

## Відзив

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора В.І.Поповича на дисертацію Друмової Аліни Миколаївни на тему «Діагностика та лікування хронічних постімплантаційних гайморитів», подану до офіційного захисту на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія

**Актуальність теми.** Дисертаційна робота Друмової А. М. на тему «Діагностика та лікування хронічних постімплантаційних гайморитів» присвячена актуальній проблемі сучасної оториноларингології, обумовленої тим, що частота одонтогенних гайморитів коливається від 2 до 25% від загального числа хворих з патологією верхньощелепних пазух, а в зв'язку із швидким розвитком хірургічних методик і матеріалів для протезування в краніофасціальній хірургії, спостерігається ріст особливого виду патології - постімплантаційний гайморит. Ця патологія характеризується особливим впливом на якість життя пацієнтів.

Незважаючи на те, що інтраопераційні, ранні післяопераційні і пізні післяопераційні ускладнення докладно описані в доступній вітчизняній і зарубіжній літературі, практично відсутні дані стосовно віддалених краніофасціальних ринологічних ускладнень внутрішньокісткової дентальної імплантації на верхній щелепі.

Отже питання повноцінної діагностики та лікування потребують подальшої розробки. Це сприятиме своєчасному та цілеспрямованому наданню допомоги таким хворим, визначенню оптимальної тактики ведення.

В зв'язку з цим, актуальність дисертаційної роботи Друмової А. М., яка присвячена вивченню саме цих питань є значною як в теоретичному плані, так і важливою для практичної охорони здоров'я.

**Обґрунтованість наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації..**

Дисертаційна робота Друмової А. М. на тему «Діагностика та лікування хронічних постімплантаційних гайморитів» виконана на сучасному науково-методичному рівні, базується на достатньо великому клінічному матеріалі,

даних ґрунтовних досліджень та статистичного аналізу.

Автором проаналізовано результати комплексного обстеження 157 пацієнтів. Особисто зібрані клінічні матеріали, виконані діагностичні дослідження, проведено статистичну обробку одержаних результатів, їх аналіз, сформовані основні теоретичні та практичні положення дисертації, що виносяться на захист.

Застосовані в дисертації методи дослідження адекватні поставленим завданням, вони є сучасними і високоінформативними. Статистична обробка наукового матеріалу проведена коректно, підтверджена достовірність отриманих результатів. Назва дисертації цілком відповідає її змісту. Всі головні наукові положення дисертації висновки і практичні рекомендації логічно витікають з матеріалів роботи, базуються на фактичних даних, є об'єктивно обґрунтованими, чітко сформульованими, містять нові важливі наукові та практичні узагальнення та являються логічним підсумком проведених досліджень.

Тому обґрунтованість і достовірність положень та висновків, сформульованих у дисертації, не викликає сумнівів.

### **Достовірність і новизна отриманих результатів.**

В дисертаційній роботі Друмової А. М. на тему «Діагностика та лікування хронічних постімплантаційних гайморитів» отримані нові дані стосовно віддалених екстрадентальних краніофасціальних ускладнень після дентальної імплантації у вигляді хронічного постімплантаційного гаймориту. На основі даних комплексного клініко-інструментального дослідження хворих виділена і вивчена самостійна нозологічна форма патології людини – хронічний постімплантаційний гайморит, що дозволяє оцінити тяжкість, прогнозувати перебіг таких розладів та визначати оптимальну тактику лікування. Виділено основні атрибути захворювання - одночасна наявність ринологічної, стоматологічної та неврологічної симптоматики.

Проведено дослідження та визначено специфічну клінічну, радіологічну, мікробіологічну, імунологічну семіотику хронічного постімплантаційного

гаймориту, що дало підґрунтя для розробки нового підходу в лікуванні виділеної нозології та відсутності необхідності застосування антибактеріальних препаратів та скорочення загального терміну лікування в період загострення на  $5,1 \pm 1,1$  діб. Розроблені методи профілактики та метафілактики знижують ризики захворюваності та рецидивування хронічного постімплантаційного гаймориту на 89,66 %

Достовірність отриманих результатів забезпечується адекватними методиками статистичної обробки з використанням методів математичної варіаційної статистики. Розраховувалось середнє статистичне значення показників - величина (M) та її похибка (\*m), а також коефіцієнт достовірної різниці (t). Достовірність отриманих результатів оцінювали по таблиці критеріїв Стюдента та Фішера..

Таким чином, достовірність і новизна отриманих результатів, представлених у дисертації, не викликає сумнівів.

**Повнота викладу основних результатів дисертації в опублікованих працях.**

Основні фрагменти дисертаційної роботи висвітлені у 17 наукових роботах, з них 5 наукових робіт – в фахових виданнях, рекомендованих ДАК України, 1 – в зарубіжному виданні, 2 статті, які додатково відображають наукові результати дисертації – в інших виданнях, 9 тез в матеріалах українських та міжнародних з'їздів, симпозіумів, конгресів та конференцій. .

В опублікованих статтях повністю викладено всі дані клінічних та інструментальних досліджень, які мають закономірні висновки, аргументовані узагальнення і практичні рекомендації.

Автореферат написаний у відповідності до змісту дисертаційної роботи і повністю відображає суть її основних положень, актуальність, новизну та висновки.

**Оформлення дисертації та її структура.**

Дисертація викладена українською мовою на 171 сторінці машинописного тексту. Робота складається з титульного аркуша, анотації,

переліку умовних скорочень, змісту, основної частини, списку використаних джерел літератури, додатків. Список літератури містить 215 джерел, з яких 141 робота – кирилицею і 74 - латиницею. Робота проілюстрована 31 таблицею, 28 малюнками.

У "Вступі" до дисертації автор показує актуальність вибраної ним теми, дає загальну характеристику проблеми одонтогенних захворювань верхньощелепової пазухи, зокрема пов'язаних із сучасним методом корекції адентії – дентальної імплантації, та питань діагностики, підходів до лікування та реабілітації при цій патології, обґрунтування необхідності розробки вибраного напрямку дослідження. Дисертант аргументує наукову новизну та практичну значимість роботи та важливість впровадження її результатів в практику охорони здоров'я.

Метою представленої дисертаційної роботи було оптимізація діагностики, лікування, профілактики і метафілактики хронічних постімплантаційних гайморитів на основі вивчення етіопатогенетичних механізмів розвитку. Відповідно до мети сформульовано 6 коректних завдань, відповіді на які дадуть змогу вирішити поставлену мету. Визначені об'єкт, предмет та методи дослідження.

В главі 1- огляді літератури, викладеному на 23 сторінках та розділеному на 5 підглав, автором проведений критичний аналіз основних літературних даних, що стосуються анатомопографічних особливостей зубощелепової системи, етіології одонтогенних синуситів та сучасним методам діагностики та принципам лікування вказаних пацієнтів.

Переконливо показано, що на сьогоднішній день проблемою оториноларингології і щелепно-лицьової хірургії продовжує залишатися хронічний одонтогенний гайморит (ХОГ) - запальне захворювання слизової оболонки верхньощелепної пазухи (ВЦП), що виникає в результаті поширення патологічного процесу з зубощелепної області. Кількість хворих ХОГ має тенденцію до стійкого зростання, особливо з впровадженням в практику внутрішньокісткової ДІ. Незважаючи на безліч проведених досліджень і

запропонованих методів лікувань, ХОГ залишається проблемною і не вирішеною патологією в ринології через безліч факторів ризику розвитку і вельми обмеженими можливостями їх усунення або применшення.

Важливим висновком огляду є заключення, що дослідження по гострим або хронічним гайморитам, асоційованих з ДІ (поза наслідками синус-ліфтингу) практично відсутні. Для вирішення цього глобально поставленого питання обов'язковим є вивчення усіх клінічних аспектів на різних етапах розвитку хвороби шляхом залучення сучасних методів обстеження. Саме такі підходи допоможуть розробляти в майбутньому ефективні методики допомоги пацієнтам із вказаною патологією.

Зауважень по огляду літератури немає.

Традиційно другий розділ дисертаційної роботи присвячений матеріалам та методам дослідження і викладений на 12 сторінках. Автор приводить характеристику обстежених хворих, а також описує застосовані клінічні, лабораторні, морфологічні, функціональні та радіологічні дослідження. При цьому, особливу увагу приділено як клінічним, так і пара клінічним методам. Приведені методи статистичної обробки інформації.

Для виконання завдань дослідження у відповідності до зазначеної мети дослідження вивчені результати діагностики, лікування і моніторингу 157 пацієнтів (80 чоловіків і 77 жінок віком від 36 до 75 років) що спостерігалися в клініці кафедри оториноларингології в період з 2013 по 2016 рік. Пацієнти, включені в дослідження розділені на:

1 основна група – 56 хворих з хронічним постімплантаційним гайморитом;

2 основна група - 29 хворих з частковою вторинною адентією верхньої щелепи;

1 контрольна група - 12 здорових добровольців без соматичної та стоматологічної патології, що дали згоду на забір біологічного матеріалу;

2 контрольна група - 60 пацієнтів з хронічним одонтогенним гайморитом (ХОГ), викликаним стоматологічними ускладненнями.

Усім пацієнтам було проведено: загально клінічне обстеження. Радіологічне дослідження включало обстеження на спіральному рентгенівському томографі «Somatom Plus 4», інфрачервоному термографі фізико-технічного інституту низьких температур (ФТІНТ), конусно-променевому комп'ютерному томографі «New Tom 3G». Мікробіологічні дослідження, імунологічні дослідження включали визначення цитолітичної активності, активності фагоцитозу, рівня прозапальних цитокінів інтерлейкіну-1 $\beta$  (Іл-1) і протизапального інтерлейкіну-10 (Іл-10), гамма-інтерферону (ІФН- $\gamma$ ) і його антагоніста інтерлейкіну-4 (ІЛ-4). Функціональний стан слизової оболонки порожнини носа оцінювали шляхом вимірювання рН і транспортної функції миготливого епітелію (сахариновий тест).

Таким чином, застосований комплекс клінічних, радіологічних, біохімічних і фізіологічних методик дозволяє об'єктивізувати дослідження і отримати нові дані в аспекті ідентифікації ХПГ.

Третій розділ – Клініко-діагностичні критерії хронічних постімплантаційних гайморитів, розділений на 7 підглав і викладений на 33 сторінках.

3.1. Клініко-діагностичні паралелі в КТ-семіотики хронічних постімплантаційних гайморитів. Клінічні обстеження проведені у 56 хворих 1 основної групи. Як показав аналіз анамнестичних і клінічних даних із загальної кількості пацієнтів з ХПГ у 41 хворого (73,2%) були в минулому різні види патології порожнини носа і навколоносових пазух (викривлення носової перегородки, хронічні риносинусити), неврологічна патологія, хронічні захворювання органу зору, які хірурги не враховували в ході в ході планування операції.

3.2. Термографічна семіотика хронічних постімплантаційних гайморитів.

Термографічні дослідження виконані у 12 персон 1 контрольної групи, 56 хворих ХПГ 1 основної групи. Визначено характерні термограми лицьової ділянки для обстежуваних 1 контрольної групи, хворих ХПГ 1 основної групи. Термосеміотику ХПГ можна описати таким чином: гомогенна виражена

гіпертермія в проекції ВЩП, іноді з поширенням на очну ямку, градієнт термоасиметрії - не більше 2,70С. Патологічна термотопографія шкірних проекцій імплантів верхньої щелепи і верхньощелепної пазухи, представлена помірною гіпертермією, однозначно вказують на локалізацію процесу, що підтверджується і клінічною симптоматикою.

### 3.3. КТ-семіотика хронічних постімплантаційних гайморитів.

КТ обстеження лицьового скелета проведені у 12 персон 1 контрольної групи, 56 хворих ХПГ 1 основної групи. Відзначена загальна закономірність: частоти гіпоплазії і гіперплазії достовірно вище ( $p < 0,05$ ) у хворих з ХПГ, частота нормальної пневматизації достовірно вище ( $p < 0,01$ ) у практично здорових стоматологічно волонтерів. У обстежених проведено визначення типу якості кістки по С. Misch шляхом гістографічного аналізу рентгенівської щільності кісткової тканини. Для хворих ХПГ характерні типи якості кістки D3 і D4 (частота 46,43% і 32,14% відповідно), для обстежених 1 контрольної групи - D2 і D3 (частота 66,67% і 33,33%, відповідно). У той же час і у хворих ХПГ в 21,43% спостережень зустрічається тип якості кістки D2.

3.4. Характер патоморфологічних змін слизової оболонки верхньощелепної пазухи при ХПГ в порівнянні з ХОГ. При вивченні цього блоку в задачу дослідження входило вивчення характеру запалення при ХПГ. За основу взято вивчення структури слизової оболонки і характеру ексудату за даними КТ навколоносових пазух і лікувально-діагностичних пункцій пазухи з обов'язковими денситометричним аналізом на КТ зображеннях і мікробіологічними дослідженнями. Важливою є інформація, що при ХОГ превалюють ексудативні форми запалення - 76-84% хворих. При ХПГ в 19,6% випадків спостерігалася ексудативна форма запалення і в 80,4% - продуктивна.

3.5. Функціональний стан миготливого епітелію. Показники функціонального стану слизової оболонки: для зрілого віку II періоду норма - рН -  $7,28 \pm 0,03$ ; час мукоциліарного транспорту -  $9,04 \pm 0,65$  хв, для хворих з ХПГ - рН -  $6,92 \pm 0,05$ ; час мукоциліарного транспорту -  $20,16 \pm 0,89$  хв. Для літнього віку норма - рН -  $7,26 \pm 0,03$ ; час мукоциліарного транспорту -  $10,89 \pm$

0,71 хв, для пацієнтів з благополучним перебігом після ДІ - рН -  $7,02 \pm 0,04$ ; час мукоциліарного транспорту -  $16,63 \pm 0,83$  хв., для хворих з ХПГ - рН -  $6,89 \pm 0,05$ ; час мукоциліарного транспорту -  $26,32 \pm 0,92$  хв.

3.6. Мікробіологічна характеристика хронічних постімплантаційних гайморитів.

В ході проведення мікробіологічних досліджень в 1 основній і 2 контрольній групах, було виділено і верифіковано близько 15 штамів бактерій і мікроскопічних грибів. Аналіз таксономічного спектру бактеріальних штамів у хворих з постімплантаційними і істинно одонтогенними гайморитами показав, що при ХПГ в культуральних штамах превалюють (70%) сапрофітні або умовно-патогенні мікроорганізми: стафілококи, стрептококи в невисокому ступені концентрації. Середнє мікробне навантаження у хворих основної і контрольної груп також відрізнялось майже вдвічі – 1,29 і 2,94, відповідно. Навантаженість грибковою флорою в контрольній групі – несуттєва. В основній групі статистично достовірно і явно домінувала сапрофітна флора, субдомінантна частина – умовно-патогенна флора. Інші види мікробів були представлені мікробними компонентами, в 9,6% випадків посіви були стерильні. В більшості випадків в основній групі висівались мікробні асоціації від 2 до 4 компонентів, в контрольній групі – монокультура (76,6%), довірчі інтервали з частотами виділення інших асоціацій не перекриваються (в контрольній групі 1-2-компонентні асоціації). Видова різноманітність мікроорганізмів основної групи значно нижча, ніж в контрольній, що свідчить про відносну стабільність мікробного біоценозу.

3.7. Системні реакції імунітету у хворих з хронічним постімплантаційним гайморитом. При визначенні імунного статусу хворих гайморитом різного генезу обстежено по 10 чоловік з загостренням ХОГ та ХПГ, 12 практично здорових людей аналогічного віку з 1 контрольної групи (К). При ХПГ імунологічний антиінфекційний компонент в крові виражений незначно, проте рівень прозапальних цитокінів достовірно вище, ніж в контролі. Запальний процес при ХПГ має характер травматичного запалення, що в свою чергу



вимагає нових підходів до лікування синуситу на основі ускладнень після ДІ.

В підглаві 3.8. Обговорення отриманих результатів підведений підсумок дозволяє дисертанту стверджувати, що вищепераховані дослідження дозволяють описати ХПГ в рамках самостійної нозологічної форми, для якої характерними є наступні елементи семіотики:

- внутрішньокісткові імпланти верхньої щелепи (100,0%);
- наявність в анамнезі до проведення ДІ патології навколоносових пазух (73,2%); в період загострення характерні виділення з носа (100,0%), утруднене дихання через ніс (100,0%), набряклість і гіперемія слизової оболонки носових ходів (100,0%), відчуття тиску в ділянці перенісся, яке збільшується при нахилі голови (100,0%), субфебрильна температура (57,1%), гіперестезії в проекції верхньощелепної пазухи (51.8%);
- висока частота карманів верхньощелепної пазухи - 53,6%;
- критично тонка кісткова пластинка (0,6 - 0,9 мм) над наконечником імпланта (58,9%);
- типи якості кістки по С. Mich D3 і D4 (частота 46,43% і 32,14% відповідно);
- рутинна КТ і термографічна семіотика гаймориту і дакріоциститу на тлі варіабельної варіантної анатомії верхньощелепної пазухи;
- рентгенологічні ознаки остеопорозу: остеопоротична гіподенсність кісткових тканин верхньої щелепи, крупнопетлистий малюнок кістки внаслідок розсмоктування окремих кісткових балок і збільшення кістковомозкових просторів; потоншення кортикального шару кістки через розсмоктування в ньому кісткових елементів; підкресленість країв кортикального шару навколо всієї кістки;
- порушення мукоциліарного транспорту;
- переважання умовно-патогенної флори в мінорних концентраціях, а іноді і стерильність посіву при наявності ексудату в верхньощелепній пазусі;
- виражений імунологічний компонент у вигляді підвищеного вмісту прозапальних цитокінів в крові.

Четвертий розділ – Обґрунтування патогенетичного диференційованого підходу до лікування хронічних постімплантаційних гайморитів, розділений на 3 основні під глави і обговорення результатів і викладений на 20 сторінках.

4.1 Експериментальне обґрунтування застосування імунотропних засобів при лікуванні хворих на хронічний постімплантаційний гайморит. Для проведення дослідження були взяті клітинні суспензії від 14 хворих ХПГ і 10 здорових донорів. Визначали цитолітичну активність клітин, активність фагоцитозу, рівень прозапальних цитокінів інтерлейкіну-1 $\beta$  (Іл-1), протизапального інтерлейкіну-10 (Іл-10), гамма-інтерферону (ІФН-  $\gamma$ ) і його антагоніста інтерлейкіну-4 (ІЛ-4). Показано, що ММТТ підвищував деструктивну активність ПЦК крові хворих з ХПГ, не впливаючи на активність цих клітин у здорових донорів. Найбільш високі рівні стимуляції відзначені при поєднанні ММТТ з вітаміном С ( $p < 0,02$ ), хоча сам по собі вітамін С за час інкубації практично не стимулював активність ПЦК крові хворих в культурі *in vitro*.

Дослідження фагоцитарної активності клітин крові хворих ХПГ і практично здорових донорів показало, що ММТТ надавав дозозалежний ефект на активність фагоцитуючих клітин і великі дози -  $> 200$  мкг/мл, як правило, пригнічували активність фагоцитозу як в люмінісцентному, так і латексному тестах. Найефективнішим було дозування препарату в межах 100 мкг/мл. При додаванні до клітин крові хворих ХПГ вітаміну С у зазначеній вище дозі було відзначено посилення як фагоцитарного показника, так і фагоцитарного індексу, що свідчить про те, що аскорбінова кислота потенціює активуючу дію ММТТ на фагоцити крові хворих ХПГ.

4.2. Клінічне застосування імуномодулятора для підвищення природного імунітету у хворих з хронічним постімплантаційним гайморитом та 4.3. Склерозування кісткової тканини нижньої стінки верхньощелепної пазухи біфосфонатом ДСМБК у хворих з хронічним постімплантаційним гайморитом.

Аналіз ефективності лікування проводився у пацієнтів з ХПГ в стадії загострення в кількості 30 чоловік. Також була сформована і проаналізована

ретроспективно по історіях хвороб група пацієнтів, яких лікували за стандартною схемою ХОГ до початку проведення дослідження, у випадках де ХПГ був розцінений як ХОГ. Перша група отримували: ММТТ, аскорбінову кислоту, ВНО-1985. 2 контрольна група 60 пацієнтів з ХОГ отримувала традиційне лікування. Відзначалося поліпшення стану пацієнтів у вигляді відсутності закладеності, виділень з носа, головного болю в 87% випадків раніше ніж при стандартному лікуванні. Виявлено, що у всіх обстежених хворих до початку лікування мало місце порушення пневматизації верхньощелепних пазух. Після закінчення лікування пацієнтів в основній групі відбувся значний регрес цього показника. Він зафіксований лише у 4 (7,1%) хворих. А в групі порівняння порушення аерації уражених пазух зберігалось у 93% обстежених.

В результаті термографічного обстеження хворих в динаміці лікування виявлено, що виражена термоасиметрія або температурний градієнт після закінчення лікування в основній групі повністю нівелювався, а в багатьох випадках і зникав через 6-7 днів після початку лікування. У групі порівняння подібні явища зафіксовані лише на 11-14-й день після початку комплексу лікувальних впливів.

Аналіз рентгенівської структурної щільності кісткової тканини після 1-го курсу лікування через 6 місяців показав достовірне збільшення цього показника для губчастої кістки максимально на 24%, для компактної кістки - на 12%. Лікувальний алгоритм із застосуванням ДСМБК при ХПГ у осіб, які перенесли ДІ, забезпечив збільшення тривалості ремісії з  $4,5 \pm 0,9$  місяців до  $22,2 \pm 1,4$  місяців.

#### 4.4. Обговорення отриманих результатів

В результаті проведення досліджень дисертант прийшла до висновку, що при лікуванні ХПГ є принципова відмінність від лікування ХОГ – це відсутність необхідності застосування антибактеріальних препаратів. На підставі результатів досліджень запропонована наступна схема етіопатогенетичного лікування ХПГ: імуномодулятор ММТТ +

метаболіотропік аскорбінова кислота + ринотропний фітопрепарат BNO-1985 + бісфосфонат ДСМБК.

П'ятий розділ – присвячений питанням профілактики і метафілактики хронічних постімплантаційних гайморитів. Він розділений на 2 основні під глави і обговорення результатів і викладений на 34 сторінках.

#### 5.1. Профілактика хронічних постімплантаційних гайморитів.

Дослідження базується на результатах комплексного клініко-радіологічного скринінгу 29 хворих з частковою вторинною адентією верхньої щелепи, що проводився з врахуванням факторів ризику розвитку ХПГ перед і після проведення ДІ.

Аналіз отриманих результатів показав, що наявність анатомічних факторів ризику і патології ВЩП, в тій чи іншій сукупності сприяють розвитку ХПГ після ДІ.

Профілактику розвитку ХПГ у хворих з частковою вторинною адентією верхньої щелепи після ДІ проводили протягом 2 тижнів відразу після аналізу результатів стоматологічного і отоларингологічного обстежень. Призначали наступні препарати: BNO-1985 по 1 таблетці 3 рази на день в комбінації з очними краплями 1% ММТТ по 3-4 краплі 3 рази на день протягом 14 днів.

Контрольне КТ обстеження пацієнтів проводилось через 12-14 місяців після ДІ. Аналіз рентгенівської щільності кісткової тканини альвеолярного відростка через 12-14 місяців після ДІ показав достовірне збільшення показника щільності для губчастої кістки при типі D2 максимально на 17%, при D3 - на 22%, при D4 - на 36%, для компактної кістки - на 19% , 7% і 15% відповідно. Спостереження пацієнтів проводилось протягом 2 років.

Розвиток ХПГ у пацієнтів після ДІ зареєстровано у 3 хворих з 8 пацієнтів з максимальним ризиком розвитку ХПГ, виходячи з набору одночасно присутніх критичних критеріїв.

#### 5.2. Метафілактика хронічних постімплантаційних гайморитів.

З огляду на специфіку метафілактики, використовували BNO-1985, в комбінації з очними краплями 1% ММТТ і комплексний ферментний препарат

протягом 14 днів. Аналіз рентгенівської щільності кісткової тканини альвеолярного відростка через 12-14 місяців після ДІ показав достовірне збільшення показника для губчастої кістки при типі D2 максимально на 48%, при D3 - на 47%, при D4 - на 44%, для компактної кістки - на 33%, 26% і 37% відповідно. Рецидив ХПГ зареєстрований у 3 хворих в терміни 21, 23 і 24 місяців після 1 ідентифікації.

### 5.3. Обговорення отриманих результатів

В результаті проведення досліджень дисертант прийшла до висновку, що при підготовці до ДІ з метою профілактики необхідно проводити більш ретельне обстеження з суміжними спеціалістами з подальшим детальним аналізом клінічних і анамнестичних даних, що дозволить визначити ступінь ризику виникнення ХПГ. При наявності хронічних захворювань ВЦП первинно перед проведенням ДІ необхідно провести корекцію аеродинаміки носа, санацію хронічних вогнищ інфекції, для попередження формування ХПГ. Використання для профілактики ХПГ ВНО-1985, ММТТ, комплексного препарату кальцію, для метафілактики ВНО-1985, ММТТ та комплексного ферментного препарату знижує ризики захворюваності та рецидивування ХПГ, достовірно збільшує рентгенівську щільність кісткових тканин верхньої щелепи. Використання місцевих імуномодуляторів, фітопрепаратів, ферментних препаратів для профілактики рецидивів ХПГ сприяло поліпшенню якості стану слизової оболонки верхньощелепної пазухи і запобігання загострень в 89,66 % ( $P < 0,009$ ) випадків..

Заключний розділ присвячений узагальненню отриманих результатів і є логічним підсумком та завершенням попередніх розділів власних досліджень. Із нього логічно формується глобальний висновок, що у дисертаційній роботі представлені теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі ринології, пов'язане з підвищенням ефективності діагностики, лікування, профілактики і метафілактики хронічного постімплантаційного гаймориту. Розвиток ХПГ не залежить від кількості імплантаційних одиниць і в основі носить дистрофічний характер. Форми: компенсована (доклінічна)

субкомпенсована (періодичні загострення з скороченням періодів ремісії) декомпенсована (вихід за межі анатомічної одиниці - поява патологічних ринологічних і неврологічних симптомів). На основі проведених досліджень можна зробити висновок, що ХПГ практично є хворобою оперованої пазухи. Визначення ХПГ як окремого підвиду ХОГ, проведення своєчасної діагностики, відповідного етіопатогенетичного лікування і дотримання методів профілактики і метафілактики сприяють підвищенню ефективності та скорочення термінів лікування пацієнтів з цією патологією.

Логічним фіналом цієї глави є 7 висновків, які в цілому відображають вирішення завдань, поставлених перед дослідженням.

Закінчується дисертація практичними рекомендаціями, які визначають послідовність застосування планування ДІ, диференціальної діагностики хворих з ХПГ з використанням високотехнологічної радіологічної діагностики та колегіальних консультацій та використання для лікування, профілактики та метафілактики ХПГ схем, запропонованих в результаті проведеного дослідження.

Автореферат за обсягом і змістом відповідає вимогам ДАК МОН України. В ньому достатньо повно обґрунтовано актуальність теми, послідовно викладено зміст усіх розділів дисертації, який ідентичний основним положенням дисертації.

### **Зауваження.**

Незважаючи на наукову та практичну цінність роботи, слід вказати на наявність деяких недоліків, які не знижують наукової і практичної цінності роботи. Зокрема:

1. В главі матеріали і методи вказано, що в дослідження включено 157 пацієнтів. Однак в число цих осіб включено 12 здорових добровольців. Таким чином, в дослідження включено 145 пацієнтів.

2. У практично здорових стоматологічно волонтерів вивчалась пневматизація пазух. Які покази були для проведення радіологічного дослідження волонтерам і чи була інформована згода для цього дослідження?

3. На стор. 49 представлені критерії виключення хворих із дослідження, що не зовсім правильно. Доцільніше би було їх назвати критеріями не включення.

4. В главі матеріали і методи представлений інфрачервоний термограф фізико-технічного інституту низьких температур і апарат для рН метрії. Ці методи не використовуються в рутинній практиці, а в тексті не вказано, чи сертифіковані вони для проведення ринологічних досліджень

5. В під главі 4.1 дана детальна характеристика лікарських засобів, що використовувались в роботі. Це слід робити в главі матеріали і методи.

6. Використовуються русизми, наприклад «чужорідне тіло», «течія захворювання», «скулова кістка», а також некоректне використання анатомічних термінів: мукоциліарний епітелій, патогенний процес.

7. В авторефераті недостатньо ілюстративного матеріалу.

#### **Запитання.**

1. На якій підставі на 87 сторінці зроблене наступне заключення: «Переважання умовно-патогенної мікрофлори в мінорних концентраціях, а іноді і стерильність посіву при наявності патологічного ексудату в верхньощелепній пазусі з постімплантаційною хворобою свідчить про наявність дебюту дистрофічних процесів в тканинах верхньої щелепи)?

2. Як доведено, що «на підставі отриманих даних встановлено, що мікрофлора кожного відділу ураженого гнійно-запальним процесом органу, має сувору специфічність» (стор 88)?

3. В роботі стверджується що хронічний постімплантаційний гайморит – травматичне запалення. Чим це обумовлено, адже запалення внаслідок травми носить гострий характер?

4. В дослідженні з метою лікування хронічного постімплантаційного гаймориту використана для інтраназального введення лікарська форма очні краплі 1% ММТТ (тіатриазолін). На якій підставі використовувалась форма не за призначенням?

5. В підглаві 5.2 з метою метафілактики рекомендоване призначення

комплексного ферментного препарату Вобензим. Його призначення не входить в стандартне лікування синуситів, він не використовується у пацієнтів контрольної групи і його використання не входить у завдання дослідження. Чи не впливає його призначення на достовірність висновків?

**Відповідність дисертації вимогам, які пред'являються до наукового ступеня кандидата медичних наук.**

Проведене дисертаційне дослідження за рахунок виконаних клінічних, функціональних, радіологічних та інших сучасних досліджень визначило найбільш інформативні ознаки виділення самостійної нозологічної форми патології людини – хронічного постімплантаційного гаймориту, що дозволяє оцінити вірогідність виникнення, прогнозувати перебіг таких розладів та визначати оптимальну тактику лікування. Все наведене можна визначити як суттєвий внесок у вітчизняну клінічну оториноларингологію.

В цілому, дисертація Друмової А. М. на тему «Діагностика та лікування хронічних постімплантаційних гайморитів» за обсягом та глибиною проведених досліджень відповідає вимогам, які пред'являються до дисертацій на науковий ступінь кандидата медичних наук.

## **ВИСНОВОК**

Дисертаційна робота Друмової Аліни Миколаївни на тему «Діагностика та лікування хронічних постімплантаційних гайморитів» є закінченою науково-дослідною роботою, в якій наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі – оптимізація діагностики, лікування, профілактики і метафілактики хронічних постімплантаційних гайморитів на основі вивчення етіопатогенетичних механізмів розвитку, що має суттєве значення для оториноларингології.

За актуальністю, рівнем досліджень і обсягом роботи, науковою новизною та практичним значенням дисертація відповідає вимогам п.11 «Порядку присудження наукових ступенів» ДАК Міністерства освіти і науки



України щодо кандидатських дисертацій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 року № 567, а її автору може бути присуджено ступінь кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія.

Офіційний опонент:

доктор медичних наук,

професор, завідувач кафедри оториноларингології,

офтальмології з курсом хірургії голови та шиї

Івано-Франківського національного

медичного університету

В.І. Попович