якості методу мікробіологічного дослідження Ви обрали метод розведень із кількісним висівом матеріалу на поживні середовища, а не метод метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР)

Третій розділ, що присвячений вивченню стану твердих тканин зубів і пародонта у дітей із вродженої глухотою, розподілений на 6 підрозділів.

Автор докладно вивчила ураженість каріесом тимчасових та постійних зубів дітей із вродженою глухотою – визначений перебіг,

локалізація та глибина процесу. При аналізі даних проведеного обстеження дітей автором виявлено, що на тлі вірогідно гіршої гігієни порожнини рота у дітей із вродженою глухотою виявлено високу поширеність та інтенсивність каріозного процесу в тимчасових зубах (підрозділи 3.1, 3.2). Більш ніж у половини ДВГ карієс в постійних зубах розпочинався одразу ж після їх прорізування, швидко прогресував (поширеність карієсу постійних зубів у дітей 11 - 12 років склала 71 %) і до 15 - річного віку майже не лишалося дітей з інтактними зубами (у дітей 14 - 15 років - 85 %). Простежувалось чітке підвищення інтенсивності каріозного процесу в постійних зубах - від $1,17 \pm 0,17$ у 7-8 років до $4,35 \pm 0,13$ в 14-15 - річному віці. 73 % ДВГ мали гострий плин каріозного ураження зубів. Окрім того, у ДВГ в 27 % випадків було діагностовано ускладнений перебіг каріозного процесу.

Підрозділи написані грамотно, матеріал представлений логічно, добре ілюстрований таблицями і рисунками.

Підрозділ 3.3. присвячений вивченню Стану тканин пародонта у дітей із вродженою глухотою

Автором визначено, що стан тканин пародонта у всіх вікових групах дітей із вродженою глухотою був гіршим, порівняно з дітьми без патології слуху. Поширеність захворювань пародонта у ДВГ склала 91 %, виявлений папіліт та гінгівіт, відповідно до значення індексу РМА діагностовано легкий та середній ступінь гінгівіту. У групі 7-8-річних ДВГ індекс РМА відповідав середньому ступеню важкості гінгівіту, у 11-12-ти та 14-15-річних дітей – легкому ступеню важкості гінгівіту.

Аналіз значення індексу СРІТН показав, що ДВГ було необхідно, окрім покращення гігієни порожнини рота, видалення зубних відкладень. Індекс СРІТН до проведення профілактичних та лікувальних заходів у всіх вікових групах ДВГ був на 48 % достовірно ($p < 0,01$) вищий порівняно з ДНС.

Зауваження за підрозділом: Рис.3.2.1. та 3.2.2. доцільно було би подати у вигляді одного рисунку для порівняння даних основної і контрольної групи.

Питання за підрозділом. Як на Вашу думку, що саме призводить до зниження ступеня важкості гінгівіту у дітей із вродженою глухотою із віком?

Підрозділ 3.4. Біохімічні та імунологічні властивості ротової рідини у дітей із вродженою глухотою.

Автором визначено, що у дітей із вродженою глухотою швидкість слиновиділення була знижена й достовірно відрізнялися від показників КГ ($P < 0,01$). У обстежених дітей основної групи, порівняно з дітьми контрольної групи, значення показника ΔpH було більше у 9,5 - 5,5 разів, що свідчить про наявні порушення функціональних властивостей ротової рідини у дітей із вродженою глухотою.

Досить реактивною системою, регульованою нейро-ендокринною імунною системою, є антиоксидантний статус, який включає прооксидантні ланки вільнорадикального перекисного окислення (ВРПО) біополімерів і антиоксидантний захист (АОЗ). Вторинним продуктом ВРПО є- малоновий діальдегід (МДА). Антиоксидантний захист оцінювався за активністю супероксиддісмутази (СОД) і каталази. За даними автора, у дітей із вродженої глухотою в порожнині рота виявлений дисбаланс у системі про-антиоксидантного захисту у бік посилення процесів пероксидації.

Порівняння показників місцевого імунітету ротової порожнини дітей глухих і здорових дітей виявило суттєву відмінність. Співвідношення відносних уреазі і лізоциму у ДВГ перевищувало в 5,67-6,47 раза ($p < 0,001$) показники КГ, що свідчить про високий ступінь дисбактеріозу ротової порожнини у дітей основної групи.

Підрозділ 3.5. Мікробіологічне дослідження мікробіоценозу зубної бляшки у дітей із вродженою глухотою та у дітей без патології слуху

розпочинається обґрунтування обраного методу дослідження, що доречно було б навести в 2 розділі роботи.

Автором визначено, що пришийкову ділянку зубів у ДВГ активно колонізували представники анаеробних грамнегативних бактерій (фузобактерії, бактероїди, превотели, порфіромонади) та актиноміцети, у 10-20 % виявлено персистенцію ентеробактерій та неферментуючих грамнегативних, які не входять до складу резидентної оральної мікрофлори. У 15-ти обстежених дітей основної групи вилучено штами *S. aureus* та *S. pyogenes*, щільність колонізації обстежених біотопів представниками резидентної мікрофлори (α -гемолітичні стрептококи, ентерококи, нейсерії) була вища, ніж аналогічних ділянок у дітей контрольної групи ($p < 0,05$).

Автор припускає, що виявлені особливості мікробіоценозу зубної бляшки у дітей з вродженою глухотою є несприятливим прогностичним критерієм щодо їх стоматологічного статусу. Підрозділ ілюстрований 12 таблицями Додатку А-Д.

Питання за підрозділом. Які саме з виділених при дослідженні складових мікробіоценозу зубної бляшки у дітей із вродженою глухотою можуть бути предикторами карієсу/ захворювань пародонту?

Підрозділ 3.6. Вивчення психоемоційного статусу та кореляційного зв'язку між порушенням психічного та стоматологічного здоров'я дітей із вродженою глухотою

У результаті проведеного дослідження виявлена висока поширеність (84,1 %) порушень психічного та емоційного здоров'я в групі дітей 7-15 років з вродженою глухотою. Переважали астено-невротичні розлади (27,2 %), на другому місці – розлади особистості й поведінки (16,7 %), невротичні та стресобумовлені розлади займали третє місце (13,2 %). Порушенням емоційної сфери страждали 27 % дітей з особливими потребами. У дітей з вродженою глухотою встановлено прямий кореляційний зв'язок між інтенсивністю карієсу, важкістю захворювань

тканин пародонта (за індексом РМА) і порушенням психічного та емоційного здоров'я. А це підтверджує наявність тісного зв'язку між психічним, емоційним і стоматологічним здоров'ям дітей з вродженою глухотою.

Розділ написано грамотно, добре ілюстрований таблицями рисунками. Визначені дисертантом дані розкривають нові ланки патогенезу захворювання, мають значне теоретичне і практичне значення, дозволяють аргументовано здійснити підхід до призначення лікувально-профілактичних заходів у дітей із вродженою глухотою.

Розділ 4. РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАПРОПОНОВАНОГО ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ складається із 6 підрозділів.

Автор розглядає дію запропонованого лікувально-профілактичного комплексу у порівнянні із контрольною групою дітей, що лікувалися традиційно. Використання запропонованого комплексу дозволило досягти більш ефективного та довготривалого поліпшення стану гігієни порожнини рота у ДВГ. Підрозділ ілюстрований 3 таблицями і 9 рисункам, які характеризують динаміку змін стану гігієни за трьома обраними автором індексами, що дещо переобтяжує розділ.

Питання: з якою метою Вами були обрані саме ці індекси гігієни і чи не є вони дублюючими?

Підрозділ 4.1 Динаміка зміни стану твердих тканин зубів у дітей із вродженою глухотою під дією лікувально-профілактичних заходів

На початку підрозділу автор визначає ступінь активності карієсу у трьох вікових групах дітей із вродженою глухотою для обґрунтування кратності диспансерних оглядів. Протягом року спостереження поширеність карієсу зубів у ДВГ, які отримували запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів, не зросла, а в групі дітей 11 - 12 років навіть на достовірно знизилась. Інтенсивність карієсу зубів у ДВГ, що отримували запропоновані заходи лікування та профілактики

через 12 місяців була на достовірно ($p < 0,05$) нижчою порівняно з інтенсивністю карієсу в групах дітей, які отримували традиційні заходи лікування та профілактики. Приріст інтенсивності через 12 місяців у ДВГ, яким проводили запропоновані лікувально-профілактичні заходи, був на 83% нижчий у порівнянні з дітьми, які отримували традиційну схему лікування та профілактики. Редукція приросту карієсу зубів у ДВГ склала 91 % (7 - 8 років), 77 % (11 - 12 років) та 79 % (14 - 15 років). Карієспрофілактична ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу у ДВГ склала 21 % в ОГ1, 20 % в ОГ2 та 25 % в ОГ3. Автором доведено, що запропонований лікувально-профілактичний комплекс має виражений карієспрофілактичний ефект.

Запитання за підрозділом. Які саме складові запропонованого Вами комплексу мають карієспрофілактичну дію?

Матеріали **Підрозділу 4.3.** Динаміка зміни стану тканин пародонта у дітей із вродженою глухотою під дією лікувально-профілактичних заходів свідчать про позитивний вплив ЛПК на стан тканин пародонту. Через рік від початку проведення лікувально-профілактичних заходів у дітей із вродженої глухотою, що отримали запропонований комплекс, за результатами індексної оцінки зменшилася ступінь запалення тканин пародонту. Підрозділ добре ілюстрований таблицями і рисунками. Зауважень немає.

Підрозділ 4.4. Динаміка змін біохімічних та імунологічних властивостей ротової рідини у дітей із вродженою глухотою під дією лікувально-профілактичних заходів

За даними проведеного дослідження у всіх вікових групах в обох підгрупах спостерігалася тенденція до зниження показнику ΔpH , але тільки під дією запропонованої схеми лікування та профілактики даний показник достовірно ($p > 0,05$) досяг значень, які відповідали низькому рівню карієсогенності. Проведення як традиційних, так і запропонованих лікувально-профілактичних заходів позитивно відбилось на швидкості

слиновиділення дітей ОГ. Обидві схеми призвели до достовірного ($p < 0,05$) підвищення швидкості саливації.

Діти, які отримували запропонований комплекс, порівняно з дітьми, яким проводились традиційні лікувально-профілактичні заходи, за рік мали рівень ТБК - активних продуктів менше в 1,13 раза ($p < 0,05$), рівень антиоксидантного захисту (активність СОД і каталази) вище. Комплекс сприяв нормалізації антиоксидантного захисту, про що свідчить підвищення антиоксидантно-прооксидантного індексу.

За рік після проведення процедур із застосуванням запропонованого лікувально-профілактичного комплексу стан місцевого імунітету порожнини рота ДВГ практично відновився та досяг рівня показників здорових дітей. Через 12 місяців діти, які отримували запропонований лікувально-профілактичний комплекс, порівняно з дітьми, яким проводились традиційні лікувально-профілактичні заходи, мали в середньому вищий на 11 % ($p < 0,05$) вміст sIgA, на 30 % ($p < 0,05$) більшу активність лізоциму, на 17 % ($p < 0,05$) нижчий рівень активності уреазы, на 38 % ($p < 0,05$) нижчий ступінь дисбіозу.

У дітей, які отримували запропоновану схему лікування та профілактики, виявлено достовірне зниження популяційного рівня *S. mutans*, *Haemophilus spp*, *Prevotella spp*, *Fusobacterium spp* ($p < 0,05$). Уже за місяць у жодному випадку не виявлено персистенцію гнієрідних коків - *S. ruogenes* та *S. aureus*, деяких видів ентеробактерій. Натомість, частота вилучення представників аутохтонної мікрофлори – некарієсогенних стрептококів (*S. mitis*, *S. oralis*, *S. salivarius*) зросла у 2 – 4 рази ($p < 0,05$). Запропонована схема за показниками елімінації карієсогенних стрептококів, пародонтопатогенних бактерій, ентеробактерій та неферментуючих грамнегативних бактерій виявилась більш ефективною у порівнянні з традиційною лікувально-профілактичною схемою.

Розділ ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ. В розділі стисло викладено отримані автором результати. Автор аналітично розглядає отримані дані,

висловлює особисті погляди на питання, що вивчаються. Розділ написано логічно, матеріал викладено послідовно, з наведенням вагомих аргументів. Наукові положення дослідження викладені в повному обсязі.

Особливих зауважень до розділу немає. Однак в цьому розділі визначені автором зміни гомеостазу порожнини рота у дітей із вродженою глухотою можна було б проілюструвати у вигляді схеми патогенезу за отриманими результатами дослідження.

Висновки (усього 7) відповідають завданням та відображають основний зміст дисертації.

Зауваження. Висновки 5 та 6 можна було би скоротити і об'єднати.

Практичні рекомендації вказують на можливість використання запропонованого лікувально-профілактичного комплексу для профілактики карієсу та захворювань тканин пародонту у дітей із глухотою.

Зауваження. Третя рекомендація має більшу направленість для науковців, ніж для лікарів-стоматологів практичної ланки. Доцільно було б подати рекомендації щодо особливостей встановлення контакту та спілкування с дітьми, що мають особі потреби через види слуху.

Ідентичність змісту автореферату і основних положень дисертації. Автореферат оформлений відповідно до чинних вимог МОН України. Його зміст відповідає основним положенням дисертації.

Зроблені зауваження носять більш дискусійний ніж принциповий характер і не знижують загального позитивного враження від виконаної роботи. В порядку дискусії хотілося б отримати відповіді на деякі запитання:

1. Виходячи з яких міркувань Ви обрали саме такий дизайн досліджень – віковий контингент та показники?

2. На які ланки патогенезу була в основному направлена дія запропонованого Вами комплексу?

Заклучення.

Дисертаційна робота Прокопової Марії Вячеславівни на тему «Профілактика та лікування карієсу зубів та захворювань тканин пародонта у дітей з вродженою глухотою», представленої на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія є закінченим науковим дослідженням, в якому представлене рішення актуальної проблеми стоматології - підвищення ефективності лікування та профілактики карієсу зубів та захворювань тканин пародонта у дітей з вродженою глухотою шляхом клініко-лабораторного обґрунтування комплексу лікувально-профілактичних заходів.

За актуальністю теми, метою і завданням дослідження, новизною, достовірністю і обґрунтованістю отриманих результатів, висновків і практичному значенню дисертація Прокопової Марії Вячеславівни на тему «Профілактика та лікування карієсу зубів та захворювань тканин пародонта у дітей з вродженою глухотою», представленої на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук повністю відповідає вимогам пункту 11 «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24 липня 2013 р. № 567 (зі змінами, внесеними згідно з Постановами КМ №656 від 19.08.2015р. і №1159 від 30.12. 2015р.), а її автор заслуговує присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія.

Офіційний опонент:

завідувач кафедри дитячої

стоматології факультету післядипломної освіти

ВДНЗ України «Українська медична

стоматологічна академія»,

д.мед.н., професор

