

Відгук

офіційного опонента на дисертацію Телішевської Оксани Дмитрівни
"Обґрунтування клініко-діагностичних критеріїв диференційної
діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх
імітують" на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за
спеціальністю 14.01.22 – стоматологія,

подану до захисту у спеціалізовану вчену раду Д 35.600.01 при
Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького

Актуальність теми

Відомо, що в умовах сьогодення хвороби скронево-нижньощелепних суглобів є досить поширеними серед населення, зокрема, серед дорослого населення їх частка складає 50-60%. Багато дослідників вивчають проблеми етіопатогенезу, діагностики та лікування таких хвороб, але спільної думки стосовно цих проблем між ними немає. У зв'язку з цим, у літературі існує значна кількість термінів, які характеризують хвороби скронево-нижньощелепних суглобів і, відповідно, класифікацій. На даний час найбільшої популярності, особливо в зарубіжній літературі, набув термін "скронево-нижньощелепні розлади", прийнятий Американською Асоціацією Стоматологів у 1983 році.

Серед медичної спільноти дотепер відсутня єдина узгоджена класифікація патологій скронево-нижньощелепних суглобів, що створює труднощі в диференційній діагностиці з іншими хворобами, постановці діагнозу та обмежує можливості науковців у співставленні та аналізі статистично обґрунтованих результатів наукових досліджень у цій галузі.

Для призначення адекватного лікування скронево-нижньощелепного розладу необхідне проведення поглибленого клінічного обстеження пацієнта з обов'язковим залученням додаткових методів обстеження, що вимагає досконалих знань анатомо-функціональних особливостей щелепно-лицевої ділянки, вміння

співставляти їх з результатами додаткового дослідження. Для уникнення гіпердіагностики у сфері скронево-нижньощелепних розладів, дуже важливо проводити диференційну діагностику з хворобами, що імітують їх. Хвороби, що імітують скронево-нижньощелепні розлади можуть бути як стоматологічного так і загальносоматичного генезу.

Саме тому, вирізнення хвороб, що імітують скронево-нижньощелепні розлади, їх систематизація та аналіз є важливим завданням стоматології для забезпечення надання вчасної та кваліфікованої допомоги пацієнтам і позитивного результату лікування.

Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького "Розпрацювання та удосконалення клінічних методів та технологічних засобів комплексного лікування пацієнтів з втратою зубів, деформаціями та ушкодженнями зубо-щелепної системи" (державна реєстрація № 0114U000112). Автор є безпосереднім виконавцем фрагментів означеної науково-дослідної роботи кафедри.

Все вище викладене підтверджує актуальність для медичної науки та клінічної практики проведеного автором дослідження.

Ступінь обґрунтованості наукових положень

Дисертаційна робота викладена на 190 сторінках друкованого тексту, з яких 149 сторінок основного тексту, і складається із вступу, огляду літератури, розділу матеріалу і методів дослідження, трьох розділів результатів власного дослідження, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних джерел літератури, який містить 194 найменування, з них 76 кирилицею, 118 латиною та долатків. Дисертація містить 19 таблиць та ілюстрована 70 рисунками.

У вступі автор поставив за мету обґрунтувати клініко-діагностичні критерії та розпрацювати діагностичні комплекси для підвищення якості диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують.

Для досягнення поставленої мети поставлені до вирішення п'ять завдань, які є адекватними для досягнення кінцевого результату. Вступ написано послідовно та чітко, у ньому розкриті актуальність і значення представленої проблеми. Предмет та об'єкт дослідження зрозумілі, відповідають назві та меті роботи.

В огляді літератури, проаналізувавши джерела як вітчизняних так і закордонних науковців, автор висвітлила різні погляди на етіологію та патогенез скронево-нижньощелепних розладів, проаналізувала різноманіття термінів, що окреслюють проблеми скронево-нижньощелепних суглобів і, як наслідок, переваги та недоліки різних класифікацій цих хвороб, вичерпно виклала методи візуалізації як твердих так і м'яких тканин суглоба, різні протоколи обстеження і надання допомоги пацієнту із скронево-нижньощелепним розладом.

У підрозділі 1.1 здобувач підкреслює актуальність вибраної теми та важливість проведення запланованих досліджень.

У підрозділі 1.2 проведено огляд симптомів, які є найбільш поширеними причинами звернення пацієнтів до стоматолога і інших спеціалістів та, які можуть свідчити як про скронево-нижньощелепний розлад, так і про інші хвороби стоматологічного та загальносоматичного генезу. Наголошено, що найбільш розповсюдженою причиною звернення до лікаря є біль, який може бути як одонтогенного, так і неодонтогенного походження, саме тому, значна увага повинна приділятися диференційній діагностиці.

Підрозділ 1.3 присвячений огляду методів візуалізації скронево-нижньощелепного суглоба. Послідовно викладено сучасні погляди на променеві та непроменеві методи обстеження суглобів, переваги та недоліки цих методів. Відзначено необхідність введення науково обґрунтованих та

практично орієнтованих рекомендацій до застосування того чи іншого методу. Вважаю доречним підкреслити приділення уваги автором такому методу обстеження скронево-нижньощелепних суглобів та жувальних м'язів як ультрасонографія, оскільки його неінвазивність, відсутність променевого навантаження, економічність та доступність, у порівнянні з іншими методами, дозволяє отримати задовільний діагностичний результат на первинному етапі обстеження.

У підрозділі 1.4 проведено огляд протоколів обстеження пацієнтів із скронево-нижньощелепними розладами, запропонованих різними стоматологічними асоціаціями. Підкреслено велику роль психологічної складової у веденні пацієнтів із скронево-нижньощелепними розладами, а також необхідність міждисциплінарного підходу у більш складних випадках.

У другому розділі, "Матеріал і методи дослідження", описано проведене автором обстеження 135 пацієнтів із підозрою на скронево-нижньощелепні розлади, віком від 4 до 88 років, із них 98 жінок та 37 чоловіків. Окрім загальноприйнятих методів суб'єктивного та об'єктивного обстежень застосовано спеціально розпрацьовані карти обстеження пацієнтів зі скронево-нижньощелепними розладами, які представлено у додатках та докладно описано у підрозділі 2.2. Карти обстеження пацієнтів із підозрою на скронево-нижньощелепний розлад або імітований розлад побудовані логічно від заповнення паспортної частини і до встановленого діагнозу та призначеного лікування.

Для постановки діагнозу використано класифікацію скронево-нижньощелепних розладів за B.W. Neville, D.D. Damm, C.M. Allen, J.E. Bouquot (1995). Проте, у процесі обстеження автором виявлено патології, які не входили у класифікацію і це спонукало до розподілу пацієнтів на 5 груп (за видами розладів): 1 група – артрогенні розлади, 2 група – міогенні розлади, 3 група – гіпермобільність скронево-нижньощелепних суглобів, 4 група – комбіновані розлади (за їх комбінацією: артрогенний + міогенний, артрогенний + гіпермобільність, міогенний + гіпермобільність), 5 група – патологія, що

імітувала скронево-нижньощелепні розлади. За отриманими даними виявлено переважання жінок із скаргами на порушення функції суглобів над чоловіками у 2,6 рази, що збігається з даними літератури.

Вважаю доречним те, що додатковим методам обстеження автор приділила окремий підрозділ 2.3, оскільки, на даний час, існує велике різноманіття цих методів. Додаткові методи обстеження автор обирала поодинокі або у комбінації залежно від клінічного діагнозу та ймовірної імітації скронево-нижньощелепного розладу. Застосовували ортопантомографію, зонографію, ультразвукову діагностику, 3D комп'ютерну томографію та магнітно-резонансну томографію. У процесі дослідження проаналізовано 81 ортопантомографію, 21 зонографію, 64 ультразвукові обстеження, 20 3D комп'ютерних томографій, 4 магнітно-резонансні томографії.

З метою статистичної обробки отриманих даних застосовано метод логістичної регресії та опрацьовано електронну програму, яка дає змогу автоматично розрахувати ризик появи патології у конкретної людини та зберегти цю інформацію для подальшого аналізу та порівняння.

Третій розділ дисертаційної роботи складається з трьох підрозділів і присвячений розпрацюванню комп'ютерної програми диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів. За результатами обстеження 135 пацієнтів автор провела підрахунок коефіцієнтів парної кореляції до кожного діагнозу за усіма виявленими клінічними показниками карти обстеження. Дані показників відрізнялися за силою зв'язку, проте тільки певна частина з них були достовірними ($p < 0,05$). Виявилось, що найбільш проблемними в діагностиці скронево-нижньощелепних розладів є міогенні розлади, так як вони містять 11 анамнестичних і 7 клінічних показників підтверджених коефіцієнтами парної кореляції.

Використовуючи метод логістичної регресії, здобувачем виокремлено з карти обстеження 14 факторів для артрогенного розладу, 14 факторів для міогенного розладу, 7 факторів для гіпермобільності скронево-

нижньощелепних суглобів та 8 факторів для імітованого розладу, які при поєднаній дії мають вірогідний вплив на розвиток розладів.

Достовірність обчислених коефіцієнтів перевірено методом Вальда, а цілої моделі – за допомогою ксі-квадрату, значення якого становить 62,669 для артрогенного СНР, 68,783 для міогенного СНР, 45,932 для гіпермобільності СНЩС та 40,637 для імітованого СНР, що вказує на те, що модель є достовірною з вірогідністю помилки менше 0,1% ($p < 0,001$). Проведена ретроспективна перевірка отриманої моделі на основі даних дослідження показала, що точність отриманого регресійного рівняння становить 80,0% для артрогенного СНР, 83,7% для міогенного СНР, 91,9% для гіпермобільності СНЩС та 79,3% для імітованого СНР.

Отримані автором результати спонукали до розпрацювання програми, яка є файлом “Microsoft Excel”, суть якої полягає у автоматизованому способі розрахунку лікарем-стоматологом індивідуального ризику проявів кожного з розладів у конкретного пацієнта шляхом введення в таблицю інформації, що міститься в карті обстеження.

У розділі 4 представлено аналіз скарг та симптомів у обстежених пацієнтів при різних формах діагностованих скронево-нижньощелепних розладів. Вважаю цілком доречним те, що підтвердженими скронево-нижньощелепними розладами автор враховує такі розлади, при яких скарги пацієнтів та симптоми, що їх супроводжували, співпадали із патологічними змінами виявленими у скронево-нижньощелепному суглобі та жувальних м'язах.

Серед 135 пацієнтів виявлено 7 форм скронево-нижньощелепних розладів: артрогенний, міогенний, гіпермобільність СНЩС, артрогенний + міогенний, артрогенний + міогенний + гіпермобільність СНЩС, артрогенний + гіпермобільність СНЩС та імітований. У 97 (71,9%) діагноз СНР підтверджено, а решті 38 (28,1%) пацієнтам встановлено діагноз патологій, що імітували СНР.

Артрогенні скронево-нижньощелепні розлади виявлені у 80 пацієнтів (59,3%) із загального числа обстежених, 59 жінок (73,7%) та 21 чоловік (26,3%). З них у 47 пацієнтів (34,8%) були тільки артрогенні СНР, у 22 пацієнтів (16,2%)

комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР, у 5 пацієнтів (3,7%) комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР + гіпермобільність СНЩС і у 6 пацієнтів (4,5%) комбінація артрогенний СНР + гіпермобільність СНЩС. Розподіл пацієнтів за віком виявив, що 86,2% пацієнтів з артрогенними розладами належать до підліткового і молодого віку і лише 13,7% середнього, похилого і старечого віку.

Серед усіх показників, які були проаналізовані за картами обстеження пацієнта з підозрою на СНР для визначення артрогенного СНР як критерії можуть бути використані: наявність больових чи акустичних явищ у СНЩС (69 пацієнтів – 86,2%) та зміна ступеня (47 пацієнтів – 58,8%) і траєкторії відкривання рота (63 пацієнти – 78,7%). Інші показники залишаються тільки як інформаційні але не є визначальними для діагностики.

Міогенні скронево-нижньощелепні розлади виявлені у 38 пацієнтів (28,1%) із загального числа обстежених, 34 жінки (89,5%) та 4 чоловіків (10,5%). З них у 11 пацієнтів (8,2%) були тільки міогенні СНР, у 22 пацієнтів (16,2%) комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР, у 5 пацієнтів (3,7%) комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР + гіпермобільність СНЩС. Розподіл пацієнтів за віком встановив, що 86,8% пацієнтів з міогенними розладами належать до підліткового і молодого віку і лише 13,2% пацієнтів середнього, похилого і старечого віку.

Серед усіх показників визначених у карті обстеження пацієнтів з підозрою на СНР для визначення міогенного СНР як критерії можуть бути використані: наявність акустичних явищ у СНЩС (25 пацієнтів – 65,8%), зміна траєкторії відкривання рота (26 пацієнтів – 68,4%), акцентована пальпація жувальних м'язів (38 пацієнтів – 100%).

Гіпермобільність СНЩС виявлена у 17 пацієнтів (12,6%) із загального числа обстежених, 10 жінок (58,8%) і 7 чоловіків 41,2% (рис.4.22-а). З них у 6 пацієнтів (4,5%) була тільки гіпермобільність СНЩС, у 5 пацієнтів (3,7%) комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР + гіпермобільність СНЩС і у 6 пацієнтів (4,5%) комбінація артрогенний СНР + гіпермобільність СНЩС.

Розподіл пацієнтів за віком встановив, що 82,3% пацієнтів з гіпермобільністю СНЩС це люди підліткового і молодого віку, а лише 17,7% пацієнтів середнього віку.

Серед усіх показників визначених за картами обстеження пацієнта з підозрою на СНР для визначення гіпермобільності СНЩС як критерії можуть бути використані: наявність гіпермобільності інших суглобів (12 пацієнтів – 70,6%), наявність акустичних явищ у СНЩС (16 пацієнтів – 94,1%), зміна траєкторії відкривання рота (8 пацієнтів – 47,0%) та акцентована пальпація жувальних м'язів (10 пацієнтів – 58,8%).

Після проведених статистичних обрахунків та їх аналізу встановлено переважання кількості жінок над чоловіками в групі артрогенних СНР у 2,8 рази, міогенних СНР у 8,5 раз та гіпермобільності СНЩС у 1,4 рази, що підтверджує та доповнює наукові дані щодо переважання кількості жінок з СНР над чоловіками. Також, встановлено, що вік пацієнтів до 44 років (підлітковий та молодий) переважав в усіх групах СНР: 86,2%, 86,8% та 82,3% відповідно.

Якісний та кількісний аналіз результатів діагностичних тестів виявив наступне. За даними Експрес-заключення у 71 пацієнта з артрогенними СНР (88,8%) виявлено наявність 2 і більше позитивних пунктів, у 9 пацієнтів (11,2%) не виявлено жодного позитивного пункта. За даними індексу Хелкімо 0 балів виявлено у 2 пацієнтів (2,5%), а у 78 пацієнтів (97,5%) виявлено від 1 до 3 балів.

За даними Експрес-заключення у 34 пацієнтів з міогенними СНР (89,5%) виявлено наявність 2 і більше позитивних пунктів і у 4 пацієнтів (10,5%) не виявлено жодного позитивного пункта. За даними індексу Хелкімо 0 балів виявлено у 1 пацієнта (2,6%), а у 37 пацієнтів (97,4%) виявлено від 1 до 3 балів.

За даними Експрес-заключення у 11 пацієнтів з гіпермобільністю СНЩС (64,7%) виявлено наявність 2 і більше позитивних пунктів, а у 6 пацієнтів (35,3%) не виявлено жодного з позитивних пунктів. За даними індексу Хелкімо 0 балів виявлено у 1 пацієнта (5,9%), а у 16 пацієнтів (94,1%) виявлено 1 бал, 2 і 3 бали не виявлено в жодного пацієнта.

Аналіз застосування додаткових тестів для визначення СНР встановив: Експрес-заключення підтвердило діагностовані артрогенні СНР на 88,8%, міогенні СНР на 89,5% та гіпермобільність СНЩС на 64,7%, а індекс Хелкімо підтвердив діагностовані артрогенні СНР на 97,5%; міогенні СНР на 97,4%; та гіпермобільність СНЩС на 94,1%.

У результаті ретельного обстеження 38 пацієнтів, у яких діагноз СНР не був підтверджений, виявлено 20 патологій, симптоматика яких імітувала СНР, а саме: гайморит, головний біль напруги, геміплегія обличчя, герпес, епілепсія, змішана пухлина привушної слинної залози, клиноподібний дефект зубів, лімфаденіт привушних слинних залоз, мігрень, невралгія трійчастого нерва, ортодонтична патологія, отит, недіагностований перелом суглобового відростка нижньої щелепи, перелом шилоподібних відростків, періодонтит, пульпіт, ревматизм, сіалoadеніт, тріщина кореня зуба, ускладнене прорізування третіх молярів та невизначена патологія.

Різноманітність та поліморфізм виявленої патології, що пов'язана з різними органами і системами не дозволяє систематизувати їх за морфологічними або функціональними ознаками, саме тому, їх розділено на дві групи: загальносоматичного та стоматологічного генезу.

Кількість жінок з імітованим СНР складає 68,4%, проти 31,6% у чоловіків. Переважання жіночої статі у 2,2 рази серед пацієнтів з імітованими СНР не спростовує думки про емоційну та гормональну залежність як діагностованих, так і імітованих СНР. Серед виявлених патологій найбільш поширеною – 15,8% була ортодонтична патологія, наступними за частотою були періодонтит – 13,2% та недіагностований перелом суглобового відростка нижньої щелепи 10,5%.

Отже, діагностовано 9 (45,0%) імітованих СНР загальносоматичного генезу: отит, герпес, мігрень, геміплегія обличчя, гайморит, епілепсія, головний біль напруги, перелом шилоподібних відростків, ревматизм; та 11 (55,0%) імітованих СНР стоматологічного генезу: недіагностований перелом суглобового відростка нижньої щелепи, пульпіт, періодонтит, сіалoadеніт, невралгія трійчастого нерва, ортодонтична патологія, лімфаденіт привушних слинних залоз, тріщина кореня

зуба, клиноподібні дефекти твердих тканин зубів, ускладнене прорізування третіх молярів, змішана пухлина привушної слинної залози.

Аналіз карт обстеження пацієнтів із підозрою на СНР виявив, що первинною ознакою звертання на консультацію було скерування пацієнта іншим лікарем, який первинно його обстежував (71,1%), а саме лікарів-ортодонтів (22,8%), оториноларингологів (8,3%), невропатологів (4,9%), ревматологів (5,9%), стоматологів-хірургів (24,6%), інші (4,6%). Випадки самостійного звертання пацієнтів, які надалі були скеровані до інших спеціалістів склали 28,9%.

За даними Експрес-заключення, встановлено, що у 17 (44,7%) пацієнтів можливість справжнього СНР не виявлена, проте, у 21 (55,3%) пацієнта, за даними Експрес-заключення (≥ 2) може бути СНР. Такий різнобій за Гамбурзьким протоколом викликаний тим, що серед шести його пунктів, містяться три, які можуть бути позитивними і при імітованих патологіях. Отже, можна стверджувати, що застосування Гамбурзького тесту з метою диференційної діагностики між підтвердженими та імітованими СНР не є інформативним, а лише інформуючим про можливість виявлення основних скарг характерних для СНР.

Оцінка стану зубо-щелепного комплексу за індексом Хелкімо визначила, що у 12 (31,6%) пацієнтів немає жодної дисфункції СНЩС, у 19 (50,0%) легка дисфункція, у 5 (13,2%) дисфункція середньої важкості і у 2 (5,3%) пацієнтів важка дисфункція. Отже, у 26 (68,4%) пацієнтів все-таки були виявлені дисфункції зубо-щелепного комплексу різної важкості. Це підтверджує, що в процесі обстеження пацієнтів із імітованими СНР паралельно були виявлені різні форми власне СНР, проте вони не були основною причиною звертання пацієнта, можливо розвинулися на тлі імітованого СНР та не турбували пацієнта. Така діагностика виступає як діагностика преморбідних симптомів СНР, а, відтак, повинна міститися в карті обстеження пацієнта з підозрою на СНР.

Розділи з результатами дослідження достатньо наповнені таблицями, вичерпно статистично опрацьовані, наведені клінічні приклади мають послідовний ілюстраційний супровід. Суттєвих зауважень до розділів немає.

У розділі "Аналіз та узагальнення результатів дослідження" здобувач у стислій формі узагальнює отримані результати та обговорює їх.

Висновки викладено послідовно та достовірно, вони відповідають поставленій меті та завданням дослідження.

Достовірність і новизна наукових положень

Викладені у дисертації отримані результати, висновки і рекомендації є достовірними і базуються на вивченні достатньої кількості клінічного матеріалу, використанні сучасних методів дослідження, методично правильному виконанні поставлених завдань та статистичному опрацюванні результатів дослідження.

Автором уточнено наукові дані щодо наявності спільних симптомів чи симптомокомплексів у пацієнтів зі скронево-нижньощелепними розладами та пацієнтів з хворобами, що їх імітують з визначенням частоти хибної симптоматики. Представлено розпрацьований та науково обґрунтований комплекс диференційної діагностики різних форм скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують. Доповнено наукові дані про структуру імітованих скронево-нижньощелепних розладів, загальносоматичного та стоматологічного генезу, наукові дані щодо діагностичних ознак різних форм скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують, за методом логістичної регресії. Ці дані покладені в основу розпрацювання спеціальної програми диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів. На підставі якісного і кількісного аналізу результатів діагностичних тестів запропоновано та науково доведено доцільність застосування спеціально розробленої комп'ютерної програми для визначення індивідуального ризику розвитку скронево-нижньощелепних розладів за їх різними формами.

Повнота викладу наукових положень в опублікованих працях

Результати проведеного автором дослідження опубліковано у 14 наукових роботах, з них 8 статей у фахових виданнях визначених МОН України, 6 у збірниках наукових праць, матеріалах і тезах міжнародних конференцій.

Зміст автореферату ідентичний щодо основних положень дисертації. Дисертаційна робота написана українською мовою, у достатній мірі ілюстрована таблицями та рисунками. Принципових зауважень щодо викладення фактичного матеріалу та результатів дослідження немає, проте прошу автора надати роз'яснення щодо деяких зауважень та відповісти на запитання.

Зауваження та дискусійні питання:

Підчас ознайомлення з дисертаційною роботою виникли наступні зауваження:

1. Наведена у підрозділі 2.2 інформація про порядок шифрування діагнозів є надто об'ємною та деталізованою. Її можна було б викласти у додатках, поруч із картою обстеження.
2. На мою думку, варто включити рекомендації з використання розпрацьованої вами комп'ютерної програми для щоденної практики.

Також хотілося б отримати відповіді на наступні запитання:

1. Чому з діагностичною метою обрали Гамбурзький протокол та критерії оцінки функції скронево-нижньощелепних суглобів за M. Helkimo?
2. Серед критеріїв скронево-нижньощелепних розладів Ви визначили акцентовану пальпацію жувальних м'язів. Поясніть цей критерій.
3. Чому, на вашу думку, скронево-нижньощелепні розлади виявляли переважно у осіб молодого віку?

4. Яка участь автора у розробці і застосуванні комп'ютерної програми для визначення індивідуального ризику розвитку скронево-нижньощелепних розладів за їх різними формами?

Висновок

Дисертаційна робота Телішевської Оксани Дмитрівни "Обґрунтування клініко-діагностичних критеріїв диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують", подана на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, є самостійним завершеним науковим дослідженням, що вирішує важливе для стоматології завдання - підвищенні якості диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують.

Всебічний аналіз дисертації дозволяє зробити висновок, що дисертаційна робота виконана на сучасному рівні, має наукову новизну, важливе практичне значення.

Великий об'єм клінічного матеріалу, спеціальних методів дослідження та обробки отриманих результатів дозволяють достовірно аргументувати наукові положення, висновки та практичне значення отриманих результатів. Матеріали дисертаційної роботи у повній мірі опубліковані у періодичних наукових виданнях, використовуються у навчальному процесі, впроваджені у клінічну практику.

На підставі вищенаведеного вважаю, що дисертація Телішевської Оксани Дмитрівни на тему "Обґрунтування клініко-діагностичних критеріїв диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують" відповідає вимогам п. 11 "Порядку присудження наукових ступенів", затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013р. № 567 (із змінами, внесеними згідно з Постановами Кабінету Міністрів № 656 від 19.08.2015р. і № 1159 від 30.12.2015р.) стосовно дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, а її автор заслуговує

присвоєння наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю
14.01.22 – стоматологія.

Завідувач кафедри стоматології
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
доктор медичних наук, професор

О. В. Павленко



Павленко О.В.
[Signature]

Підпис професора О.В. Павленка засвідчує.

Вчений секретар
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика