

**ВІДГУК**  
**офіційного опонента**  
**Аветікова Давида Соломоновича**  
**на дисертацію**  
**Рака Олександра Володимировича**  
**«ЛАЗЕРОФОРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-**  
**ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ»,**  
**подану до захисту в спеціалізовану вчену раду Д 64.600.02 у Харківському**  
**національному медичному університеті, МОЗ України на здобуття**  
**наукового ступеня кандидата медичних наук**  
**за спеціальністю 14.01.22–стоматологія**

**Актуальність обраної теми.** Дисертаційна робота Рака А.В. присвячена вирішенню одного з проблемних завдань нового напрямку в сучасній стоматології – підвищення ефективності лікування хворих з гострими гнійно-запальними процесами щелепно-лицьової ділянки за рахунок етапного застосування лазерофорезу протеолітичних ферментів, та речовин, що стимулюють процес загоєння рани, в залежності від фази ранового процесу.

Аналізуючи літературні дані за останні 10 років можна дійти до висновку, що протягом цього періоду істотно збільшується кількість ускладнених форм гнійної інфекції та зростання атипових та хронічних запальних процесів ЩЛД.

Автор переконливо доводить, що розвиток запального процесу обумовлюється як первинною дією пошкоджуючого фактору (токсини бактерій), так і продуктами білкового розпаду некротизованих тканин (ендотоксини), що разом призводить до явищ ендогенної інтоксикації, вивчення

ступеню якої дозволяє прогнозувати перебіг запального процесу, попереджувати розвиток ускладнень, проводити контроль за якістю лікування. При цьому зауважено, що найбільш ефективним засобом впливу на гнійну рану в післяопераційному періоді був би метод, що поєднував в собі дію як фізичного фактору так і лікарського засобу. В медичній практиці відомо декілька таких методів насамперед це електро-, ультрафонофорез та фотофорез (лазерофорез).

Цей метод знайшов широке застосування в різних галузях медицини, однак в стоматологічній практиці є лише поодинокі повідомлення про його застосування в комплексній терапії хворих на флегмони щелепно-лицевої локалізації. Тому дослідження у даному напрямку є актуальними та доцільними.

**Ступінь обґрунтованості наукових положень.** Наукові положення, висновки і рекомендації, сформульовані у дисертації є обґрунтованими, оскільки базуються на аналізі одержаних результатів з використанням достатнього за обсягом об'єктів та матеріалів дослідження, а саме: вивчено протікання та загоєння гнійних ран ЩЛД в трьох клінічних групах хворих, в кожній по 30 хворих: чоловіків та жінок в віці від 18 до 58 років, без супутньої соматичної патології. Розподіл хворих на три клінічних групи проведено на підставі відмінностей місцевого лікування фізіотерапевтичними засобами.

Цитологічні та біохімічні дослідження проведені згідно з методичними рекомендаціями «Дотримання етичних та законодавчих норм і вимог при виконанні наукових морфологічних досліджень». При проведенні клінічних досліджень автором дотримані правила безпеки для здоров'я обстежених, збережені права та канони людської гідності пацієнтів, а також морально-етичні норми у відповідності до принципів Гельсінської декларації прав людини,

Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицини та відповідних законів України.

Для діагностики, верифікації діагнозу, розподілу хворих на групи спостереження та моніторингу ефективності запропонованих реабілітаційно-лікувальних заходів використано наступні методи дослідження: клінічний – з метою оцінки загального стану хворих, котрим проводилося лікування флегмон. ЩЛД, планіметричний, термометричний методи – для вивчення особливостей загоєння гнійних ран ЩЛД, цитологічний метод - з метою оцінки репаративних процесів у хворих, яким проводився лазерофорез хімотрипсину та «Солкосерилу», біохімічний метод – для оцінки стану ендогенної інтоксикації організму.

**Достовірність і новизна наукових положень, висновків і рекомендації сформульованих у дисертації, в опублікованих працях.** Дисертантом вперше встановлено, що використання даного методу призводить до скорочення строків очищення рани від некротичних тканин, забезпечує ранню появу грануляційної тканини, ранняепітелізація країв рани, що підтверджується даними планіметричного, цитологічного досліджень.

Автором проведено комплексне дослідження, з використанням даних планіметрії ранової поверхні, внутрішньоранової термометрії, вивчення клітинного складу ранового вмісту, показників ендогенної інтоксикації – молекул середньої ваги сироватки крові, впливу лазерофорезу протеолітичних ферментів (хімотрипсину) та «Солкосерилу» на перебіг флегмон щелепно-лицьової ділянки в залежності від фази ранового процесу, у хворих без супутньої соматичної патології.

Імпонує проведена порівняльна оцінка результатів лікування хворих з флегмонами ЩЛД при використанні методу лазерофорезу в залежності від фази ранового процесу та традиційного комплексного лікування.

Заслуговує уваги обґрунтування залежності стану ранової поверхні від рівня ендогенної інтоксикації у хворих з флегмонами щелепно-лицьової ділянки, яким проводився запропонований метод лікування, та доказано, що показники ендотоксикозу напряду залежать від швидкості очищення рани від некротичних тканин.

Ґрунтуючись на проведених дослідженнях дисертантом розроблена схема лікування гнійних ран в післяопераційному періоді у хворих з флегмонами ЩЛД за допомогою лазерофорезу в залежності від фази ранового процесу.

**Практичне значення результатів дослідження.** Результати дослідження Рака А.В. дозволяють проводити ефективний контроль за станом післяопераційної рани у хворих з флегмонами щелепно-лицьової ділянки.

Запропоновано та впроваджено в практику охорони здоров'я метод лікування гострих запальних процесів щелепно-лицьової ділянки, який дозволяє скоротити строки очищення та загоєння гнійної рани, покращити якість та ефективність лікувального процесу, скоротити терміни перебування хворих в стаціонарі.

Отримані результати досліджень впроваджені в практику лікування хворих в стоматологічному відділенні Комунального закладу охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», в Університетському стоматологічному центрі Харківського національного медичного університету, в стоматологічному відділенні обласної лікарні м. Івано-Франківськ, в стоматологічному відділенні обласної лікарні м. Полтава, «Військово-медичному клінічному центрі північного регіону», м.

Харків. Дані наукової праці впроваджені в учбовий процес на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії ХНМУ під час проведення лекцій та практичних занять в розділ «Запальні процеси щелепно-лицьової ділянки», а також в навчальних процесах провідних кафедр хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії Полтавської стоматологічної медичної академії (УМСА), Івано-Франківського національного медичного університету, Харківської академії післядипломної освіти.

**Оцінка змісту дисертації, її завершеності в цілому та ідентичності змісту автореферату.** Дисертація викладена на 138 сторінках друкованого тексту. Робота складається з вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та обговорення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, який містить 275 найменувань, з яких 200 кирилицею і 75 латиницею (займає 32 сторінки). Робота проілюстрована 10 таблицями (1 сторінка) та 35 малюнками.

Автореферат відповідає змісту дисертації і оформлений згідно вимог МОН України.

## **ОЦІНКА ЗМІСТУ ДИСЕРТАЦІЇ**

**Вступ.** Цей розділ написано у достатньо вичерпному співвідношенні, необхідному для розкриття та обґрунтування теми і змісту дисертації. Побудований за традиційною схемою: актуальність теми, зв'язок з науковими програмами, планами і темами, мета і задачі дослідження, об'єкт, предмет і методи дослідження, наукова новизна і практична значимість отриманих результатів, апробація та публікації результатів дослідження.

Розділ написаний чітко, послідовно, переконливо. Матеріали дисертації мають наукову новизну, пріоритетність, результати досліджень становлять значне клініко-практичне значення.

**Зауваження до розділу:** при викладанні актуальності дослідження, на нашу думку, слід більш яскраво демонструвати дослідження українських вчених.

## **РОЗДІЛ 1**

### **СУЧАСНІ МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ**

Складається з 4-х підрозділів.

#### **1.1. Поширеність та особливості клінічного прояву флегмон ЩЛД**

Автор переконливо акцентує, що кількість хворих на гострі запальні процеси м'яких тканин ЩЛД продовжує складати більшу частину хворих, що було госпіталізовано до стоматологічних хірургічних відділень. Незважаючи на значні досягнення науково-технічного прогресу, зокрема в щелепно-лицьовій хірургії, кількість випадків захворювань на флегмони ЩЛД залишається сталою.

Вивчення стану інфікованої рани, з метою удосконалення лікувального процесу, на нашу думку, є актуальним. Насамперед це етіологічні (вірулентність та патогенність мікроорганізмів), та патофізіологічні чинники (імунна відповідь, вплив медіаторів запалення, показники ендогенної інтоксикації тощо). Особлива роль в розвитку запального процесу належить мікроорганізмам, та взаємодії їх з внутрішнім середовищем «господаря».

#### **1.2. Мікробіологічні та морфологічні показники стану гнійної рани**

Дисертант зауважує, що в структурі бактеріологічного дослідження ранового ексудату у хворих з гострими запальними захворюваннями м'яких тканин ЩЛД зменшилась питома вага стафілококу, та збільшилась грам негативної флори (кишкова, синегнійна палички, протей тощо).

Доведено, що хворі, у яких в вогнищах запалення виявлено асоціації аеробних та анаеробних організмів, спостерігалось важке протікання захворювання, що характеризувалося більш вираженою загальною та місцевою клінічною симптоматикою. За даними мазків-відбитків слід враховувати кількість та характер мікрофлори, ступінь фагоцитозу (завершений, незавершений, відсутній), клітинні елементи ексудату та ступінь їх дегенерації. Цей метод є достатньо цінним, з метою інтерпретації якості лікування, та перебігу гнійно-запального процесу.

### **1.3. Сучасні принципи комплексного лікування хворих з флегмонами ЩЛД**

У цьому підрозділі автор наголошує, що хірургічний метод – основний метод лікування, який не викликає заперечення. Те велике значення розтину, та обґрунтування оперативного доступу, яке приділяв В.Ф. Войно-Ясинецький, і зараз не втрачає свого значення. Достатній, адекватний доступ, та умови якісного дренивання рани – основний постулат гнійної хірургії.

Медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування відіграють позитивну роль тільки в тому випадку, коли є оптимальний розтин, створені умови для безперешкодного дренивання рани, її очищення. Адже на сучасному етапі розвитку медичної науки хірургічне лікування гнійного вогнища, включає в себе не тільки розріз, але й видалення некротизованих тканин, активне дренивання рани.

Чітко доведено, що найбільш ефективно фізичні фактори поєднуються з місцевою дією фармакологічних препаратів. Безпосередньо до внутрішніх середовищ організму ліки можуть потрапляти за допомогою іонів (іонофорез), ультразвуку (фонофорез), квантів світла (фотофорез).

#### **1.4.Застосування лазерного опромінення з метою лікування запальних процесів ЩЛД**

Враховуючи необхідність вдосконалення методів лікування гострих запальних процесів ЩЛД, та пошук нових, автор вирішив звернутися до такого фізико-фармакологічного засобу лікування, як лазерофорез. Адже цей метод виявився ефективним в різних галузях медичної науки, в тому числі і в стоматології, він у повній мірі дозволяє реалізувати фармакологічні властивості ліків, забезпечуючи їх глибоке проникнення та накопичення, а також досягається терапевтична дія лазерного світла.

**Зауваження до розділу:** при описі методик дослідження, лікування та діагностики запальних процесів щелепно-лицевої локалізації слід у більшому об'ємі використовувати літературні джерела за останні 5 років; в окремих місцях у дужках зазначено занадто велику кількість авторів, крім того в розділі зустрічаються джерела, які наведені без історичної хронології.

## **РОЗДІЛ 2. «МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ»**

У розділі чітко наведена програма дослідження, наведені основні його етапи, об'єкти і предмет. Детально описані застосовані методи, підкреслена їх адекватність поставленим завданням, вказана інформаційна база та обсяг досліджень. Зважаючи на значний об'єм досліджень і застосовані сучасні методики, це значно полегшує ознайомлення з роботою.

**Зауваження до розділу:**



- на нашу думку, деякі загальновідомі методики недоцільно розкривати так детально, достатньо подати лише посилання на автора;
- при опису обладнання бажано вказувати виробника, заводський номер та номер акту метрологічного контролю;
- на наш погляд, було б доцільніше проводити контрольний замір та цитологічне дослідження, ще б хоч у середині дослідження: 3-4 доба.

### **РОЗДІЛ 3**

## **КЛІНІЧНА, ЦИТОЛОГІЧНА, БІОХІМІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ В КОНТРОЛЬНІЙ ГРУПІ**

Розділ складається з 5-ти підрозділів.

Підрозділ 3.1. присвячений клінічній оцінці проведеного лікування за загальноприйнятою методикою. Автор довів, що на 7-му добу лікування у всіх випадках відзначалась позитивна динаміка лікування. Значно зменшилися клінічні прояви інтоксикації в порівнянні з минулими днями. У значної кількості хворих інфільтрат повністю розсмоктувався, зникла гіперемія, зникали больові відчуття навколо рани, із збереженням незначної асиметрії обличчя.

Дисертант підкреслює, що загальний стан більшості госпіталізованих був середнього ступеню важкості, переважали одонтогенні флегмони 1 – 2 просторів. Клінічні прояви захворювання характеризувалися повільним зменшенням проявів запального процесу, особливо в тих випадках коли було залучено 3 та більше анатомо-топографічних просторів.

Підрозділ 3.2. присвячений результатам планіметричного дослідження де чітко показано, що рани площею менше 15 см<sup>2</sup> зустрічалися при враженні гнійним запалення одного, рідше двох топографо-анатомічних просторів: одонтогенна флегмона піднижньощелепної ділянки; аденофлегмона піднижньощелепної ділянки; одонтогенна флегмона субмассетеріального простору; одонтогенна флегмона піднижньощелепного та крило-щелепного просторів.

При застосування авторської методики зафіксовано зменшення площі поверхні рани.

Підрозділ 3.3. був присвячений результатам термометричного дослідження. Автор довів, що при розповсюдженні на декілька анатомічних ділянок флегмони, які також включали в себе глибокі клітковинні простори, показники гіпертермії були вищими.

У підрозділі 3.4. відображено результати цитологічного дослідження. Розділ написаний грамотною мовою та ілюстрований яскравими фотографіями. Порівнюючи мазки-відбитки у контрольній групі автор зазначив, що на 7-му добу лікування спостерігається незначна зміна клітинного складу з переважанням нейтрофільного пулу, але практично низькою кількістю фібробластів.

Підрозділ 3.5. висвітлює результати біохімічних досліджень. При дослідженні сироватки крові на вміст молекул середньої ваги у хворих контрольної групи в першу добу лікування дисертантом переконливо доведено, що у всіх зразках сироватки показники МСВ перевищували норму, а на прикінці лікування дещо зменшувалися. Концентрація молекул середньої ваги свідчила про продовження активної фази запального процесу.

Наприкінці розділу автор приводить виписку з історії хвороби тематичного пацієнта, де чітко доказує, що у переважної кількості хворих

загальний стан на 7-му добу спостереження залежав від розповсюдженості гнійно-запального процесу м'яких тканин, спостерігалось продовження ексудації ранової поверхні, причому подекуди навіть гнійного характеру. Площина рани зменшувалася відповідно від характеру запального процесу повільним темпом.

**Зауваження до розділу:**

- початок підрозділу 3.1. доцільніше перенести в розділ «Матеріал та методи дослідження»;
- рис. 3.1 треба бажано перенести в розділ 2.

## **РОЗДІЛ 4**

### **КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА, ЦИТОЛОГІЧНА, БІОХІМІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ, З ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАЗЕРНОГО ОПРОМІНЕННЯ РАНИ**

Складається з 5-ти підрозділів.

Підрозділ 4.1. присвячений клінічній оцінці проведеного лікування. Визначено, що клінічні прояви захворювання відповідали ступеню важкості загального стану хворих, на 7-му добу спостереження у деяких пацієнтів були присутні як скарги місцевого характеру, так і загального, однак на момент виписки рани були чисті, вкриті грануляціями, з признаками крайової епітелізації.

Підрозділ 4.2. присвячений результатам планіметричного дослідження при лікуванні хворих за авторською методикою. Доведено, що у хворих цієї

групи контракція рани відбувалася однаковими темпами при всіх видах локалізації флегмон, та здебільшого залежала від кількості задіяних топографо-анатомічних просторів до запального процесу.

У підрозділі 4.3 автор демонструє результати планіметричного дослідження загоєння гнійної рани у хворих, що лікувалися за авторською методикою. Наприкінці лікування показники температури дорівнювали нормальним показникам. Таким чином можна зауважити, що показники інтрананової температури на 7-му добу спостереження нормалізувалися у більшості хворих.

Підрозділ 4.4. присвячений результатам цитологічних досліджень. Автор доводить, що на 7-му добу спостереження (фаза регенерації) цитологічна картина змінюється. По-перше звертає на себе увагу зменшення клітинних елементів в препараті, більшість з яких представлена нейтрофільними гранулоцитами (переважно незмінені), але розміщуються вони не рівномірно, займаючи до 1/3 поля зору, в різній кількості зустрічаються еритроцити, незначна кількість макрофагів, гістіоцитів. Наведені дані свідчать про переважання репаративних процесів в рані.

У підрозділі 4.5. продемонстровано результати біохімічних досліджень. Лабораторні показники сироватки крові хворих на вміст молекул середньої ваги, що отримані автором, свідчать про більш ефективне медикаментозне лікування хворих в післяопераційному періоді з застосуванням лазерного опромінення рани.

У цьому розділі дисертант доводить, що наприкінці лікування практично у всіх хворих клінічні показники стану ранової поверхні наближались до оптимальних показників. Показники інтрананової термометрії у переважній більшості дорівнювали нормальним показникам. Особливо інформативними виявилися дані цитологічного дослідження ранового вмісту, та проявлялося

значним зменшенням кількості нейтрофілів, індексу полімікробного фагоцитозу, появою про- та фібробластів.

Розділ написано грамотною мовою, матеріал добре ілюстрований.

**Зауваження до розділу:**

- початок підрозділу 4.1. доцільно перенести у розділ 2;
- на рис. 4.2. показані хворі до лікування, що у другому розділі власних досліджень, на наш погляд, не доцільно. Краще продемонструвати зовнішній вигляд рани на етапах лікування;
- дані планіметрії у підрозділі 4.2. краще продублювати у вигляді таблиці для наочності.

## **РОЗДІЛ 5**

### **КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА, ЦИТОЛОГІЧНА, БІОХІМІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ З ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАЗЕРОФОРЕЗУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА РАНУ**

Складається з 5-ти підрозділів.

Підрозділ 5.1. присвячений клінічній оцінці проведеного лікування за авторською методикою де доведено, що всі показники засвідчують позитивну динаміку змін стану ранової поверхні, та навколишніх тканин, що проявлялося у зменшенні інфільтрації в кількісній та якісній зміні ексудації, ранній появі грануляційної тканини та крайової епітелізації.

Підрозділ 5.2. ілюструє результати планіметричного дослідження. На підставі отриманих даних зафіксовано зменшення площі поверхні рани.

Підрозділ 5.3. присвячений відображенню результатів термометрії. Отримані термометричні данні свідчать про наближення інтранової температури до оптимальної у переважній більшості хворих основної групи.

У підрозділі 5.4. наведено результати цитологічних досліджень, де доказано, що у хворих основної групи на 7-му добу спостереження відзначаються значні зміни у цитологічному складі ранового вмісту. Насамперед це стосується значним зменшенням нейтрофільних гранулоцитів, появою лімфоцитів, різким збільшенням фібробластів, та зменшенням рівня полімікробного фагоцитозу.

Підрозділ 5.5. присвячений результатам біохімічних досліджень. Біохімічні дані сироватки крові хворих основної групи свідчать про значне зменшення концентрації МСВ наприкінці лікування, що також підтверджується іншими клінічними та лабораторними дослідженнями, та обумовлено зниженням впливу некротичних мас ранової поверхні.

В кінці розділу наведено виписку з історії хвороби тематичного хворого, яка містить чіткі докази ефективності проведеного лікування.

**Зауваження до розділу:**

- певні дані підрозділу 5.1. відносяться до розділу 2;
- рис. 5.2. на наш погляд, не дуже інформативний.

## **РОЗДІЛ 6**

### **АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ**

В розділі стисло викладено отримані автором результати: аналітично розглядані отримані дані, висловлені особисті погляди на питання, що вивчалися.

На підставі проведених досліджень дисертант пропонує новий погляд щодо визначення комплексу лікувальних заходів хворим на флегмони щелепно-лицевої локалізації.

Загалом розділ написаний логічно, матеріал викладений послідовно, з наведенням вагомих аргументів. Наукові дослідження викладені у повному обсязі.

**Зауваження до розділу:** бажано розширити дані термометрії та аналіз динаміки змін біохімічних показників.

Висновків сім. Вони повністю відповідають завданням та відображають основний зміст дисертації. Висновок 4 можна дещо скоротити за рахунок прибирання однакових словосполучень.

Практичні рекомендації вказують на перспективність використання запропонованого методу в комплексному лікуванні хворих на флегмони щелепно-лицевої локалізації, але, на наш погляд, доцільно конкретно продемонструвати залежність часу лікування лазерофорезом в залежності від кількості клітковинних просторів, що втягнуті в гнійний процес

Варто відмітити, що всі зауваження до роботи носять більш дискусійний, ніж принциповий характер і не знижують загального позитивного враження від проведеної роботи.

В порядку дискусії пропоную дисертантці надати пояснення з деяких питань:

1. Чому дослідження проводилися лише на 1 та 7 добу. Чи проводилися дослідження при виписці хворих? В які терміни проводилася виписка хворих у різних групах спостереження?

2. Як використання лазерофорезу хімотрипсину та «Солкосерилу» залежить від фази раневого процесу? Що конкретно проводиться у фазу запалення, фазу регенерації та проліферації, фазу епітелізації?
3. Чи проводили Ви дослідження щодо впливу запропонованої Вами методики на якість післяопераційного рубця?

### **ВИСНОВОК**

Дисертаційна робота Рака Олександра Володимировича «ЛАЗЕРОФОРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ», представлена на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук на спеціальність 14.01.22 – стоматологія, є самостійною та завершеною науковою працею, в якій отримані нові науково обґрунтовані результати, щодо вдосконалення якості комплексного лікування хворих на флегмони щелепно-лищевої локалізації.

За актуальністю теми, науковою новизною, теоретичним і практичним значенням отриманих наукових даних, обсягом проведеного дослідження, глибиною аналізу, обґрунтованістю вірогідністю висновків і положень, дисертація відповідає п. 11 «Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника» МОН України, а дисертант заслуговує присудження йому наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22. – стоматологія.

Офіційний опонент,  
завідувач кафедри хірургічної стоматології  
та щелепно-лищевої хірургії з пластичною  
та реконструктивною хірургією голови та шиї  
ВДНЗУ «Українська медична



