

Рецензія

на кваліфікаційну наукову працю Михайлович Марти Юрїївни «Синдромні патології при скронево-нижньощелепних розладах, їх діагностичне значення» подану на здобуття наукового ступеня ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 221 «Стоматологія»

Актуальність теми дисертаційного дослідження. Насамперед слід зазначити, що на сьогоднішній день залишаються не зовсім зрозумілими конкретні причини багатьох розладів СНЩС(СНР). Ряд розладів можуть бути викликані травмою щелепи або скронево-нижньощелепного суглоба, однак більшість СНР виникають без конкретної характерної причини. Найпоширеніше пояснення щодо СНР полягає в тому, що вони значною мірою викликані м'язовою напругою та спазмом м'язів щелеп та обличчя. Також було виявлено, що емоційні стресори викликають фізичні симптоми, такі як напруженість м'язів, і, отже, можуть сприяти прогресуванню СНР. М'язова напруженість значною мірою пов'язана з неефективними моделями рухової поведінки м'язів щелепи, обличчя та шиї, а також через неправильну поставу. Порушення постави опорно-утримуючої системи хворих, які включають і міжщелепові співвідношення, також вважаються однією з основних причин СНР. Статистично встановлено, що СНР частіше зустрічаються у жінок (80%), ніж у чоловіків, і через це досліджується причинно-наслідковий взаємозв'язок між жіночими гормонами та СНР. Було виявлено, що приблизно 75% населення відчувають початкові симптоми СНР, наприклад клацання. Однак, лише невеликий відсоток пацієнтів з цією симптоматикою відчувають дискомфорт або біль при цьому і звертаються за медичною допомогою. Віковий діапазон тих, хто найчастіше страждає від СНР становить від 20 до 40 років і це вказує на тісний зв'язок з віковим періодом пацієнтів, коли соціальні обставини життя (виховання дітей і кар'єрне зростання) зумовлюють вплив стресорних факторів на СНЩС. Усе вищевказане стверджує присутність поліетіологічних, часто міждисциплінарних факторів у розвитку СНР, що потребує систематизації та упорядкування розуміння механізмів розвитку цих станів з метою прогнозованої достовірної діагностики та адекватного лікування даної групи хворих. Дисертаційна робота Михайлович М. Ю. присвячена уточненню та доповненню наукових даних про

наявність синдромних патологій при скронево-нижньощелепних розладах та визначенню частоту та характер хибної симптоматики. Науково обгрунтовані підходи до диференційної діагностики між різними видами скронево-нижньощелепних розладів та хворобами, що їх імітують. Доповнено науково-практичні дані про інтегральну оцінку діагностичних ознак у хворих з різними формами скронево-нижньощелепних розладів. У зв'язку із цим слід вважати, що тематика наукового дослідження здобувача є актуальною.

Зв'язок теми дисертації з державними чи галузевими науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Розпрацювання та удосконалення методів діагностики, клінічних методів та технологічних засобів комплексного лікування дефектів зубних рядів, деформацій і ушкоджень зубо-щелепної системи» (державна реєстрація № 0114U000112). Тему затверджено вченою радою стоматологічного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Автор є безпосереднім виконавцем зазначеного фрагменту наукових досліджень запланованої теми.

Ступінь обгрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, що сформульовані в дисертації, їх достовірність. Автором кваліфікаційної наукової праці проаналізовані літературні джерела за напрямком досліджень, обгрунтовано методологію дослідження та опрацьовано його дизайн, визначено мету та завдання наукової роботи, які присвячені уточненню та доповненню наукових даних про різновиди діагностично значимої симптоматології скронево-нижньощелепових розладів з встановленням особливостей клінічних ознак при виявленні подібних до СНР патологічних станів. При цьому було реалізовано ряд послідовних завдань, котрі включали клінічні та додаткові методики обстеження, визначення валідності кожного із клінічних симптомів у пацієнтів з артрогенними, міогенними та комбінованими варіантами СНР та у підсумку встановленням їх інтегральної оцінки оригінальним способом статистичної презентації сумарного значення

коефіцієнтів регресії у вигляді **U-показника** ймовірності розвитку різновиду СНР. Базуючись на факторіальному аналізі домінування виокремлених факторів розвитку варіанту СНР, запропоновані диференційовані схеми лікування пацієнтів, які включали сучасні консервативні терапевтичні підходи із застосуванням шинуючих пристроїв, фізіотерапії та міждисциплінарної лікарської допомоги. Результати роботи базуються на достатній кількості хворих контрольної та основної груп дослідження. Застосування обраних автором оригінальних способів статистичного аналізу матеріалу вказує, згідно поданих результатів, на можливість прогнозування розвитку клінічних різновидів СНР і заслуговує на впровадження в клінічні практики лікарів-стоматологів. Слід також зазначити, що автор для верифікації отриманих результатів обрав сучасні методики променевих та візуалізаційних технік додаткової діагностики СНР - ортопанорамну рентгенографію, конусну тривимірну комп'ютерну томографію, МРТ та прицільну сонографію СНЩС. Достатність обсягу проведених досліджень і наведені та стверджені автором роботи медико-статистичні показники дозволяють здобувачу підтвердити висновки наукової кваліфікаційної праці.

Нові науково обгрунтовані теоретичні та практичні результати проведених здобувачем досліджень. Наукова новизна досліджень Михайлович М.Ю. ґрунтується на отриманні нових даних, що стосуються деталізації симптоматології скронево-нижньощелепних розладів та визначенні частоти та характеру хибної симптоматики. Уперше науково обгрунтовано діагностичні комплекси для диференційної діагностики між різними видами скронево-нижньощелепних розладів та хворобами, що їх імітують. Доповнено наукові дані про діагностичні ознаки для різних форм скронево-нижньощелепних розладів методом статистичного регресивного аналізу. Окреслено та оцінено рівень провідних методів обстеження пацієнтів при скронево-нижньощелепних розладах та хворобах, що їх імітують.

Автором наукової праці розпрацьована і запропонована інтегрована оцінка диференційної оцінки можливих форм скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують, дозволяє відповідним ступенем вірогідності

здійснювати попередній аналіз скарг і анамнестичних даних хворих з підозрою на СНР і зменшує ризик хибних помилок при обстеженні таких пацієнтів. Клінічний аналіз запропонованої інтегральної оцінки, на думку автора сприятиме ефективнішій діагностиці та адекватному лікуванню скронево-нижньощелепних розладів і хвороб.

На підставі статистичних обрахунків виокремлено певні симптоми та симптомокомплекси характерні для певного виду скронево-нижньощелепних розладів, а також розпрацьовані алгоритми для персоніфікованої оцінки ризику появи того чи іншого скронево-нижньощелепного розладу чи хвороби, що його імітує.

Результати дослідження упроваджені у клінічну практику та навчальний процес кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Д. Галицького, кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», кафедри ортопедичної та навчального лікувального центру «Університетська клініка» ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», кафедри ортопедичної стоматології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедри стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, кафедри ортопедичної стоматології та університетського стоматологічного центру Харківського національного медичного університету, у навчальний процес кафедри ортопедичної стоматології та у клінічну практику ортопедичних відділень №1 та №2, «Стоматологічного медичного центру ЛНМУ ім. Данила Галицького», що підтверджено відповідними «Актами впровадження».

Оцінка змісту дисертаційної праці. Дисертація викладена на 191 сторінках комп'ютерного набору, з яких 113 сторінок займає основний текст, і складається з вступу, огляду літератури, опису матеріалу і методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів та висновків. Список використаних джерел складається із 279 найменувань, серед яких 70 кирилицею та 209 латиницею. Робота ілюстрована 26 рисунками та 29 таблицями.

У Вступі обґрунтована актуальність обраної тематики, визначена мета, основні завдання, методи обстеження, особистий внесок здобувача, науково-практична новизна, структура й обсяг дисертації, апробація отриманих результатів та публікації за темою дисертації.

У першому розділі - критичному огляді літературних джерел "Етіологія та патогенез скронево-нижньощелепових розладів" проведено розгляд актуальних питань - поширеності та сучасних поглядів на етіологію скронево-нижньощелепних розладів, аналізу взаємозв'язку між патологією органів та систем організму та хворіб скронево-нижньощелепового суглобу, а також системному підході при оцінці симптоматології, діагностиці та диференційній діагностиці скронево-нижньощелепових розладів. Розділ написано зрозуміло, доступно та читається зі зацікавленістю.

У другому розділі проведено загальну клінічну характеристику 178 пацієнтів віком від 9 до 76 років, із них 142 жінки та 36 чоловіків із підозрою на скронево-нижньощелепні розлади. Пацієнти були розділені на 7 груп за видами СНР або їх відсутності: 1 група – артрогенні розлади, 2 група – міогенні розлади, 3 група - артрогенний + міогенний, 4 група - артрогенний + міогенний + гіпермобільність, 5 група - артрогенний + гіпермобільність, 6 група – імітовані розлади, 7 група – не підтверджені СНР. У результаті дослідження зі 178 осіб діагноз скронево-нижньощелепних розладів підтверджений у 150 осіб, які були означені як основна група дослідження з розподілом на підгрупи «артрогенні», «міогенні» та «комбіновані» розлади. У інших 28 осіб діагноз скронево-нижньощелепних розладів або був не підтверджений, або клінічно імітував СНР за рахунок інших патологічних станів щелепно-лицевої ділянки. У зв'язку з близькістю станів, що могли маскуватися під скронево-нижньощелепні розлади, ці хворі об'єднані в групу порівняння. Наведено також методологію клінічного обстеження хворих з анамнестичним та об'єктивним системним та локальним обстеженням хворих із застосуванням Гамбургського експрес-теста та індексу дисфункції СНЩС Helkimo. Проведено обґрунтування застосування додаткових і насамперед візуалізованих методів обстеження. Продемонстровано переваги і недоліки та описана конкретна методика проведення дослідження. Описано методологію

статистично-варіаційного аналізу отриманих окремих результатів дослідження та методології побудови моделі виявлення вірогідності досліджуваних розладів способом логістичної регресії з індивідуалізованим прогнозуванням конкретних факторних чинників.

Третій розділ - роль та значення анамнезу у диференційній діагностиці СНР містить дані про визначення факторів, які впливають на розвиток СНР хворих за їх анамнестичними даними. Усі фактори, які аналізувалися автором, визначалися за анамнезом пацієнтів, поділені на три групи: перенесені і супутні патології, пов'язані зі щелепно-лицевою ділянкою, перенесені та супутні загальносоматичні патології та фактори з незначним чинним впливом. Із числа найбільш поширених можливих чинників розвитку СНР слід зазначити наступні, які перевищують 10-15%: інтубаційний наркоз за останній рік - 11,3%; попереднє незнімне протезування - 10,7 %; попереднє лікування СНР - 10,7 %. Серед найбільш поширених можливих чинників розвитку СНР слід зазначити наступні: сидяча робота - 69,4 %; головний біль напруги - 37,3 %; заняття спортом - 20,1 %; бруксизм - 16,0 %; надмірне стирання зубів - 22,7%. Визначено також, що такі чинники як «сидяча робота», «головний біль», «ротове дихання», «стрибок у рості», «бруксизм», «надмірне стирання зубів» статистично достовірно вирізняються у групі хворих з артрогенними розладами СНЩС ($p \leq 0,05$).

Четвертий розділ - клінічні ознаки у диференційній діагностиці у пацієнтів з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади присвячений вивченню діагностичних критеріїв та їх вагомості у диференційній діагностиці скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх можуть імітувати або можуть вказувати на можливість відхилення СНР. Автором підтверджено надійність для клінічної діагностики застосування короткого Гамбургського протоколу встановлення дисфункційних станів у пацієнтів. Виявлено, що для пацієнтів з обмеженим відкриванням рота (менше за 4 см) найбільш характерним симптомом був у підгрупі з артрогенними розладами (35,1% з артрогенними проти 7,1% групи порівняння; $p < 0,05$). Для комбінованих і міогенних розладів цей показник був статистично недостовірний ($p > 0,05$). Також встановлено, що такий симптом, як девіація (вправо та вліво) для підгрупи артрогенних розладів

склав 40,7 %, проти групи порівняння 17,9 %, $p \leq 0,05$). Разом із цим, дефлексія (вправо та вліво) була більш притаманна частині хворих з артрогенними розладами у порівнянні з групою порівняння (33,3 % проти 7,1 % відповідно, $p \leq 0,05$). Також характерним виявлено переважання дефлексії серед хворих з артрогенними розладами у порівнянні з міогенними та комбінованими розладами (33,3 % проти 6,25 % та 15,4 % відповідно, $p \leq 0,05$). Визначено, що за показником «хрускіт» частка осіб за цим показником при артрогенних СНР склала 41,7%, при міогенних 50,0%, при комбінованих СНР 26,9%, а загалом в основній групі 40,0% проти осіб групи порівняння 14,3% ($p < 0,05$). За показником «кляцання» частка осіб за цим показником при артрогенних СНР склала 33,3%, при комбінованих 15,4%, а загалом в основній групі 27,3% проти осіб групи порівняння 7,1% ($p < 0,05$). Виключення спостерігається тільки для підгрупи з міогенними розладами 6,3% проти 7,1% групи порівняння ($p > 0,05$). Крепітація виявлена у 24,1% підгрупи осіб з артрогенними СНР, у 31,3% підгрупи з міогенними розладами і у 26,9% з комбінованими СНР; загалом у 25,3% основної групи проти 3,6% осіб групи порівняння ($p < 0,05$).

Автором встановлено, що ряд клінічних ознак притамані скронево-нижньощелепним розладам визначається і в осіб, у яких діагноз СНР взагалі не підтверджений, або був імітований під СНР. Також виявлено, що виокремлені показники статичної та динамічної оклюзії при порівнянні основної та контрольної груп є статистично недостовірними ($p > 0,05$) і автор стверджує, що оклюзійний чинник у розвитку СНР не є визначальним.

П'ятий розділ - присвячений дослідженню інтегральних показників клінічного та додаткового обстеження хворих для диференційної діагностики СНР і хворіб, що їх імітують та встановлення їх статистичної валідності при постановці діагнозу. Для визначення достовірності обчислених коефіцієнтів клінічної і додаткової симптоматики у хворих, автор застосувала поєднання статистичного методу Вальда та статистичного аналізу за допомогою критерія "хі-квадрат". Такий підхід дозволяв, згідно наданих автором даних вирахувати показник дисперсії і визначити таким чином ймовірний варіант СНР, встановлюючи при цьому "питому вагу" кожного з етіологічних

чинників. Таким чином встановлено, що серед пацієнтів з артрогенним СНР, серед 13 факторів, два з них, гіпермобільність всіх суглобів та біль при пальпації м'язів, мають основне значення. Усі інші 11 факторів мають провокуючу дію – при їхній наявності у пацієнта зростає ризик артрогенного СНР. Аналогічно автором встановлено, що 11 визначених автором факторів при поєднаній взаємодії мають вірогідний вплив на розвиток міогенного СНР. Таким же способом константовано, що виокремлені 17 причинних факторів при поєднаній дії мають вірогідний вплив на розвиток комбінованого розладу.

Окрім цього, серед аналізованих 13-ти факторів, п'ять мають превентивну дію (при їхній наявності у пацієнта зменшується ризик імітованого СНР): обмежене відкривання рота, хрускіт, клацання або крепітація при аускультації суглобів та біль при пальпації м'язів. Всі інші вісім факторів мають провокуючу дію – при їхній наявності у пацієнта зростає ризик імітованого СНР.

Поряд із цим автор зазначає, що у диференційній діагностиці обох груп обстеження необхідний ретельний, виважений і обгрунтований аналіз з урахуванням усіх факторів і результатів як клінічного, так і додаткового обстеження.

Застосований клінічно-інструментально-статистичний підхід автор застосовує у ряді клінічних випадків з встановленням прогнозу можливого діагнозу СНР та рекомендованого підходу до лікування.

Аналіз та узагальнення отриманих результатів підсумовує результативність отриманих даних і порівнює їх з даними, які отримані згідно доступних літературних посилань. Автором демонструються значення виявлених факторів, отриманих з анамнестичних даних у діагностиці скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують. Зазначається, що серед найбільш поширених можливих стоматологічних чинників розвитку СНР основної групи обстежених слід зазначити наступні, які перевищують 10-15 %: інтубаційний наркоз за останній рік - 11,3 %; травматичне видалення 8-х зубів - 10,7 %; ортодонтичне лікування брекетами - 12,0 %; апаратне ортодонтичне лікування - 11,3 %; попереднє незнімне протезування - 10,7 %; попереднє лікування СНР - 10,7 %. Аналіз частоти та особливостей клінічних ознак при

диференційній діагностиці скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують засвідчив, що для основної групи обстежених важливо акцентувати увагу на скарги на біль у м'язах у хворих з міогенними СНР. На підставі скарг, анамнезу та клінічного обстеження хворого побудовані моделі визначення вірогідності появи одного із досліджуваних розладів (міогенний, артрогенний, гіпермобільність СНЩС, імітований).

У висновках здобувач стило формулює основні підсумкові результати наукового дослідження та демонструє на основі аналітичних даних дослідження різних варіантів СНР та їх інтегральної оцінки при порівнянні груп дослідження переваги запропонованого підходу підвищення ефективності діагностики скронево-нижньощелепних розладів шляхом обґрунтування клініко-діагностичних критеріїв та розпрацювання діагностичних комплексів.

При ознайомленні з дисертаційною роботою встановлені окремі зауваження та дискусійні питання на які бажано отримати відповіді під час захисту дисертаційної праці.

-У розділі 2 Матеріал та методи дослідження, стор.64 вказано д.м.н.,доцентом Рибертом Ю.О.(кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО) - це невірне ствердження, правильно - кафедра терапевтичної стоматології ФПО;

- у розділі 4, стор.81, зігзагоподібний варіант відкривання рота, правильно - зігзагоподібний(синусоїдальний)варіант дефлексії;

-у 5 розділі,неодноразове вживання неправильного виразу - дефлексія - вірно дефлексія;

-стор.95 - "...цілої моделі- за допомогою ксі-квадрату..." правильно - при допомозі критерію "хі-квадрат"(критерію Пірсона);

-Як визначалася у Вашому дослідженні точність регресійного рівняння у залежності від виду СНР та хвороб,що його імітують?(стор.102 тексту дисертації);

-хто проводив ультразвукове дослідження і описував протокол ультразвукового обстеження?

-який термін проведеного лікування "капою" у Ваших пацієнтів і від чого він залежав?

-у Висновку дисертаційної роботи 2 Ви константуєте, що "... за ...параметрами, «нестабільна оклюзія», «передні зуби поза контактом», «бічні зуби поза контактом», «різцеве ведення обмежене», «різцеве ведення відсутнє» відсоткові показники, що в основній групі (за підгрупами), що в групі порівняння є статистично недостовірними ($p > 0,05$), що дозволяє стверджувати, що оклюзійний чинник у розвитку СНР не є визначальним. При цьому Ви застосовуєте лікувальні "капи", як основний терапевтичний спосіб допомоги усім хворим, які накладаються на оклюзійні поверхні зубів та змінюють вказані характеристики оклюзії. Який тоді зміст у проводимій оклюзійній терапії?

-чим відрізняється артрогенний варіант СНР від варіанту СНР із гіпермобільністю суглоба?

- при описі клінічного випадку 6 (стор. 117-119 дисертації) клінічно відкривання рота 4,5 см, "траєкторія руху нижньої щелепи - норма", а при УЗД обстеженні - значне зниження амплітуди рухів зліва -1-1,5 мм, а справа 3-4 мм. Чим обумовлена така велика різниця між клінічними та додатковими даними обстеження пацієнтки?

Повнота викладення матеріалів дисертації в опублікованих працях. За матеріалами дисертації опубліковано 16 наукових робіт, з них 9 статей у фахових виданнях рекомендованих МОН України, 1 стаття у вітчизняному виданні, що індексується у базі Web of Science, 1 стаття в іноземному виданні, що індексується у базі Scopus та 5 у збірниках наукових праць, матеріалах і тезах конференцій з міжнародною участю.

Особистий внесок здобувача в одержанні результатів, що виносяться на захист. Дисертаційна робота є особистим науковим дослідженням здобувача. Автор провела патентно-інформаційний пошук за темою дисертації, проаналізувала та систематизувала наукову літературу. Спільно із науковим

керівником сформулювала мету та завдання дослідження. Автор виконала клінічні дослідження, систематизувала та проаналізувала отримані результати, сформулювала власне бачення наукових висновків.

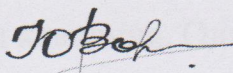
Дані про відсутність текстових запозичень та порушень академічної доброчесності (академічного плагіату, самоплагіату, фабрикації, фальсифікації). Текст поданих матеріалів дисертації Михайлович М.Ю.«Синдромні патології при скронево-нижньощелепних розладах, їх діагностичне значення» є оригінальним. У змісті дисертації не виявлено ознак академічного плагіату.

Висновок

Кваліфікаційна наукова робота Михайлович Марти Юріївни на тему «Синдромні патології при скронево-нижньощелепних розладах, їх діагностичне значення» відповідає вимогам, які зазначені у Порядку присудження ступеня доктора філософії, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 р. №44, а її автор заслуговує на присудження їй наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 221 «Стоматологія», галузі знань 22 «Охорона здоров'я»

Рецензент, докт. мед. наук, завідувач кафедри хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького,


професор



Ю.В.Вовк

Підпис професора Вовка Ю.В. засвідчую,
Вчений секретар, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України,
канд. філол. наук,



 Є.П.Ягело