

ВІДГУК

офіційного опонента доктора медичних наук, професора Казакової Р.В. на дисертаційну роботу Мельничука Віктора Володимировича «Профілактика та реабілітація стоматологічних хворих з недиференційованою дисплазією сполучної тканини», представлену до офіційного захисту на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія у спеціалізовану Вчену раду К 61.051.08 при Державному вищому навчальному закладі «Ужгородський національний університет» МОН України

Актуальність теми.

За даними ВООЗ, якість життя населення включає кілька критеріїв, серед яких особливе місце займає здоров'я, в тому числі і стоматологічне, що формується в дитячому віці. Особливістю стоматологічних захворювань в даний час у дітей і підлітків є висока поширеність і інтенсивність ураження зубощелепної системи (ЗЩС), одночасний розвиток самостійних видів патології, в тому числі карієсу зубів, зубощелепних аномалій, захворювань пародонта. Частота карієсу, за даними різних авторів, коливається в Україні від 93 до 100% при різному ступені інтенсивності патологічного процесу. Одночасно з цим в межах групи з низьким, середнім, високим рівнем інтенсивності карієсу зубів визначаються значні відхилення від середніх показників. Особливу групу складають особи, у яких інтенсивність ураження значно перевищує середньогрупову - декомпенсована форма карієсу зубів (ДФКЗ), множинний, квітучий карієс. В даний час відзначається значне зростання цієї важкої форми маніфестації каріозного процесу.

Виділення цієї форми захворювання в окрему класифікаційну одиницю свідчить про системність та гостроту патологічного процесу. При цьому,

численні дані літератури свідчать про те, що використання стандартних методів лікування і профілактики цієї патології недостатньо ефективне. Тому вже багато років при вивченні множинного карієсу зубів відійшли від розуміння його як ізольованої патології порожнини рота. За останні 30 років опубліковано величезну кількість робіт, присвячених ролі загальних захворювань в патогенезі карієсу. І в даний час практично не викликає сумнівів, що в розвитку і прогресуванні каріозного процесу відіграє роль системний компонент. Ряд системних захворювань сприяє розвитку і важкому перебігу стоматологічних захворювань, послаблюючи захисні сили організму і створюючи умови для негативного впливу як наявної в порожнині рота мікрофлори, так і ендогенних факторів, що призводять до зниження карієсрезистентності. Про роль соматичної патології (захворювань органів системи травлення, бронхолегеневої, серцево-судинної та ін. систем) у формуванні карієсу зубів і важкої форми його маніфестації свідчать численні літературні дані, причому цей вплив особливо великий на етапі остаточного формування і дозрівання твердих тканин зубів і проявляється швидким злоякісним перебігом, ускладненнями, рецидивуючим характером патологічного процесу (І.П. Брагін, 2008; А.В. Цимбалістов, 2014 року).

В даний час в контексті збереження здоров'я дітей, в тому числі стоматологічного все більше уваги привертають захворювання сполучної тканини, при яких виявляються аномалії зубів, щелеп, піднебіння з такою частотою, що розглядаються як діагностичні критерії ряду найбільш поширених синдромів. На практиці частіше зустрічаються багаточисленні форми недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), коли виявлені ознаки дисплазії сполучної тканини не відповідають жодному з диференційованих захворювань, які є класичними спадковими порушеннями сполучної тканини.

НДСТ може мати як спадковий, так і набутий характер. Причиною такої неспадкової мінливості (модифікаційної мінливості) є несприятливий вплив факторів навколишнього середовища, хоча і в цьому відношенні

реалізація їх, як правило, обумовлена генетично. Недиференційовані дисплазії сполучної тканини (СТ), які виділяють як нозологічний самостійний синдром полігенно-мультифакторного походження, проявляються зовнішніми фенотипічними ознаками з диспластичними змінами сполучної тканини та клінічно значущою дисфункцією одного або декількох органів. В основі цього синдрому лежить порушення метаболізму сполучної тканини - універсальної структури з різноманітними і складними функціями, що і визначає її головну клінічну особливість - полісиндромність, тобто наявність змін майже у всіх органах, в тому числі порожнини рота, обумовлену єдиним патогенезом - дифузним ураженням сполучної тканини.

Однак в даний час є лише поодинокі роботи, що стосуються змін органів порожнини рота при захворюваннях сполучної тканини, в тому числі недиференційованої дисплазії сполучної тканини, поширеність якої в дитячій популяції збільшується лавиноподібно в підлітковому віці. Ці дослідження носять в основному описовий характер і не відображають єдності патогенезу при недиференційованої дисплазії сполучної тканини, асоційованої з множинним карієсом зубів (І.А. Погосян, 1990; А.А. Левенець, 2006; О.С. Воловар, В.О. Маланчук, 2012) , в той час як за даними Скакодуба А.А. (2004), проблема стоматологічної допомоги не вирішується, хоча її потребують практично всі хворі з ДСТ.

У зв'язку з вищесказаним вивчення структури і важкості перебігу карієсу зубів, які впливають на подальший розвиток ЗЩС в цілому, формування дефектів які створюють передумови для розвитку аномалій, деформацій, які протікають на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини, що визначає потреби в його корекції є актуальним, що і визначило мету дослідження - уточнення окремих ланок патогенезу ураження твердих тканин зуба при недиференційованій дисплазії сполучної тканини для визначення ефективного способу лікування.

Наукове та практичне значення дослідження.

Дисертантом уточнені дані про особливості перебігу стоматологічних захворювань у підлітків з НДСТ. Так при важкій формі захворювання, що має більше 10 дисембріотичних ознак і аномалій внутрішніх органів, і хронічні соматичні захворювання, значно збільшується поширеність множинного карієсу, істотно знижується карієсрезистентність твердих тканин зубів при дуже поганій гігієні порожнини рота.

Доповнені відомості про порушення мінерального обміну при множинному карієсі зубів з урахуванням ролі не тільки кальцію і фосфору, а й інших мінералів. Автором виявлено дефіцит ряду одонтотропних елементів і недостатнє забезпечення організму дітей з НДСТ вітаміном D₃, причому у дітей з декомпенсованою формою карієсу зубів воно носило характер вираженого дефіциту.

Автором доповнені наукові дані про недостатність гуморальної ланки імунітету в порожнині рота, а також встановлені порушення фагоцитарної ланки імунітету, причому активність фагоцитарного резерву, фагоцитарної активності нейтрофіл киснево-залежного метаболізму нейтрофілів виявилось значно нижче у дітей з поєднаною патологією.

На основі встановлення кореляційних взаємозв'язків отриманих даних з показників метаболізму сполучної тканини (рівень екскреції оксипроліну і глікозаміноглікану в сечі) автор, оцінивши ступінь адаптаційної напруги, розробив і впровадив комплекс лікувально-профілактичних заходів, що впливають на патогенетичні процеси розвитку множинного карієсу зубів. Лікувальні заходи носять фенотипічний характер і сприяють стабілізації патологічного процесу в твердих тканинах зуба, запобігаючи появі нових вогнищ ураження, відновлення метаболічних дефектів обмінних процесів, поліпшуючи стан здоров'я у дітей з патологією сполучної тканини.

Результати дослідження представлені в інформаційному листі на корисну модель №65264 «Спосіб діагностики ступеня порушення метаболізму сполучної тканини у дітей».

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, їх достовірність.

Наукова робота присвячена актуальному питанню практичної стоматології - вивченню особливостей перебігу, лікування стоматологічних захворювань у дітей з НДСТ на тлі порушення структури і функцій сполучної тканини і зв'язаних з цим дефектів обмінних процесів в організмі дітей. Основні наукові положення, розроблені автором, обґрунтовані достатнім обсягом фактичного матеріалу. Всього обстежено 150 дітей у віці 14-18 років без ознак НДСТ і 150 пацієнтів з діагностованою недиференційованою дисплазією сполучної тканини. Для діагностики НДСТ використовувалася запатентована шкала фенотипічних ознак НДСТ. За ступенем важкості дітей було: 40 з легкою (6-7 дисморфогенетичних фенотипічних ознак і аномалій внутрішніх органів), 30 з середньоважкою (при наявності 8-10). Важка форма патології (при наявності більше 10 дисембріогенетичних типових ознак) визначалася у 30 підлітків. Всі діти відвідували загальноосвітні школи, обстеження їх проводилося на базі дитячої клінічної лікарні №4 міста Києва. Важкості диспластичних змін в порожнині рота відповідала важкість перебігу каріозного процесу. Використані автором методи обстеження хворих – анкетно-опитувальний, клінічний, біохімічні, імунологічні та статистичні є загальноприйнятими, інформативними, адекватними поставленій у роботі меті та завданням.

Основна ціль роботи пролягала в підвищенні ефективності профілактичних і реабілітаційних заходів у пацієнтів пубертатного віку з множинним карієсом зубів, що протікає на тлі НДСТ шляхом своєчасної діагностики та корекції порушень електролітного балансу, D₃-вітамінного обміну, показників фагоцитозу і місцевого імунітету слизової оболонки порожнини рота.

Статистична обробка фактичного матеріалу свідчить про достовірність отриманих результатів, а їх обговорення, висновки і практичні рекомендації

дозволяють стверджувати про достатній рівень обґрунтованості сформульованих автором наукових положень.

Результати дослідження впроваджені в роботу стоматологічних поліклінік Київської області (КЗ «Києво-Святошинська районна стоматологічна поліклініка, КЗБМР« Дитяча стоматологічна поліклініка »- м. Біла Церква, КЗОПР« Обухівська районна стоматологічна поліклініка », Бориспільська районна стоматологічна поліклініка), м. Хмельницький (Хмельницька об'єднана стоматологічна поліклініка), м. Запоріжжя (КУ «Міська стоматологічна поліклініка №4»), в навчально-педагогічний процес кафедри стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Отримані результати дисертаційної роботи викладені послідовно, базуються на достатній кількості клінічних спостережень і лабораторних досліджень та статистично оброблені. Наведені в дисертації положення і висновки ретельно аргументовані на основі сучасних інформативних досліджень. Висновки відображають основний зміст дисертації, тому можна стверджувати про високий ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих в дисертації Мельничука В.В., її достовірність і новизну.

Загальна характеристика роботи, оцінка її змісту в цілому та зауваження.

Дисертаційна робота Мельничука В.В. «Профілактика та реабілітація стоматологічних хворих з недиференційованою дисплазією сполучної тканини» викладена літературною українською мовою на 175 сторінках друкованого тексту, побудована за традиційною схемою і складається з переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, розділу «Матеріали та методи дослідження», 3-х розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, переліку літературних джерел і додатка. Список використаних джерел

містить 298 найменувань, з яких 150 написано кирилицею, 148 латиницею. Дисертація ілюстрована 30 таблицями і 2 малюнками.

Вступ дисертації достатньо повно і логічно розкриває актуальність теми дослідження, мету і завдання, наукову новизну отриманих результатів та їх практичну значимість. Чітко визначені об'єкт, предмет, основні методи дослідження та зв'язок роботи з науковими програмами. В достатній мірі розкрито наукову новизну і практичне значення отриманих результатів. Визначено особистий внесок здобувача, перелік публікацій за темою і характер апробації результатів. В цілому в цьому розділі витриманий порядок викладу, регламентований ДАК МОН України.

Зауважень до цього розділу дисертації не виникло.

Розділ 1. «Діагностика, лікування та профілактика основних стоматологічних захворювань у осіб молодого віку з різним соматичним статусом (Огляд літератури)» (стор. 15-48) викладено в 3 підрозділах. Він вичерпно характеризує питання сучасного погляду на поширеність та особливості клінічних проявів НДСТ, що до цих пір не має чіткого визначення і не входить в МКХ-10, однак широко зустрічається в дитячій популяції, розкриває особливості стану резистентності організму хворих ДСТ, принципи її реабілітації, зв'язок з захворюваннями щелепно-лицьової ділянки. Розділ має всі ознаки достатньої повноти та аналізу джерел вітчизняної та зарубіжної наукової літератури за темою дисертаційного дослідження, складено досить аналітично і критично, що свідчить про обізнаність пошукача в конкретній науковій проблемі і вміння позначити шлях подальшого наукового пошуку в питаннях лікування та реабілітації множинного карієсу зубів, що протікає у дітей на тлі НДСТ.

Як зауваження: в розділі, на наш погляд, дуже широко представлені дані про НДСТ, а підрозділ 1.3 має право на існування лише в контексті підрозділу 1.2.

Розділ 2. «Матеріали та методи дослідження» викладений на 11 сторінках (стор. 49-59), і складається із 3-х підрозділів, в першому з яких представлена загальна характеристика обстежених дітей за групами, а далі послідовно описані застосовані методики дослідження з наведенням їх обсягу та особливостей виконання. Діагноз НДСТ верифікований за допомогою запатентованої таблиці фенотипних ознак. В наступних підрозділах наведений опис клінічних, імунологічних, біохімічних, соціологічних і статистичних методів досліджень. Представлені критерії оцінки ефективності запропонованого автором комплексу лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на стабілізацію патологічного процесу в порожнині рота і корекцію порушень і дефектів метаболізму організму хворих з множинним карієсом і НДСТ. Використані методи сучасні, інформативні, цілком адекватні поставленим меті і завданням, забезпечують високий рівень достовірності отриманих результатів і дозволяють об'єктивно та різнобічно оцінити проблему, яку досліджує автор. Представлені методи статистичної обробки отриманих результатів.

Принципових зауважень до розділу немає, однак автор занадто детально зупинився на описі загальноприйнятих методик обстеження стоматологічного статусу, в той же час, як методиці визначення карієсрезистентності твердих тканин зуба у дітей приділено недостатньо уваги.

Розділ 3. «Методи власних досліджень». У 3 підрозділах відображені не тільки особливості стоматологічного профілю у хворих НДСТ, а й представлені докази зв'язку каріозної хвороби зі станом організму при різному ступені важкості цієї патології, що протікає на тлі порушення метаболізму сполучної тканини.

У цьому розділі проаналізовано дані, отримані в результаті вивчення стоматологічного статусу у 330 підлітків загальноосвітньої школи м.Києва. У

150 з них верифіковано діагноз недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Діагностика НДСТ проводилася за сукупністю скарг, даних анамнезу, клінічних фенотипних ознак з використанням рекомендацій Російського кардіологічного товариства (2013) і розробленої і запатентованої спеціальної таблиці фенотипних ознак (Т.В. Починок з співавт., 2006). Робота проводилася після отримання згоди хворого і його батьків на участь в дослідженні. Діти обстежені в спокійний період, поза респіраторних захворювань, не менше, ніж через один місяць після гострого процесу. Клінічна картина захворювання проявлялася зовнішніми фенотипними ознаками диспластичними змінами сполучної тканини і проявами функціональних порушень з боку одного або декількох внутрішніх органів, що пов'язано з однаковим походженням і закладкою ряду систем в ембріогенезі. Всі обстеження відзначали схильність до частих інфекційних захворювань, що автор пов'язує це, спираючись на дані літератури, з підвищеною фрагментарністю ДНК.

Ознаки диспластичних змін в ЗЩС виявлені у всіх обстежених цієї групи. З урахуванням інтенсивності захворювання підлітки були розподілені на групи за ступенем тяжкості (легка, середньоважка, важка). Причому у дітей з важкою формою перебігу НДСТ поширеність КЗ (на відміну від даних в середньому по цій групі ($64,0 \pm 4,01\%$), досягала 100%, а декомпенсована форма зустрічалася в 30% випадків і характеризувалася не тільки великим КПВ ($9,2 \pm 0,2$), але і наявністю вогнищ демінералізації, поганим і дуже поганим станом гігієни порожнини рота, значним зниженням тесту емалевої резистентності, який відображає здатність емалі протистояти агресивним факторам навколишнього середовища. Значення цього показника не мали гендерних відмінностей, що на думку автора, ще раз підтверджує важливу і визначальну роль зміни органічної матриці емалі в порушеннях формування твердих тканин зубів у терміни, вільні від статевого диморфізму.

Розділ вдало ілюстрований 11 таблицями.

Зауважень до розділу немає.

Розділ 4 «Особливості стану електролітного балансу, фагоцитозу, місцевого імунітету слизових оболонок, D₃ – вітамінного забезпечення дітей пубертатного віку з недиференційованою дисплазією сполучної тканини та карієсом зубів» (стор.72-101), складається з 3-х підрозділів і присвячений аналізу змін різних ланок функціонального стану дітей з множинним карієсом зубів, що протікає на тлі ДСТ.

У підрозділі 4.1 наведені дані про достовірні порушення електролітного балансу у дітей з НДСТ іДФКЗ, і в першу чергу про порушення кальцій-фосфорного обміну, що виражалось в достовірному зниженні вмісту загального кальцію, неорганічного фосфору в венозній крові і збільшення маркера резорбції кісткової тканини - оксипроліну, його зміст в сечі значно збільшено порівняно з показниками референтної групи.

З огляду на те, що в даний час кісткове моделювання розглядається не тільки з позиції порушення кальцій-фосфорного обміну, а й елементного гомеостазу в цілому, автор вивчив і систематизував взаємозв'язок порушень обміну мінералів і зміни метаболізму сполучної тканини у дітей з НДСТ. Ним встановлений також негативний кореляційний зв'язок порушень метаболізму сполучної тканини так і для інших одонтотропних елементів: Mg, Cu, Zn, Fe, Se.

Таким чином, виражений гіпоелементоз одонтогенних макро- і мікроелементів, асоціювання з низьким рівнем метаболізму сполучної тканини (достовірний кореляційний взаємозв'язок з високим рівнем оксипроліну в добовій сечі) створює передумови для зміни процесів мінералізації та структури твердих тканин зубів, можливо визначаючи їх карієслабільність.

Зауважень до викладеного матеріалу немає.

У підрозділі 4.2 викладені дані відносно забезпеченості вітаміном D₃ дітей пубертатного віку з карієсом зубів та дисплазією сполучної тканини.

З огляду на роль дефіциту холекальциферолу (віт. D₃) в фосфорно-кальцієвому обміні, а також численні дані літератури про дефіцит в харчовому раціоні дітей даної есенціальної речовини, автор вивчав D₃-вітамінну забезпеченість за рівнем 25ОНD₃ в венозній крові при множинному карієсі зубів у дітей з НДСТ. Отримані дані свідчать про зниження рівня 25ОН D₃ у всіх групах спостереження, причому у дітей з ДСТ при активно протікаючому карієсі зубів глибина дефіциту вітаміну D₃ значно вища.

Отримані результати свідчать про порушення показників мінерального обміну, де дефіцит іонів Са і неорганічного Р поєднується з дефіцитом вітаміну D₃ при розвитку некомпенсованої форми карієсу зубів у дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини. Можна вважати, що причиною D₃-вітамінної недостатності при активному перебігу карієсу у дітей з дисплазією є не тільки недостатнє надходження з їжею, а й з порушенням метаболізму на шляху перетворення його в активні форми, викликаного патологією органів травлення і нирок. Автором встановлено за допомогою кореляційного аналізу зворотній негативний взаємозв'язок між показниками 25ОНD₃ і рівнем екскреції оксипроліну. Такі результати і зниження карієсрезистентності роблять необхідним застосування вітаміну D₃ у відповідному дозуванні.

У підрозділі 4.3 при вивченні показників резистентності організму дітей, тісно пов'язаних з мінеральним, вітамінним обміном, автор виявив порушення показників фагоцитозу з НДСТ. Причому активність фагоцитозу в сироватці венозної крові у дітей з поєднаною патологією була втричі нижче показників контрольної групи. Аналогічну спрямованість мали й показники спонтанного і стимульованого НСТ-тесту, фагоцитарного резерву, а також рівня вмісту в ротовій рідині секреторного імуноглобуліну А.

Аналіз результатів власних досліджень функціонального стану організму дітей з ДФКЗ і дисплазією сполучної тканини дозволив автору встановити прямі кореляційні достовірні зв'язки між рівнем кальцію, показниками фагоцитарної активності нейтрофілів, рівнем 25ОНD₃ в

сироватці венозної крові і концентрації SIgA в ротовій рідині. Зниження цих показників і прямий взаємозв'язок між собою і станом зниження системної стійкості до карієсу, низькою гігієною порожнини рота на тлі порушення метаболізму сполучної тканини сприяють активному перебігу карієсу зубів, і в той же час визначає точки прикладання лікарських речовин, необхідних для відновлення порушеного гомеостазу з корекцією факторів екзо- і ендогенного характеру, що сприяють виникненню ДФКЗ.

П'ятий розділ «Оцінка ефективності профілактики та лікування карієсу зубів у підлітків з недиференційованою дисплазією сполучної тканини» (стор. 103-117) відображає результати оцінки ефективності запропонованої методики лікування множинного карієсу зубів у дітей з НДСТ.

Оцінка отриманих даних, проведена автором на основі набору комплементарних показників, що відображають асоціативні зв'язки як між показниками метаболізму сполучної тканини, так і отриманих даних гомеостазу, а так само окремих показників між собою, дозволила дисертанту розробити і впровадити комплекс лікувально-профілактичних заходів, корегуючих як зміни карієсрезистентності, так і системних метаболічних порушень як попередників розвитку множинного карієсу.

Автором отримано нормативну динаміку клінічних і лабораторних показників, як у найближчі, так і у віддалені терміни диспансерного спостереження, що свідчить про високу ефективність запропонованого підходу. Розділ викладений на 15 сторінках, містить 2 підрозділи, ілюстровані численними таблицями, які вдало доповнюють зміст розділу.

Зауважень не викликає.

«Аналіз та узагальнення результатів» містить матеріал глибокого аналізу отриманих дисертантом результатів дослідження, викладеного на 18 сторінках (стор.118-135).

У ньому вдало і аргументовано, в порівнянні з дослідженнями інших авторів, наводиться стислий виклад суті всієї дисертаційної роботи. Своїми дослідженнями здобувачеві вдалося довести, що дефект метаболізму сполучної тканини при НДСТ супроводжується численними диспластичними змінами в тому числі і в порожнині рота, поліорганність ураження, обмінними порушеннями. Встановлено, що зміни мінерального обміну з одного боку і зниження резистентності організму дітей з іншого сприяють маніфестації важкої форми перебігу каріозного процесу. І що слід відзначити особливо, виявлений комплементарний характер показників функціонального стану організму, порушень мінерального обміну і вплив місцевих карієсогенних чинників дозволили автору за допомогою кореляційного аналізу встановити, причинно-наслідкові зв'язки між ними і показниками обміну СТ, що і дозволило не тільки визначити комплекс лікувально-профілактичних заходів, а й довести їх ефективність.

Наведена інформація свідчить про те, що автор зумів в дискусійному ракурсі обґрунтувати і інтерпретувати отримані власні дані.

Висновки та практичні рекомендації повністю базуються на отриманому фактичному матеріалі, переконливі, аргументовані.

Висновки, що містяться на 3-х сторінках, логічно випливають з результатів проведених досліджень та повною мірою відповідають поставленій меті та завданням.

Практичні рекомендації мають чітку практичну спрямованість, являються інформативними і сформульованими на підставі отриманих результатів ефективності проведеного лікування і превентивної профілактики розвитку нових вогнищ патологічного процесу.

Повнота викладу основних результатів дисертації у наукових фахових виданнях (ідентичність змісту автореферату і основних положень дисертації).

Автореферат відповідає змісту і основним положенням дисертації. Дані дисертаційного дослідження знайшли відображення в публікаціях автора, перелік яких дано в кінці кожного розділу. За темою дисертації опубліковано 21 наукова робота, у тому числі у 15 статей, з них 5 - в наукометричних виданнях, 10 - в наукових фахових виданнях, рекомендованих ДАК МОН України, 5 - у іноземних провідних фахових виданнях, 3 - в матеріалах науково-практичних конференцій, з'їздів та конгресів, 1 - патент України на корисну модель, 2 - інформаційні листи. Об'єм публікацій та повнота викладу матеріалів дисертації в статтю автора відповідає вимогам відносної процедури здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук в Україні.

Недоліки дисертації та автореферату щодо їх змісту і оформлення.

Автореферат викладено на 24 сторінках друкованого тексту і містить всі складові частини згідно із вимогами ДАК України. Його зміст відповідає змісту дисертації, відображає основні положення, висновки і практичні рекомендації роботи в повному обсязі.

Дисертаційна робота і автореферат викладені літературною українською мовою, відзначається гарне оформлення і змістовність. Значний обсяг проведених досліджень всебічно охоплює досліджувану проблему. Всі розділи вдало ілюстровані таблицями, малюнками, які доповнюють основний текст. Принципових зауважень до змісту та оформлення дисертації та автореферату немає.

У процесі ознайомлення з роботою виникли деякі питання, на які хотілося б отримати відповіді:

1. З чим Ви пов'язуєте, що множинний карієс зубів розвивається не у всіх дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини?
2. Як Ви можете пояснити відсутність в запропонованому лікувально-профілактичному комплексі мембранотропних засобів і препаратів, що нормалізують метаболізм сполучної тканини?

Висновок

Представлена на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук дисертаційна робота Мельничука Віктора Володимировича «Профілактика та реабілітація стоматологічних хворих з недиференційованою дисплазією сполучної тканини» є завершеним самостійним науковим дослідженням, присвяченим вирішенню актуальної проблеми практичної стоматології – підвищення ефективності лікування та профілактики рецидивів у хворих з дисплазією сполучної тканини. Отримані результати досліджень засвідчили високу клінічну ефективність розробленої методики лікування множинного карієсу зубів в найближчі та віддалені терміни спостереження.

За своєю актуальністю, метою і завданнями дослідження, достовірністю і обґрунтованістю отриманих результатів, висновків, науковою новизною і практичною цінністю дисертаційна робота Мельничук В.В. відповідає вимогам п.11 «Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України за №567 від 24.07.2013 року», а її автор заслуговує на присвоєння наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія.

Офіційний опонент:

завідувач кафедри дитячої стоматології

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

д.мед.наук, професор



Казакова Р.В.



Вірюк опонент, карієсуб до
 спец. радя К. в. ст. ор 02.06.2013р.
 Вчений секретар О.А. Кудряшова