

## Відгук

офіційного опонента, завідувача кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, доктора медичних наук, професора Маланчука Владислава Олександровича на дисертаційну роботу Ткаченко Оксани Валеріївни на тему: «Клинико-рентгенологические особенности течения остеомиелита костей лица у наркозависимых больных» (на русском языке), представленної на отримання наукової ступені кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія

**Актуальність обраної теми дисертації.** Остеомієліт щелеп є важким захворюванням. Завдяки досягненню в профілактиці і лікуванні патологічних процесів в порожнині рота, кількість випадків одонтогенного остеомиєліту серед хірургічних стоматологічних захворювань останнім часом скоротилася, але з'явилися нові форми остеомиєліту, які спостерігаються у наркозалежних. Важкий і нетиповий перебіг процесу призводить до помилок в діагностиці та підходах до лікування. Не зважаючи на достатню кількість робіт останнього часу, присвячених цій темі, ще не склалася єдина думка щодо патогенезу та лікування остеомиєліту у наркозалежних, оптимальних обсягів і термінів хірургічного втручання. Дослідження в цьому напрямку актуальні, що й було продемонстровано Ткаченко О.В. в роботі.

**Зв'язок теми дисертації з науковими програмами.** Робота є складовою частиною науково-дослідної теми харківського національного медичного університету МОЗ України «Діагностика і лікування захворювань органів та тканин щелепно-лицевої ділянки» (номер держреєстрації № 0113 U 002274).

**Мета і завдання роботи** сформульовані чітко. Поставлені мета і завдання дослідження логічно випливають із назви роботи, охоплюють необхідні напрямки дослідження.

**Методи дослідження** – клінічні, рентгенологічні, лабораторні, статистичні, є сучасними, інформативними, об'єктивними, доповнюють один одного і дають змогу отримати достатньо повну інформацію про процеси, що вивчаються.

**Матеріал дослідження** – 78 обстежених, проаналізованих і пролікованих наркозалежних пацієнтів із остеомиєлітом кісток обличчя. Цієї кількості пацієнтів достатньо для виявлення основних клінічних закономірностей перебігу захворювання і отримання відповідей на поставленні мету та завдання роботи. Кількість хворих, методи і тривалість дослідження дали

можливість отримати нові дані про особливості перебігу та лікування вищенаведеної групи хворих.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Автором виявлені, проаналізовані та систематизовані деякі особливості перебігу остеомієліту кісток обличчя у наркозалежних, які проявляються в різних формах деструктивного процесу, залежно від термінів вживання і відмови від вживання наркотичної речовини.

Вперше проведена порівняльна характеристика інформативності клінічних, рентгенологічних і морфологічних досліджень для діагностики характеру та обсягу ураження при токсичному остеомієліті.

Запропонована класифікація остеомієліту нижньої і верхньої щелепи з поділом клінічних варіантів прояву симптомів на класи, а також доведено необхідність диференційованого підходу до вибору оперативного втручання.

Запропонована також класифікація варіантів перебігу остеомієліту кісток обличчя в залежності від обсягу ураження і форми деструктивних процесів, диференційований підхід до вибору оперативного втручання та післяопераційного ведення рани в залежності від форми деструктивного процесу і обсягу ураження кістки.

**Значення для науки і практики висновків і їх достовірність.** Практичне значення роботи полягає в тому, що автору вдалося уточнити патогенетичні механізми, що визначають характер перебігу остеомієлітичного процесу, та врахувати їх при лікуванні хворих.

Виявлена залежність між характером перебігу процесу і терміном вживання наркотику. Отримані клініко-рентгенологічні дані дозволили виявити ряд симптомів, що послужили основою для розробки нової класифікації форм ураження кісток обличчя.

Уточнені і диференційовані методи хірургічного втручання та їх обсяг залежно від форми та об'єму остеомієлітичного процесу, що попереджує надмірне видалення уражених кісток.

Автором обстежена достатня кількість хворих, використані сучасні методи дослідження, які оброблені математично, що свідчить про достовірність отриманих даних.

**Глава 2.** - описані матеріали і методи дослідження. Наведено дані загальної характеристики об'єктів, методів і обсягу досліджень, про методи дослідження. Описано методи хірургічного та медикаментозного лікування, а також статистичні методи. По розділі є зауваження:

1. На стор. 39-40 описано, що вели рани з повним глухим ушиванням, що потрібно робити вкрай обережно, бо інфіковану рану ушивати наглухо не рекомендують.
2. На стор. 40 описані статистичні методи (критерії Стьюдента, коефіцієнт Пірсона), але які використані не повністю.

У 3 главі є дані про поширеність та особливості клінічного перебігу хронічного токсичного остеомієліту щелеп. Розділ добре ілюстрований графіками і таблицями. Наведено класифікацію остеомієлітів щелеп у наркозалежних (литическая форма, секвестральная, многоочаговая) та класи ураження верхньої (5 класів) та нижньої (4 класи) щелепи. Дано деякі клінічні приклади для ілюстрації класифікації та класів ураження щелеп. Зауваження по главі:

1. Автор використав термін «токсичний остеомієліт», відсутній в МКБ-10. Чи є більш правильним термін «остеомієліт щелеп у хворих на тлі наркотичної залежності»?
2. Є неточні підписи до деяких рисунків, в табл. 3.5. не вказані одиниці вимірювання.
3. Класифікація ілюстрована переважно панорамними знімками, на яких складно побачити ураження кортикальних пластинок нижньої щелепи (це видно на КТ), не всі класи ураження верхньої щелепи ілюстровані рентгенограмами та КТ (лише один клас із 5).
4. Термін «патологический перелом» не є точним, бо немає «физиологического перелома», тому кращий термін «резорбційний перелом» або «перелом на тлі патологічного процесу, резорбції кістки».

У 4 главі описуються результати комплексного лікування хворих на остеомієліт щелеп на тлі наркотичної залежності: детальна передопераційна підготовка, особливості загального знеболювання при оперативному лікуванні, обсяг оперативного втручання в залежності від характеру перебігу процесу. Даний розділ добре ілюстрований, з клінічними прикладами. По розділу є зауваження:

**Висновки.** Робота закінчується 5 висновками та 4 практичними рекомендаціями.

**Особистий внесок автора.** Робота виконана, як вказано, особисто автором. Тема роботи була запропонована науковим керівником, професором Г.П.Рузіним, спільно з яким сформульовані мета і задачі дослідження, вибрані методи обстеження, лікування хворих та оцінено його ефективність. Друковані роботи, текст дисертації написані автором і коректувалися науковим керівником.

**Повнота викладу даних в публікаціях.** Основні матеріали дослідження були викладені та обговорені на достатній кількості вітчизняних та закордонних наукових профільних конференцій, зібрань. За темою роботи надруковано потрібну кількість наукових статей та тез доповідей відповідно до вимог ДАК України.

**Загальна характеристика роботи.** Дисертація написана російською мовою за класичною будовою і має всі необхідні розділи. Робота надрукована на 151 сторінці комп'ютерного тексту, містить 70 малюнків, 4 таблиці, складається з 5 розділів, аналізу та обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій і списку літератури. Список використаних джерел має 150 назв, 87 – кирилицею, 63 – латиницею.

**Глава 1.** В ній описані сучасні погляди на патогенез одонтогенного остеомієліту, наведені основи теорій остеомієліту (Боброва, Лексера, Дерижанова, Семенченко, Сніжко, Васильєва, Уварова, Соловійова і т.п.). Автор провів опис проблеми «фосфорного некрозу щелепи» в історичному аспекті, порівняв ці форми ураження щелеп з нині існуючою проблемою – бісфосфонатними некрозами щелеп, детально охарактеризував патогенез бісфосфонатного некрозу і порівняв його перебіг з остеомієлітом щелеп у наркозалежних пацієнтів. Окремо було проведено аналіз «первітінової наркоманії», де розповідається про механізм дії цієї наркотичної речовини на кісткову тканину і на організм в цілому. Також автором описані особливості перебігу запальних процесів у наркозалежних, наведені статистичні дані щодо поширення наркоманії в Україні і вказані органи і системи, які найбільше схильні до ураження у цієї категорії пацієнтів.

Однак, на стор. 28 наводяться дані МОЗ України від 01.01.06., а на 2015 рік - кількість пацієнтів з наркозалежністю змінилася і даних за останні роки немає.

1. На стор. 86 наводиться клінічний приклад, де описується накладення трахеостоми при видаленні всієї нижньої щелепи. Чи краще було прошити і зафіксувати язик лігатурою, адже трахеостома - це травма?
2. На стор. 93, 94 - вказано, що хворим з літичною формою 1 класу проводили секвестректомію, а до цього вказали, що при літичних формах роблять виключно некректомію? Як правильно?
3. На рис. 4.5- 4.6 - стор 93-94 нечіткі рентгенограми - по них складно оцінити ступінь руйнування кістки.
4. Тривалість вживання і відмови від наркотиків – суб'єктивні показники, тому визначити ці терміни і отримати достовірну залежність складно, що потрібно вказувати.

У 5 главі описані морфологічні дослідження резекованої частини щелеп у наркозалежних хворих хронічним токсичним остеомієлітом. Розділ має велику кількість ілюстрацій і описом морфологічних змін у видалених секвестрах. Зауважень по розділу немає.

**Обговорення отриманих результатів.** Робота закінчується аналізом, де автор стисло і чітко охарактеризував та резюмував проведені ним дослідження, на підставі яких були отримані висновки.

Дисертація закінчується **5 висновками.**

Вважаю, що отримані автором дані мають важливе теоретичне і практичне значення. Зазначені зауваження не є принциповими і не впливають на позитивну оцінку роботи. Однак, є питання для наукової дискусії:

1. Чому класифікація не враховує стан окістя, бо від цього залежить кровопостачання і репаративний потенціал кістки, та враховує тільки локалізацію вогнища без ступеню сформованості секвестрів?
2. Що означає термін «литическая форма»? Може, краще її назвати - стадія несформованого секвестру або незавершеною демаркації, як було вказано іншими авторами?
3. Який доступ краще при проведенні резекції щелеп - внутрішньоротовий або поза ротовий, які їх переваги і недоліки?
4. В роботі є тільки одна група хворих без контрольної групи, то чи доцільно лікувати всіх за однією схемою та робити висновки без порівняння з класичною схемою?

**Висновок:** Дисертація Ткаченко Оксани Валеріївни за темою: «Клініко-рентгенологічні особливості перебігу остеомієліту кісток обличчя у наркозалежних хворих» є самостійним науковим дослідженням, виконаним під науковим керівництвом професора Г.П. Рузіна, в якій, на основі багатофакторного аналізу особливостей перебігу остеомієліту у наркозалежних хворих, науково обґрунтовані і впроваджені в клініку методи діагностики та диференційованого підходу до вибору оперативного втручання цього важкого захворювання.

Вважаю, що робота відповідає вимогам п.11 «Порядку присудження наукових степенів та присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України № 567 від 24 липня 2013 року до кандидатських дисертацій, а її автор заслуговує на присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 - стоматологія.

Зав. кафедрою хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця, член-кор. НАМН України, д.м.н., професор

 **Маланчук В.О.**

Підпис В.О.Маланчука засвідчую:

Вчений секретар НМУ імені О.О.Богомольця,  
к.м.н., асистент



**Сулік В.В.**