

## ОТЗЫВ

официального оппонента заведующей ортодонтическим отделением федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Арсениной Ольги Ивановны по диссертации Постникова Михаила Александровича на тему: «Оптимизация ортодонтического лечения детей с мезиальной окклюзией в период смены и после смены зубов», представленной на соискание ученой степени доктора

9	№	689	медицинских наук по специальности 14.01.14 - Стоматология
Листов	№	19	04
2016 г.			
Актуальность выполненного исследования			
По данным эпидемиологических исследований определены тенденции к			
увеличению частоты распространенности, а также тяжести зубочелюстно-			
лицевых аномалий и деформаций среди детского населения (Хамадеева А.М. с			
соавт., 2000, 2012; Гуненкова И.В. с соавт., 2009), в частности и мезиальной			
окклюзии. А это ухудшает качество жизни детей и требует значительных			
материальных затрат на их лечение. Ряд авторов, которые уделяли			
значительное внимание этому вопросу (Арсенина О.И., 1998; Дмитриенко С.В.,			
2009; Персин Л.С., 2015; Graber Т.М., 2012; Rossi M., 2015) указывают, что с			
возрастом у детей постоянно растет распространенность зубочелюстно-			
лицевых аномалий и составляет 36-83% случаев от числа обследованных.			
По данным Ф.Я. Хорошилкиной (2010) и Гюевой Ю.А. с соавт. (2014) в			
Российской Федерации распространенность мезиальной окклюзии у детей			
составляет 1-14% случаев. Обращает на себя указанная аномалия окклюзии, так			
как сопровождается сложным сочетанием аномалий зубов, зубных рядов и			
нередко другими видами аномалий окклюзии, при этом имеет			
зубоальвеолярную и реже гнатическую формы.			
Соответственно проблема диагностики и ортодонтического лечения			
мезиальной окклюзии у пациентов является одной из актуальных и сложных в			
современной ортодонтии, поскольку уже на ранних стадиях формирования она			
сопровождается значительными морфологическими, функциональными и			
эстетическими нарушениями, что отрицательно влияет на физическое и			

психоэмоциональное состояние детей, подростков, а также взрослых. Надо обязательно учитывать, что высок процент вероятности рецидива мезиальной окклюзии после лечения, особенно в подростковом возрасте и составляет от 20 до 65%, так как рост нижней челюсти у многих пациентов еще продолжается.

Использованный автором в работе показатель качества жизни для определения эффективности ортодонтического лечения, показывает улучшение и сохранение здоровья детей с зубочелюстно-лицевыми аномалиями.

В научной литературе к сожалению, нет данных об определении качества жизни у детей 6-15 лет до и после ортодонтического лечения мезиальной окклюзии. Поиск новых современных методов диагностики и лечения нарушений морфофункциональных структур зубочелюстной системы у детей с мезиальной окклюзией в процессе исследования имеет целью совершенствовать ортодонтическое лечение, в первую очередь при выборе правильного и рационального способа исправления выявленных нарушений. Разработанные и предложенные алгоритмы диагностики и ортодонтического лечения детей с мезиальной окклюзией позволят значительно уменьшить возникновение рецидивов в будущем и повлиять на повышение качества жизни пациентов.

**Новизна исследования и полученных результатов, степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации**

Диагностика нарушений зубочелюстной системы при мезиальной окклюзии у детей 6-15 лет проводилась с использованием персонифицированного подхода и компьютерной программы Dolphin imaging (США). Расшифрованные параметры телерентгенограмм головы в боковой проекции сопоставлены с индивидуальной возрастной нормой пациента. В результате исследования получен новый блок данных морфофункциональных параметров зубочелюстной системы у детей с мезиальной окклюзией в период

смены и после смены зубов до и после ортодонтического лечения. Разработан алгоритм применения съемных и несъемных ортодонтических аппаратов и представлен показатель качества жизни у детей с мезиальной окклюзией до и после ортодонтического лечения.

Впервые предложены и апробированы запатентованные аппараты для ортодонтического лечения детей 6-12 лет с мезиальной окклюзией и преждевременным удалением временных моляров: многофункциональный двучелюстной ортодонтический аппарат-протез (патент РФ № 52566 от 10.04.2006, патент РФ № 2307620 от 10.10.2007), аппарат для лечения зубоальвеолярной формы мезиальной окклюзии (патент РФ № 145478 от 13.08.2014), аппарат для расширения и удлинения верхнего зубного ряда с лицевой маской (патент РФ № 2546403 от 10.04.2015).

Впервые для комплексного лечения детей 12-15 лет с мезиальной окклюзией в сочетании с дефицитом места в зубном ряду апробировано новое ортодонтическое устройство (патент РФ № 92323 от 20.04.2010); применен модифицированный ортодонтический аппарат для расширения и удлинения верхнего зубного ряда (патент РФ № 139357 от 20.04.2014); разработан и применен аппарат-протез (патент РФ № 142310 от 27.06.2014).

Впервые предложен и внедрен способ лечения мезиальной окклюзии в сочетании с дефицитом места в зубном ряду у детей после смены зубов (патент РФ № 2428951 от 20.09.2011).

В результате использования аппаратов авторской конструкции у пациентов 6-15 лет с мезиальной окклюзией в сочетании с аномалиями зубов и зубных рядов дана сравнительная характеристика морфофункционального состояния зубочелюстной системы до и после лечения и доказано улучшение качества жизни.

## **Значимость для науки и практики результатов диссертации, возможные конкретные пути их использования**

Результаты исследования и персонафицированный подход к ортодонтическому лечению пациентов с мезиальной окклюзией позволили расширить научные представления о роли аппаратов-протезов в ортодонтическом лечении детей 6-15 лет. Открываются новые средства и способы лечения детей до и после смены зубов и новые возможности алгоритма лечения в разных возрастных группах, а также оценки результатов ортодонтического лечения мезиальной окклюзии.

Предложенный автором аппарат-протез для лечения мезиальной окклюзии у детей в период смены зубов и с преждевременным удалением временных моляров способствует восстановлению жизненно важных функций: жевания, глотания, речи, эстетики. Расширение и удлинение верхнего зубного ряда без применения хирургических методов лечения позволяет разработанное устройство и способ лечения мезиальной окклюзии при дефиците места в зубном ряду.

У детей 6-12 лет раннее ортодонтическое лечение мезиальной окклюзии аппаратом для расширения и удлинения верхнего зубного ряда с крючками и лицевой маской устраняет зубочелюстную аномалию до окончания смены зубов, но в первую очередь сокращает сроки лечения.

Современная компьютерная программа Dolphin imaging (США) позволяет использовать персонафицированный подход у детей в период смены и после смены зубов с целью диагностики нарушений зубочелюстной системы при мезиальной окклюзии. Новые способы ортодонтического лечения мезиальной окклюзии, предложенные автором, несомненно и как доказал автор способствуют повышению качества жизни у детей 6-15 лет.

## Оценка содержания диссертации

Диссертация построена по традиционному принципу и состоит из введения, обзора литературы, главы материалы и методы исследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя, включающего 220 отечественных и 203 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 44 таблицами и 159 рисунками.

Анализ диссертации по главам. Изложены результаты исследования обстоятельно, подтверждены цифровым и иллюстративным материалом.

Обследовано 2953 человека с различными зубочелюстно-лицевыми аномалиями с февраля 2001 года по декабрь 2015 года в ортодонтическом отделении ГБУЗ СО «Самарская детская стоматологическая поликлиника №4 Промышленного района» (главный врач Е.В. Михайлова) и на кафедре стоматологии детского возраста Самарского государственного медицинского университета (зав. кафедрой, д.м.н., профессор А.М. Хамадеева). Исходя из критерия «включения» и «не включения» 310 пациентам 6-15 лет с мезиальной окклюзией было проведено ортодонтическое аппаратное лечение и сформированы 2 группы (основная и группа сравнения), в каждой выделили по 2 возрастные подгруппы.

I группа (основная) - дети 6-15 лет (250 человек) с мезиальной окклюзией зубоальвеолярной формы, проходившие ортодонтическое лечение аппаратами собственной конструкции: I подгруппа (100 человек) - дети 6-12 лет с мезиальной окклюзией и преждевременным удалением временных моляров; II подгруппа - дети 12-15 лет с мезиальной окклюзией зубоальвеолярной формы (150 человек).

II группа (сравнения) - дети 6-15 лет (60 человек) с мезиальной окклюзией зубоальвеолярной формы, проходившие ортодонтическое лечение по традиционной схеме общепринятыми аппаратами: I подгруппа - дети 6-12 лет с мезиальной окклюзией, проходившие лечение регулятором функции

Френкеля III типа (30 человек); II подгруппа - дети 12-15 лет с мезиальной окклюзией зубоальвеолярной формы, проходившие лечение аппаратом Норда для расширения срединного небного шва и брекет-системой (30 человек).

В ходе обследования пациентов, как до лечения, так и после лечения изучены морфометрические показатели гипсовых моделей челюстей, на ортопантомограммах челюстей определены стадии формирования нижних клыков и вторых премоляров и соответственно им установлен возможный возрастной прирост. Эта информация позволила автору в большем аспекте манипулировать возможностями лечебных ортодонтических конструкций. Также автором разработаны и внедрены в практику врача-ортодонта алгоритмы диагностики и ортодонтического лечения пациентов 6-15 лет с мезиальной окклюзией зубоальвеолярной формы на основе применения новых аппаратов и способов.

Хотелось бы обратить внимание, что автором изучен и ряд показателей функционального состояния зубочелюстной системы. Так, по данным реовазографии отмечено улучшение основных показателей регионарного кровообращения после ортодонтического лечения в обеих возрастных группах детей с мезиальной окклюзией. Анализ электронейромиограмм жевательных мышц у детей 6-15 лет с мезиальной окклюзией позволил констатировать статистически достоверное улучшение их функции, увеличение частоты потенциалов двигательных единиц, а также повышение их биоэлектрической активности после лечения. Установлено статистически достоверное повышение (в 1,1 раза) температуры кожных покровов лица до нормальных величин после ортодонтического лечения.

Автором впервые изучено влияние стоматологического статуса на повседневную жизнь (DIDL) пациентов 6-15 лет с мезиальной окклюзией до и после ортодонтического лечения, по коэффициенту корреляции Пирсона имеет высокую степень достоверности. Его значения при оценке связей между J-ISF, J-ИК и ISF-ИК составляют от 0,93 до 0,99.

Анализ результатов анкетирования указал на увеличение самооценки пациентов после ортодонтического лечения мезиальной окклюзии. Респонденты не испытывали стеснения во время лечения, их не беспокоило изменение формы лица после фиксации ортодонтической конструкции, не испытывали беспокойство и страх во время ортодонтического лечения. В ходе ортодонтического лечения они были социально адаптированы.

По теме диссертации опубликовано 42 работы, 16 статей в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, оформлено 8 патентов РФ.

Данные диссертации используются в практической работе врачей-ортодонтосов Самарской области, а также в учебном процессе на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ, на кафедре ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО СамГМУ, на кафедре стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО СамГМУ.

Вопросы и замечания:

Есть отдельные опечатки, неточности. Так индекс Болтона вычисляется по отношению суммы мезиодистальных размеров 12 зубов нижней челюсти к верхней. На стр.54 – напечатано наоборот верхних к нижним. Рисунок 132 характеризует угол Бьерка, целесообразно его разместить в главе «Материал и методы».

1. На изменениях каких параметров основан диагноз «зубоальвеолярная форма мезиальной окклюзии» у пациентов?
2. Какой способ и при этом какая ортодонтическая конструкция разработанная и применяемая Вами наиболее часто используется в вашей практической работе?
3. Какие критерии объективной оценки использовали при оценке результатов лечения как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные?
4. Какие осложнения и рецидивы были отмечены в процессе ортодонтического лечения, какой %?

## **Соответствие содержания автореферата основным положениям и выводам диссертации**

Содержание автореферата полностью соответствует поставленной в работе цели. Наиболее важные проблемы проиллюстрированы фотографиями, таблицами и графиками, в которых значительные изменения параметров подтверждают линиями тренда.

Положения, выносимые на защиту, такие как «новые морфофункциональные показатели зубочелюстной системы у пациентов 6-12 лет с мезиальной окклюзией в сочетании с ранним удалением временных моляров до и после ортодонтического лечения, определенные на гипсовых моделях челюстей, ортопантограммах, телерентгенограммах головы в боковой проекции, электронейромиограммах, термограммах, реовазограммах в период смены зубов» и «способы ортодонтического лечения детей 6-15 лет с мезиальной окклюзией с использованием съемных и несъемных аппаратов собственной конструкции» освещены глубоко, полно и математически обоснованы. Обозначенные задачи воплощены и сформулированы в виде выводов и сопровождаются соответствующими практическими рекомендациями.

### **Заключение о соответствии диссертации требованиям настоящего Положения**

Диссертационная работа Постникова Михаила Александровича на тему: «Оптимизация ортодонтического лечения детей с мезиальной окклюзией в период смены и после смены зубов», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук, по специальности 14.01.14 – Стоматология, является завершенной научной квалификационной работой, выполненной по актуальной проблеме, в которой: на основании выполненных автором исследований решена научная проблема в ортодонтическом лечении детей с мезиальной окклюзией в период смены и после смены зубов, имеющая важное социально-экономическое значение.



По актуальности, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа Постникова Михаила Александровича соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства РФ № 842 от 24.09.2013 г., предъявляемым к докторским диссертациям, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.14 - Стоматология.

**Официальный оппонент**

заведующая ортодонтическим отделением  
федерального государственного  
бюджетного учреждения «Центральный  
научно-исследовательский институт  
стоматологии и челюстно-лицевой  
хирургии» Министерства  
здравоохранения Российской  
Федерации, доктор медицинских  
наук, профессор

**Арсенина Ольга Ивановна**

Подпись официального оппонента заверяю

Ученый секретарь Ученого Совета

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России



к.м.н., И.Е. Гусева

Федеральное государственные бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

119991, Москва, ул. Тимура Фрунзе, 16

Тел.: 8 (499) 246-13-34

[www.cniis.ru](http://www.cniis.ru)

*С отзывом ознакомлен*

*Подпись*

*Дата ознакомления*

19.04.2016